

Bouwstenen voor een toekomstbestendige zorg voor ouderen

**Achtergrondstudie naar het financieel
perspectief van de zorg voor ouderen**

Drs. B.J.C. van de Gevel

Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de
Volksgezondheid en Zorg ten behoeve van het advies
Redzaam Ouder.

Den Haag, 2012

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
2	Naar een meer vraaggestuurde zorg voor ouderen	6
2.1	Demografie	6
2.2	Inkomenspositie ouderen	7
2.3	Veranderende voorkeuren: de emancipatie van ouderen	8
2.4	Technologische ontwikkeling, en in het bijzonder opkomst van internet	9
3	De druk die het huidige collectieve arrangement in de toekomst legt op de solidariteit, tussen en binnen generaties	11
3.1	Intergenerationele herverdeling	11
3.2	Intragenerationele herverdeling	12
4	Een gebrek aan kostenefficiëntie	15
4.1	Kostenefficiëntie op instellingsniveau	15
4.2	Kostenefficiëntie op systeemniveau	16
5	Concrete maatregelen	17
5.1	Zorgsparen	17
5.2	Inzetten van eigen vermogen	22
5.3	Scheiden van wonen en zorg	27
5.4	Leeftijdsafhankelijke premies	29
5.5	Het creëren van sociale netwerken	31
5.6	Conclusie	33
6	Een schets van een scenario voor het financieren van de zorg aan ouderen	35
7	Conclusie	41
	Literatuur	43

1 Inleiding

De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg wil een advies uitbrengen over ouder worden en oud zijn in Nederland. De centrale vraagstelling voor dit advies is, welke maatregelen nodig zijn om voor de groeiende groep niet-zelfredzame ouderen zorg te organiseren en ook voor de toekomst te kunnen garanderen dat de kwaliteit van leven van voldoende niveau blijft.

In deze achtergrondstudie staat de inrichting van het collectieve arrangement voor de zorg voor ouderen centraal. Waarbij onder ouderenzorg wordt verstaan: zorg aan mensen die de pensioengerechtigde leeftijd van 65 jaar hebben bereikt. En waar het bij zorg in principe gaat om zowel curatieve als langdurige zorg. Zorg die op dit moment gefinancierd wordt uit de ZVW, AWBZ en de WMO. In 2007 betroffen de kosten van ziekten voor ouderen € 28 miljard (RIVM, 2011). Deze zullen inmiddels al weer aanzienlijk hoger liggen.

Er zijn de laatste jaren een groot aantal voorstellen gedaan om de zorg voor ouderen, en in het bijzonder de AWBZ, toekomstbestendig te maken. Denk aan *handle with care!* (CPB, 2006), Beter zonder AWBZ? (RVZ, 2008), Langdurige zorg verzekerd: over de toekomst van de AWBZ (SER, 2008) en het rapport langdurige zorg in het kader van de brede overweging (ministerie van Financiën, 2010). De rode draad binnen deze rapporten is dat er doelmatigheidswinsten zijn te realiseren, door de prikkels te vergroten en daarom hervormingen gewenst zijn. Dit heeft ertoe geleid dat er inmiddels een aantal belangrijke stappen is of wordt gezet, zoals de overheveling van revalidatiezorg naar de Zvw, begeleiding naar de WMO en de introductie van zorgzwaartepakketten in de AWBZ.

In deze achtergrondstudie wordt stilgestaan bij de vraag, waarom de huidige collectieve voorzieningen voor de zorg aan ouderen niet meer toekomstbestendig zijn. Dit zal gedaan worden door drie belangrijke argumenten na te lopen:

- A. de discrepantie tussen de toekomstige vraag en het huidige aanbod (hoofdstuk 2);
- B. de druk die het huidige collectieve arrangement in de toekomst legt op de solidariteit, tussen en binnen generaties (hoofdstuk 3);

C. het gebrek aan kostenefficiëntie (hoofdstuk 4).

Vervolgens wordt ingegaan op de vraag hoe we de toekomstbestendigheid van het stelsel voor ouderenzorg kunnen verbeteren (hoofdstuk 5). Hierbij worden niet de bovenstaande rapporten nog eens over gedaan, maar richt deze achtergrondstudie zich specifiek op een aantal actuele voorstellen. Dit zijn een aantal concrete ideeën die recent in de media aandacht hebben gekregen en niet of - in mindere mate - in eerdere rapporten aan bod zijn gekomen. Het betreft hier dus geen uitputtende set van mogelijke maatregelen. Het gaat hier om de volgende concrete maatregelen:

1. zorgsparen;
2. het inzetten van eigen vermogen;
3. scheiden van wonen en zorg;
4. leeftijdsafhankelijke premies;
5. het creëren van sociale netwerken.

Deze voorstellen worden beoordeeld aan de hand van een analyse, waarin de vraag centraal staat of ze bijdragen aan een betere toekomstbestendigheid van het stelsel. Op basis hiervan wordt gekeken wat kansrijke en minder kansrijke opties zijn. Daarna worden deze inzichten gekoppeld aan eerder verschenen adviezen van de RVZ en wordt op basis hiervan - op hoofdlijnen - tot een schets voor de financiering van zorg van niet redzame ouderen gekomen (hoofdstuk 6). Tot slot volgt een conclusie (hoofdstuk 7).

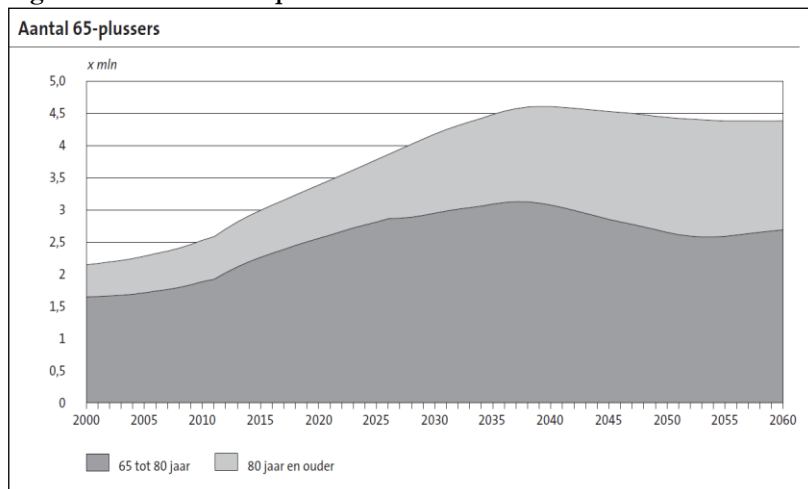
2 Naar een meer vraaggestuurde zorg voor ouderen

Om te kunnen adviseren wat nodig is om ook in de toekomst de kwaliteit van leven voor niet zelfredzame ouderen te borgen, is het nodig om een inschatting te maken van de vraagzijde: de ouderen van de toekomst. Wanneer we een aantal trends bekijken, zoals (a) demografie, (b) inkomenspositie, (c) veranderende voorkeuren en (d) technologische ontwikkeling, ontstaat een beeld van de oudere. Als dit beeld wordt vergeleken met het huidige aanbod, blijkt dit niet geheel op elkaar aan te sluiten.

2.1 Demografie

We weten dat er in de toekomst in absolute zin veel meer ouderen zijn en deze ook relatief een groter aandeel van de bevolking vormen. Zo zal het aantal ouderen van 65 jaar en ouder volgens de raming van het CBS van 2,4 miljoen in 2010, toenemen naar 4,6 miljoen in 2040 (CBS, 2010, zie figuur 2.1). Naast dat er meer ouderen zijn, worden ze ook ouder. Zo raamt het CBS (2010) dat tussen nu en 2050 de levensverwachting van 65-jarige mannen met 3,5 jaar toeneemt en die van vrouwen met 2,8 jaar. In dit RVZ advies wordt in het bijzonder gekeken naar ouderen die niet redzaam zijn. Dit zullen vaak de oudste en meest kwetsbare ouderen zijn, ouderen met een ernstige beperking en een laag opleidingsniveau (Galenkamp, et al., 2011). Het SCP heeft aangegeven dat het aantal kwetsbare ouderen in absolute zin in de toekomst verder zal toenemen, hoewel ouderen relatief door het hogere opleidingsniveau iets minder vaak kwetsbaar zullen zijn. Zo wordt het aantal kwetsbare ouderen door het SCP nu geraamd op 700.000 (27% van ouderen) en zal dit in 2030 1 miljoen (25% van ouderen) zijn (Van Campen (red.), 2011)¹. Het RIVM (Zantinge, et al., 2011) geeft aan dat ouderen steeds langer goed kunnen functioneren, maar dit lijkt wel gepaard te gaan met expansie van chronische aandoeningen en een grotere ziektelast (Van den Bos, 2010).

Figuur 2.1 Aantal 65-plussers neemt toe

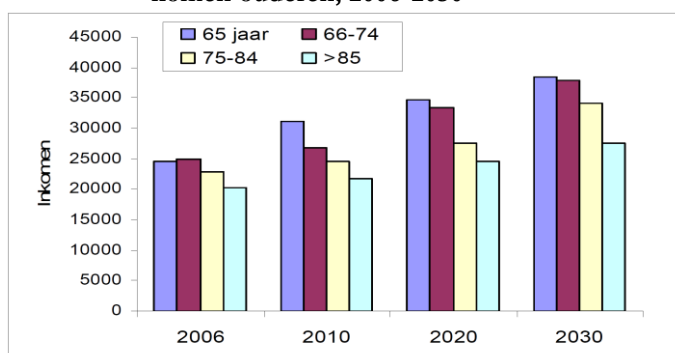


Bron: CBS, 2010

2.2 Inkomenspositie ouderen

Over de toekomstige inkomenspositie van ouderen heeft een aantal jaar geleden het ministerie van SZW een rapport geschreven (ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, 2006). Uit dit rapport blijkt dat de inkomensontwikkeling afhankelijk is van een groot aantal ontwikkelingen zoals de verandering in huishoudvorm, de arbeidsparticipatie, loon en rente, indexering van pensioenen en de verandering in inkomensbeleid. Na het maken van een aantal veronderstellingen hierover, wordt in het document geconcludeerd dat het reële inkomen van ouderen in de toekomst flink stijgt. Ouderen hebben in de toekomst een hoger pensioen opgebouwd, onder meer doordat zij hoger opgeleid zijn en hierdoor een hoger loon hebben ontvangen. Hier staat overigens wel tegenover dat de levensverwachting blijft stijgen waardoor de opgebouwde pensioenrechten over een langere resterende levensduur moeten worden uitgesmeerd. Zo hebben het CBS en pensioenfondsen in het verleden de stijging van de levensverwachting onderschat (zie bijvoorbeeld Van Duin en Garssen, 2011). Daarnaast stijgt de arbeidsparticipatie onder vrouwen, zodat ook zij meer pensioen opbouwen.

Figuur 2.2 Ontwikkeling reëel gestandaardiseerd inkomen ouderen, 2006-2030



Bron: SZW, 2006

Wel zullen ook in de toekomst vooral alleenstaande vrouwen onder de ouderen een lage inkomenspositie hebben. Deze vrouwen blijven ook in de toekomst aan de onderkant van de inkomenspiramide. Zo wordt er voorspeld dat in 2030 het pensioen van mannen nog ruim het dubbele is van dat van vrouwen.

Volgens het rapport is vermogen ongelijker verdeeld dan inkomen. Ouderen hebben veel vermogen, maar op dit moment is 70% van het vermogen geconcentreerd bij 20% van de huishoudens. Ook in de toekomst zal dit grotere verschil blijven, en neemt vooral het vermogen in de middengroep toe. Het rapport van SZW dateert nog uit 2006, mogelijk zal de lopende krediet- en schuldencrisis van invloed zijn op de inkomens- en vermogenspositie van ouderen. Uit recente cijfers van het CBS blijkt echter dat het vermogen van 65-plussers ondanks de crisis is toegenomen.²

2.3 Veranderende voorkeuren: de emancipatie van ouderen

We leven in een maatschappij waarin we gewend zijn steeds meer te kunnen kiezen. Opvallend is dat wat betreft ouderenzorg de keuzevrijheid hiervoor zeer beperkt is. Dit terwijl een groot deel van de AWBZ gebruikers (70%) in principe in staat is om te kiezen, en wie niet kan kiezen een mantelzorger heeft die dit wel kan (SEO, 2011). Volgens SEO zijn redenen dat ouderen op dit moment weinig kiezen: een gebrek aan motivatie, de kwaliteit is niet transparant, en de gelegenheid ont-

breekt door schaarste in het aanbod. Zo wordt in het onderzoek van SEO gesteld dat cliënten met een indicatie verblijf deze zorg nu niet thuis kunnen krijgen, omdat het volledig pakket thuis een onaantrekkelijk product is. Daarnaast bestaan er wachtlijsten, waardoor cliënten niet altijd naar hun voorkeursinstelling kunnen en zij vervolgens door het zorgkantoor onder zachte dwang gestuurd worden naar een andere instelling. (SEO, 2011).

Het is daarbij te verwachten dat de toekomstige generatie ouderen door een hoger opleidingsniveau en betere inkomenspositie een grotere motivatie heeft om te kiezen. Een ander zichtbare trend is dat ouderen graag zo lang mogelijk thuis willen wonen (Research voor beleid, 2008). Je zou dus kunnen zeggen dat de trend van extramuralisering verder zal doorzetten. Mocht dit uiteindelijk niet meer gaan, dan wenst men zo dicht mogelijk in de buurt te blijven wonen, waarbij het leven zo veel mogelijk lijkt op dat wat men vroeger had.

2.4 Technologische ontwikkeling, en in het bijzonder opkomst van internet

Technologische ontwikkelingen maken het voor ouderen mogelijk om langer regie te kunnen voeren en langer thuis te kunnen wonen, en gemakkelijker een keuze te maken. Denk aan ICT, domotica en robotica. Door middel van telezorg kan er op afstand toezicht op ouderen gehouden worden, waardoor de noodzaak om naar een verzorgingstehuis te gaan vermindert. Daarnaast kunnen via alarmeringsapparatuur ouderen alarm slaan wanneer er iets aan de hand is en wordt de veiligheid vergroot. Ten slotte kunnen technologische ontwikkelingen het keuzeproces versterken, denk aan het internet. Een voorbeeld hoe het internet gebruikt kan worden om een betere keuze te maken, zijn sites als kiesbeter.nl, zorgkaartnederland.nl en zorgvisites.nl.

Concluderend

Het aantal ouderen neemt in de toekomst toe, ze worden ouder en kunnen langer goed functioneren. Ze zijn hoger opgeleid en zijn relatief minder vaak kwetsbaar. De inkomenspositie van ouderen over de linie verbetert en met name de middengroep zal er zowel in inkomen als in vermogen op vooruitgaan. Dit zal bij een grotere groep ouderen leiden tot een trend naar meer eigen regie en de wens tot keuzevrijheid. Daarnaast willen ouderen langer thuis wonen, en wanneer zij

dit niet meer kunnen, dan zo dicht mogelijk in de buurt van hun vroegere huis. Technologische ontwikkelingen versterken deze trends. Dit alles maakt dat het huidige aanbod onvoldoende toegesneden is op de toekomstige vraag. Hier tegenover staat echter wel dat er in de toekomst in absolute zin meer ouderen zijn die minder of niet redzaam zullen zijn. Dit zijn vaak de oudste ouderen of ouderen met een lagere sociaal-economische status. Denk bijvoorbeeld aan de grote groep alleenstaande vrouwen met een laag inkomen en geen vermogen. Voor een deel van deze groep - die juist veel gebruik maakt zorg en hulp - zal zelfredzaamheid en eigen regie minder belangrijk zijn (zie Galenkamp et al., 2011). Hiervoor lijkt het nodig een goed vangnet te organiseren, waarbij ook voor deze groep zorg op maat wordt geleverd.

3 De druk die het huidige collectieve arrangement in de toekomst legt op de solidariteit, tussen en binnen generaties

De verwachting is dat de zorgkosten de komende jaren flink zullen toenemen. Indien de jaarlijkse groei van 4% doorzet, zouden we volgens het CPB in 2040 18,4% van het BBP aan zorg besteden (Besseling, 2011). Dit zou bijna een verdubbeling zijn ten opzichte van de huidige 9,8% van het BBP. Dit hoeft niet erg te zijn, als we met zijn allen bereid zijn om dit uit te geven. Maar - aangezien de zorg collectief is gefinancierd - is dit de vraag. Het betekent immers dat als we het huidige collectieve arrangement willen behouden dit ten koste gaat van andere collectieve uitgaven, zoals onderwijs en innovatie (De Kam, 2009), of we moeten meer belastingen gaan betalen. In dit laatste geval zal de herverdeling die binnen het huidige stelsel aanwezig is verder toenemen. Deze overdrachten kennen een prijs; zij zullen de economie verstoren. Zo heeft het CPB becijferd dat een dergelijke belastingstijging tot een verlies leidt aan BBP van 4% in 2040. Daarnaast kent de mate waarin mensen bereid zijn tot solidariteitsoverdrachten grenzen (RVZ, 2006). Er wordt vaak gesproken over private rijkdom en publieke armoede. Private rijkdom, omdat we langer gezond leven en zo meer vermogen kunnen vergaren. Publieke armoede, omdat dit de houdbaarheid van publieke voorzieningen onder druk zet.

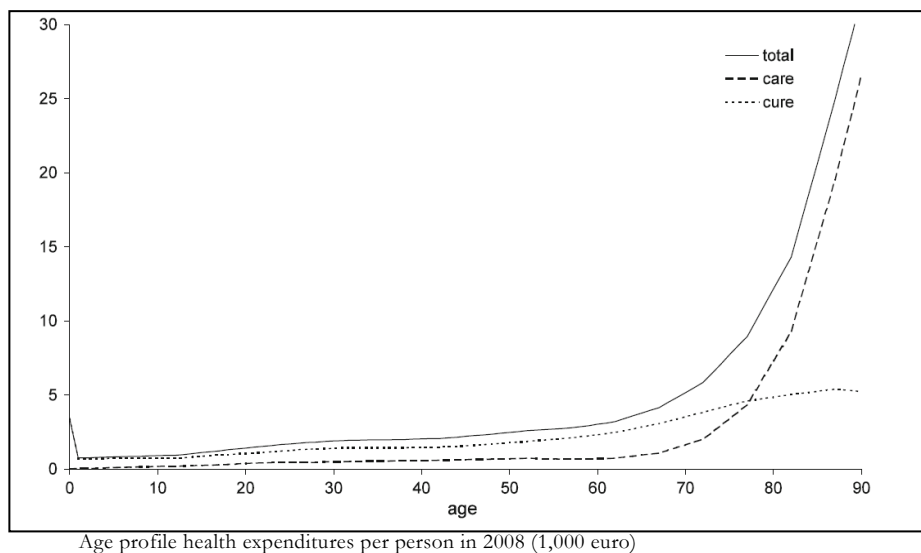
3.1 Intergenerationele herverdeling

In het huidige stelsel zit een grote mate van herverdeling tussen generaties. Zo worden de cure en care in grote mate gefinancierd middels premies en belastingen, die onevenredig veel door de huidige werkenden moeten worden opgebracht. Ze werken daarmee als een omslagstelsel; er wordt geen vermogen opgebouwd. Omslagstelsels zijn kwetsbaar voor demografische schokken als de vergrijzing. Wanneer de generatie ouderen groter is dan de generatie jongeren, vergroot dit de druk op de jongere generatie. Ouderen veroorzaken immers meer zorgkosten dan jongeren (zie figuur 3.1). Zo blijkt uit het eerder besproken rapport van het SZW dat door een toename van het aantal oudere huishoudens, het macrobedrag dat de jongere generatie moet opbrengen voor de oudere generatie

stijgt. Wel is overigens de gemiddelde oudere in de toekomst steeds minder afhankelijk van de jongere generatie.

Een mogelijk argument voor een omslagstelsel kan zijn dat jongere generaties het beter hebben dan ouderen door economische vooruitgang. Het is echter de vraag of dit zich ook in de toekomst in voldoende mate blijft voordoen. De vergrijzing in Nederland zal volgens het CBS zijn hoogtepunt bereiken rond 2038 (CBS, 2008). Volgens het CPB neemt de afhankelijkheidsratio - het aantal 65-plussers gedeeld door het aantal 20-64-jarigen - toe van 25% in 2010 naar 50% in 2040 (CPB, 2010).

Figuur 3.1 ontwikkeling uitgaven aan zorg per persoon over de leeftijd



Bron: Bettendorf et al. 2011

3.2 Intragegenerationele herverdeling

Behalve dat er herverdeling plaatsvindt van jong naar oud, is er natuurlijk ook herverdeling binnen generaties. Er wordt hier vaak een onderscheid gemaakt tussen inkomenssolidariteit en risicosolidariteit (Jeurissen, 2005). Onder inkomenssolidariteit wordt verstaan dat mensen met een hoger inkomen meer dan evenredig bijdragen aan de financiering van zorg. De zorg

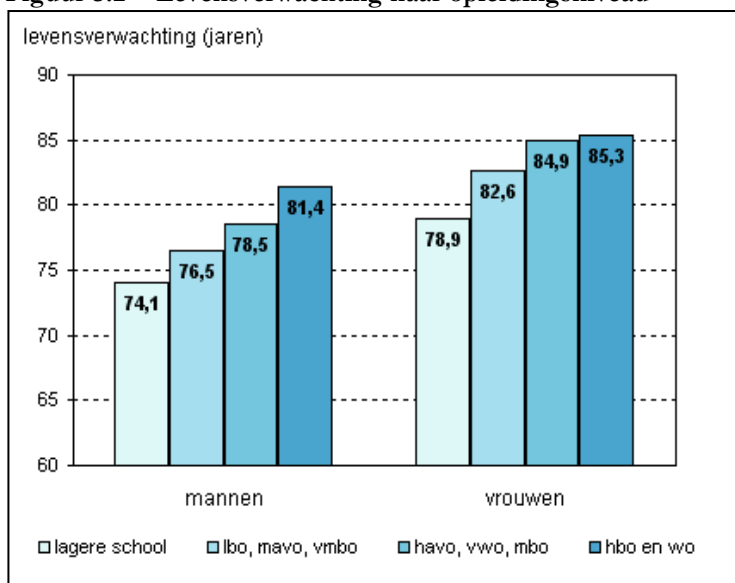
voor ouderen kent in Nederland een grote mate van inkomenssolidariteit. Onder risicosolidariteit verstaan we dat mensen met ongelijke risico's toch evenveel bijdragen aan de financiering van deze risico's. Omdat beide vormen van solidariteit leiden tot overdrachten binnen een generatie, worden ze echter in deze studie door elkaar gebruikt, onder de noemer intragenerationele herverdeling. Zo verschillen bijvoorbeeld de zorgkosten tussen mannen en vrouwen. Vrouwen geven over hun leven genomen meer aan zorg uit (zie ook tabel 3.1). Dit komt vooral omdat ze langer alleenstaand leven en uiteindelijk hierdoor meer gebruik maken van thuiszorg en de kans groter is dat ze in een intramurale instelling terecht komen (Wong, 2008). Hier tegenover staat overigens wel dat vrouwen gemiddeld meer mantelzorg leveren dan mannen. Daarnaast is er een verschil tussen uitgaven naar opleidingsniveau. Mensen met een laag opleidingsniveau leven korter, ongezonder en dragen per jaar en cumulatief opgeteld over hun leven minder bij. Hoogopgeleiden zullen over het algemeen meer bijdragen, leven gezonder, maar ook langer. De zorgkosten van laagopgeleiden liggen hoger dan die van hoogopgeleiden, en dit kan bijna helemaal toegeschreven worden aan gezondheidsverschillen (Kunst, et al., 2007). Tot slot kennen alleenstaanden meer zorgkosten dan mensen die samenwonen. Mensen die samen oud worden kunnen immers voor elkaar zorgen, waardoor er minder noodzaak is formele zorg in te schakelen (Wong, 2008). Zo blijken in 2003 de kosten van verweduwde en gescheiden mensen na leeftijdscorrectie met respectievelijk 31 en 48% aanmerkelijk hoger te liggen dan het landelijke niveau (Kunst, et al., 2007).

Tabel 3.1 De mate van herverdeling verschilt per land

In een Britse studie hebben Karlsson, Mayhew en Rickayzen (2007) vier verschillende stelsels (Verenigd Koninkrijk, Zweden, Duitsland en Japan) voor langdurige zorg vergeleken, wat betreft belastingdruk en herverdelingseffecten. Uit de studie blijkt dat de marginale belastingdruk nogal verschilt tussen de landen. De tarieven in het VK zijn het laagste en die in Zweden het hoogst. Daarnaast kennen de landen zeer verschillende mate van herverdeling tussen en binnen generaties. Hoewel alle systemen gunstig uitvallen voor vrouwen, is er een groot verschil in de mate waarin ze dit doen. In netto contante waarde ligt dit verschil tussen 3.000 Pond (Duitsland) en 13.000 Pond (Zweden).

Mogelijk hangt de bereidheid tot solidariteit ook samen met de reden waarvoor herverdeling plaatsvindt. Zo zou het kunnen dat mensen tot grotere solidariteit bereid zullen zijn wanneer dit noodzakelijke zorg betreft in plaats van minder noodzakelijke zorg, of doelmatige zorg in plaats van ondoelmatige zorg, of onvermijdbare zorg in plaats van vermijdbare zorg. Over geclausuleerde risicosolidariteit zal de RVZ in 2012 een advies uitbrengen, waarbij het gaat over *return on investment* en goed patiëntschap. (RVZ, 2011a).

Figuur 3.2 Levensverwachting naar opleidingsniveau



Bron: Bruggink 2009

Concluderend

Door de stijgende zorguitgaven en vergrijzing komt de solidariteit tussen generaties en de financiële houdbaarheid van het stelsel onder druk. Het lijkt niet wenselijk om de jonge generatie hier alleen mee te belasten. Stijgende zorgkosten leggen daarnaast ook een druk op solidariteit binnen generaties. De mate waarin rijk, hoogopgeleid, gezond, willen opdraaien voor arm, laagopgeleid, ongezond, lijkt uiteindelijk aan grenzen gebonden. Indien de jongere generatie minder bereid zal zijn bij te dragen aan de groter wordende oudere generatie, zal dit weer zorgen voor extra druk op de intragenerationele solidariteit binnen deze groep ouderen.

4 Een gebrek aan kostenefficiëntie

De druk om het impliciete solidariteitscontract tussen en binnen generaties anders in te richten, of af te bouwen, kan verminderd worden wanneer de ouderenzorg efficiënter wordt geleverd. Aangezien in de praktijk solidariteitsdiscussies voornamelijk niet populair zijn, heeft het inzetten op het vergroten van efficiëntie vaak de voorkeur. Het streven naar meer efficiëntie heeft binnen de langdurige zorg dan ook de nodige aandacht gekregen. Denk aan de eerder genoemde rapporten, en in het bijzonder ‘De brede heroverweging langdurige zorg’ (ministerie van Financiën, 2010). Er lijkt een consensus te zijn dat er nog onvoldoende prikkels voor efficiëntie aanwezig zijn binnen de ouderenzorg, en deze efficiënter georganiseerd kan worden. Hoe groot dit potentieel is en hoe dit het beste ontsloten kan worden, daar verschillen de meningen over. Het CPB maakt in de studie *Handle With Care* (2006) onderscheid tussen efficiëntie op instellings- en systeemniveau. Het CPB spreekt overigens over doelmatigheid. In deze achtergrondstudie worden echter twee aspecten van doelmatigheid, in de vorm van het aansluiten van vraag en aanbod en kostenefficiëntie uit elkaar getrokken.

4.1 Kostenefficiëntie op instellingsniveau

Het idee bestaat dat veel instellingen binnen de zorg voor ouderen niet kostenefficiënt werken, doordat ze onder het niveau van de best presterende instelling liggen. Zo heeft Gupta becijferd dat als iedereen in de verpleging, verzorging en thuiszorgsector zou produceren tegen de kostprijs van de meest efficiënte zorgverlener, er 1 miljard bespaard zou kunnen worden (Ministerie van Financiën, 2010). Het CPB geeft overigens aan dat het niet mogelijk is instellingen onderling te vergelijken: er is een verschil in kwaliteit, zorgzwaarte en omgevingsfactoren. Deze kanttekeningen gelden dan ook voor het Gupta-onderzoek. Daarnaast kan men zich afvragen in hoeverre het mogelijk is om potentiële efficiëntiewinst vervolgens ook te realiseren, door een stelselhervorming. Een collectief arrangement is immers altijd *second best* en deze inefficiëntie hoort er tot op zekere hoogte bij.

4.2 Kostenefficiëntie op systeemniveau

Zelfs al zouden alle individuele instellingen efficiënt werken, dan kan er op systeemniveau inefficiëntie zijn. Zo snijdt de werkgroep langdurige zorg aan dat er sprake is van bovengemiddeld gebruik. Wat de werkgroep hiermee bedoelt, is dat het gebruik verschilt per regio (praktijkvariatie), en dit verschil niet te verklaren is vanuit een verschil in kwaliteit en toegankelijkheid (wachlijsten). Een eerste reden is volgens de werkgroep dat collectief gefinancierde aanspraken als persoonlijke verzorging en begeleiding aantrekkelijk zijn, waardoor mensen meer zorg zullen consumeren dan zij zouden doen wanneer zij deze privaat zouden moeten financieren. Ze kunnen de kosten immers afwentelen op de maatschappij. Ten tweede is bij veel langdurige zorg de zelfredzaamheid van de cliënt bepalend voor de indicatie. Zelfredzaamheid is door de cliënt makkelijk te beïnvloeden en dus subjectief. De vraag die deze argumenten wel oproepen, en de werkgroep overigens niet beantwoordt, is waarom dit tot grote verschillen per regio leidt. Mogelijk scheidt een van oudsher groter regionaal aanbod ook een grotere vraag (aanbodgeïnduceerde vraag). Daarnaast kan er ondoelmatigheid ontstaan door het zogenaamde schottenprobleem. De zorg voor ouderen wordt door verschillende organisaties uitgevoerd, zoals verzekeraars, zorgkantoren en gemeenten. Het kan echter zo zijn dat de kosten van een investering bij een andere partij neerslaan dan de baten. Neem bijvoorbeeld de investering in welzijn waardoor ouderen langer thuis kunnen blijven wonen. De gemeente maakt via de WMO de kosten, maar de baten slaan neer bij de rijksoverheid. De gemeente heeft hierdoor onvoldoende prikkels om te investeren in welzijn.

Concluderend

Zonder dat hier heel harde gegevens over zijn, lijken er sterke aanwijzingen dat binnen de zorg voor ouderen efficiencywinsten zijn te realiseren. Wel zal hier overigens een grens aan zitten. Een collectief arrangement zal waarschijnlijk altijd wel een bepaalde mate van inefficiëntie blijven behouden.

5 Concrete maatregelen

In de vorige hoofdstukken is kort stil gestaan bij redenen waarom de zorg voor ouderen niet toekomstbestendig is. In dit hoofdstuk worden er op basis van een analyse verschillende concrete maatregelen beoordeeld op basis van de drie criteria: (1) het aansluiten bij de toekomstige vraag, (2) de mate van herverdeling en (3) de kostenefficiëntie. Traditionele maatregelen als het verhogen van de eigen bijdrage en het verkleinen van het collectieve pakket zullen hierbij niet expliciet aan bod komen. Wel zijn de hier besproken maatregelen vaak varianten op deze traditionele maatregelen of zijn ze juist bedoeld om de pijn van meer private financiering te verzachten. Ten eerste wordt een aantal maatregelen besproken om ouderen meer zelf te laten financieren (5.1 zorgsparen en 5.2 inzetten van eigen vermogen), daarna een pakketmaatregel (5.3 scheiden van wonen en zorg), en tot slot ga ik in op andere vormen van solidariteit (5.4 leeftijdsafhankelijke premies en 5.5 sociale netwerken).

5.1 Zorgsparen

Het idee van sparen voor zorg leeft al enige jaren en heeft volop de interesse van beleidsmakers. Zorgverzekeraars als UVIT en Menzis hebben in het verleden gepleit voor zorgsparen. Zo geeft de bestuursvoorzitter van Menzis, Rogier van Bortel, in het Financieel Dagblad (29 november 2010) aan:

“Daarnaast heb ik er al eerder voor gepleit over mogelijkheden voor zorgsparen na te denken. Mensen sparen dan gedurende hun leven (individueel of collectief) voor delen van hun eigen toekomstige zorguitgaven. Dit systeem leunt bovendien niet op de bereidheid van jong en oud om solidair te zijn. De inkomenssolidariteit (arm en rijk) en risicosolidariteit (gezond en ziek) kunnen in stand worden gehouden via fiscale faciliteiten. Zo kan de overheid bijvoorbeeld via het belastingstelsel sparen voor toekomstig zorggebruik steunen, met een extra spaarmogelijkheid voor chronisch zieken. Zorgsparen kan de collectieve zorguitgaven verminderen, omdat delen van de zorg uit het spaargeld worden betaald. Ook ontstaat een grotere prikkel voor gezondheid bevorderend gedrag, preventie en zelfzorg. Met name voor 'ouderenzorg' is zorgsparen een goede optie”.

Er zijn een aantal vormen van zorgsparen te onderscheiden. Zo zou men individueel of collectief kunnen sparen voor

(delen) van zorg voor later, en verplicht of vrijwillig. In de brede heroverweging is sparen als mogelijke maatregel overigens niet opgenomen, omdat de focus lag op 2015 en de opbouw van kapitaaldekking een zeer lange overgangstermijn zou vergen (Ministerie van Financiën, 2010). Het is goed om daarnaast nog even stil te staan bij het nut van sparen ten opzichte van verzekeren. Vanuit de verzekeringstheorie blijkt dat het vooral loont om je voor kosten te verzekeren die onzeker zijn én hoog zijn. Terwijl voor kosten die zeker en hoog zijn het meer loont om te sparen. Voor deze achtergrondstudie zal ik conceptueel twee verschillende spaarvormen uitwerken. Ten eerste de zogenaamde individuele spaarrekeningen, en ten tweede collectief zorgsparen via het pensioen.

Individuele spaarrekeningen

Een vorm van sparen zijn individuele spaarrekeningen (*health-care saving accounts, HSA*). Deze kunnen op veel verschillende manieren worden vormgegeven. In de Verenigde Staten worden ze vaak gecombineerd met een verzekering met een hoog eigen risico (*HSA/High Deductible Health Plans*)³. Ofwel een verzekerde spaart voor de lagere zorgkosten en is verzekerd voor de hoge zorgkosten. Als je de spaarrekening niet inzet, kunnen aan het einde van de periode - dit kan aan het einde van een aantal verzekeringsjaren of bij het bereiken van een bepaalde leeftijd zijn - ongebruikte bedragen aangewend worden voor alternatieve doeleinden. Dit om ervoor te zorgen dat spaarders ook een prikkel hebben om hun kosten te minimaliseren. Je zou een spaarrekening kunnen verplichten vanuit de overheid, of dit zouden producten kunnen zijn die op basis van vrijwilligheid zijn af te sluiten bij een private partij, bijv. een zorgverzekeraar. HSA's waren in eerste instantie niet populair in de VS, maar ze winnen langzaam terrein. In 2011 zijn 11,4 miljoen mensen verzekerd via HSA/HDHPs, wat 6,6% van de private verzekeringsmarkt is (AHIP, 2011). De initiële lage populariteit zou mogelijk verklaard kunnen worden vanuit het feit dat deze producten te hoog geprijsd waren (Gabel et al., 2006). Inmiddels zijn de producten vooral in trek bij grotere werkgevers, omdat ze meer risico neerleggen bij werknemers en zo voor meer prikkels zorgen om de kosten te beheersen (Meyer, 2011).

A. Aansluiten vraag

Wanneer sparen ook een verschuiving van inkoopmacht betekent van zorgkantoor/zorgverzekeraar naar de burger, zou dit ervoor kunnen zorgen dat het aanbod beter aansluit op de toekomstige vraag. Het idee dat ouderen zelf zorg gaan inko-

pen en dit in eerste instantie bekostigen via een spaarpotje sluit immers aan op de trend van meer eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid van ouderen. Er ontstaat hierdoor waarschijnlijk ook een meer gedifferentieerd aanbod.

B. Herverdeling

Een healthcare saving account werkt feitelijk niet veel anders dan een hoge eigen betaling (Saltman, 1998). Ouderen moeten immers meer zorg zelf betalen. Het enige verschil is dat ze daar op een aantrekkelijke manier voor kunnen sparen. Zonder flankerend beleid zal dit systeem ten koste gaan van solidariteit binnen een generatie. Sparen zal moeilijker zijn voor mensen met een laag inkomen dan met een hoog inkomen. Daarnaast zullen ongezonde mensen vaker hun spaarpotje moeten aanspreken dan gezonde mensen. Ook bestaat er een risico dat mensen afzien van noodzakelijke zorg. Dit risico zal vooral aanwezig zijn voor mensen met een laag inkomen, onder deze groep bevinden zich relatief veel kwetsbare ouderen. Dat dit een reëel risico is, blijkt uit het beroemde Rand health insurance experiment. Hoge eigen bijdragen zorgden hier bij mensen die arm en ongezond waren voor een afname in het gebruik van zorg en dit had, gemiddeld genomen, voor deze groep negatieve effecten op de gezondheid (Newhouse, 1993).

Een voordeel van sparen kan zijn dat de noodzaak tot herverdelingsoverdrachten kan verminderen. Immers een deel van de zorgverzekering of AWBZ is ‘solidariteit’ met jezelf. Je betaalt gemiddeld genomen netto meer premie als jong bent, en maakt netto genomen meer kosten als je oud bent (Mot, 2011). Met sparen kan dit ‘rondpompen’ van geld worden tegengegaan. Zo geven Wong, et al. (2008) aan dat ziekenhuiskosten voornamelijk gemaakt worden in het laatste levensjaar. Omdat voor iedereen een keer het laatste levensjaar aanbreekt, zijn de kosten over de levensloop een stuk meer gelijk verdeeld dan wanneer je over een kalenderjaar zou kijken.

Kostenefficiëntie

In theorie zou een spaarrekening ertoe kunnen leiden dat overconsumptie tegengegaan wordt. Consumenten zullen kritischer zijn in het gebruik van zorg en wanneer ze deze gebruiken dan zullen zij deze efficiënt inkopen⁴. Willen deze prikkels werken is het wel nodig dat ouderen kunnen kiezen en dat zij ook iets hebben aan de besparingen. Zo kan men zich afvragen wat een oudere heeft aan besparingen in zijn laatste levensfase. De meeste kosten worden immers aan het einde van het leven gemaakt. De vraag rijst, wanneer ouderen hiervan moeten genieten, of zij moeten veel waarde hechten aan het nalaten van een hoge erfenis aan het einde van hun leven. Een alternatief is

overigens dat men met de gespaarde middelen extra zorg kan inkopen (hierover meer bij het inzetten van vermogen).

Een ander nadeel van sparen voor ouderzorg is dat deze kosten ongelijk verdeeld zijn. Zo blijkt uit een studie van het RIVM (Wong et al., 2007) dat er een grote groep mannen, en in veel mindere mate vrouwen, over de levensloop geen gebruik zal maken van extramurale en intramurale zorg voor ouderen (zie figuur 5.1). De mate waarin iemand kosten maakt voor zorg voor ouderen verschilt dus erg over de populatie en maakt intramurale (thuiszorg) en extramurale (verpleeg- en verzorgingshuiszorg) ouderenzorg - in tegenstelling tot wat Van Boxtel suggereert - niet geschikt voor sparen. Dit leidt tot een grote groep ouderen die te veel spaart en kleinere groep ouderen die te weinig spaart. Ziekenhuiskosten lijken zich in eerste instantie al wat beter hiervoor te lenen, aangezien de kans dat iemand hier mee te maken krijgt tijdens het leven groot is. De verwachting is echter dat bij ziekenhuiszorg de prikkels bij de zorgconsument tot kostenbesparing beperkt zijn, omdat deze kosten over het algemeen gemaakt worden in de laatste levensfase. Meer geschikt voor spaarrekeningen lijken de huisartsenzorg, de farmacie en de mondzorg.

Figuur 5.1 Zorgkosten over de levensloop voor mannen en vrouwen

	Man				Vrouw			
	ZKH	Extra	Intra	Totaal	ZKH	Extra	Intra	Totaal
<i>Kans op geen kosten</i>	0,042%	31,3%	79,9%	0,011%	0,013%	0,4%	35,7%	0,000021%
<i>Levensloop kosten</i>	€ 35.900	€ 4.100	€ 7.100	€ 47.100	€ 46.000	€ 23.000	€ 27.000	€ 96.000
<i>Aandeel laatste 5 jaren</i>	51,3%	70,1%	76,1%	56,7%	43,1%	66,2%	75,6%	57,8%
<i>Aandeel in totaal</i>	76,3%	8,7%	15,0%	100,0%	50,8%	21,7%	27,5%	100,0%

ZKH = Ziekenhuiszorg; Extra = Thuiszorg; Intra = Intramurale ouderenzorg

Bron: Wong et al., 2007

Collectief zorgsparen

Het idee bij collectief sparen voor zorg is anders dan dat bij de individuele spaarrekening. Het betreft hier immers een collectieve regeling, waar burgers verplicht aan deelnemen. Zo geven Brouwer, Hussem, Kortleve en Van Rijn (2011) aan dat een verplichte, collectieve zorgspaarregeling goed aan lijkt te sluiten op de bestaande regeling in de zorg en het pensioenstelsel. Het kent echter een groot verschil ten opzichte van het huidige stelsel, en dat is dat het functioneert als een kapitaal-dekkingsstelsel in plaats van een omslagstelsel.

A. Aansluiten vraag

Of collectief sparen voor zorg kan bijdragen een betere match tussen vraag en aanbod ligt aan de concrete vormgeving. Bij het voorstel van Brouwer et al. is het voornamelijk een andere manier om zorg te financieren en zal het in principe niet meer inkoopmacht neerleggen bij de oudere zelf. Het zou zelfs de keuzevrijheid kunnen verminderen, doordat je verplicht mee moet doen aan een collectieve regeling met collectieve aanspraken.

B. Herverdeling

Volgens Brouwer et al. kunnen we in een collectieve spaarrekening borgen dat mensen solidair met elkaar zijn, zodat ook armen en zieken in de toekomst voldoende zorg krijgen. Binnen de regeling kan er herverdeling plaatsvinden van rijk naar arm. In dit geval functioneert het zorgsparen als een impliciete collectieve verzekering. Niet zo veel verschil met de huidige situatie dus. Het voordeel van collectief zorgsparen zit hem echter in het feit dat het solidariteit tussen generaties minder onder druk zet. Er is minder herverdeling tussen verschillende generaties. Elke generatie spaart voor zijn eigen oude dag.

Een overgang van het omslagstelsel naar een kapitaaldeckingsstelsel betekent wel dat de jongere generatie met dubbele lasten geconfronteerd wordt. Zij moeten sparen voor zich zelf en daarnaast premie betalen voor de oudere generatie. Hussem, Kortleve en Brouwer (2011) willen daarom zorgsparen geleidelijk invoeren. Daarnaast voorkomt een geleidelijk invoering dat mensen te weinig kans hebben gehad om te sparen. Een nadeel van het voorzichtig invoeren van collectief sparen is dat de vergrijzing zich over een aantal jaar al zal inzetten. Deels zal deze maatregel dus als mosterd na de maaltijd zijn. Hoewel de verhouding tussen generaties wel deels blijvend zullen veranderen, en op deze manier ook toekomstige demografische schokken het hoofd geboden kan worden. Een ander probleem is dat men strikt moet reguleren op wat voor aanspraken men recht heeft. Maar is het gezien de medisch technologische ontwikkeling wel mogelijk om de precieze voorwaarden 50 jaar van te voren te formuleren en zijn jongeren wanneer zij zich aanmelden voor collectief zorgsparen wel op de hoogte van hun preferenties als ze oud zijn (Schut en Van de Ven, 2010)? Ook ontstaat er door zorgsparen een risico op inflatie. Het is vervolgens de vraag of je dit inflatierisico kunt *hedgen*.

C. Kostenefficiëntie

Voor kostenefficiëntie zal het collectief sparen op deze manier niet veel doen.

Concluderend

Individueel zorgsparen via een individuele spaarrekening lijkt geen kansrijke maatregel voor de zorg voor ouderen. De mate waarin mensen beroep doen op intramurale en extramurale zorg voor ouderen is daarvoor te ongelijk verdeeld en ziekenhuiskosten vallen vooral in de laatste levensfase. Daarnaast kan het solidariteit met kwetsbare ouderen aantasten en is het de vraag of het voor kostenefficiëntie veel zal doen.

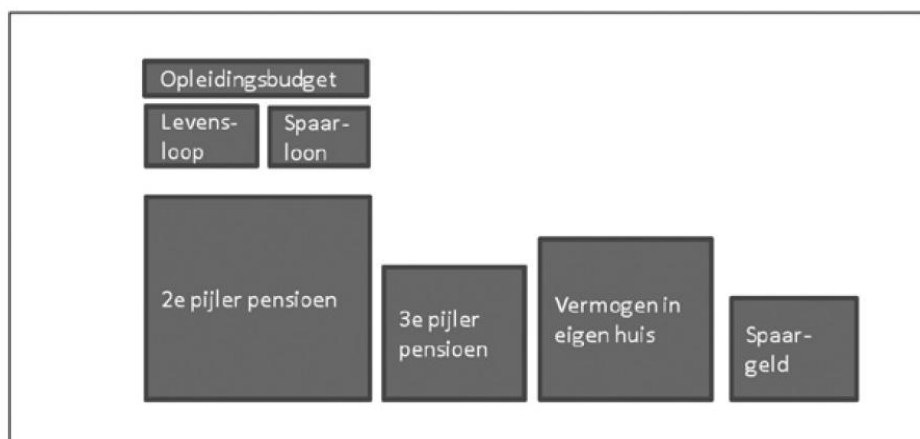
Collectief zorgsparen zou overwogen kunnen worden als maatregel om intergenerationele herverdeling te verminderen, maar hier kleven een aantal nadelen aan: hoe definieer je aanspraken 50 jaar vooraf, zijn we niet te laat met een voorzichtige invoering, staat dit juist niet haaks op de wens om meer keuzevrijheid te hebben en hoe wordt omgegaan met het risico op inflatie. Het is daarom goed deze optie af te wegen tegen andere alternatieven als leeftijdsafhankelijke premies of leeftijdsafhankelijke spaaropslag (zie paragraaf 5.4).

In de volgende paragraaf zullen we zien dat als we kijken naar wonen, welzijn en luxere zorgvormen bepaalde spaararrangementen mogelijk meer toegevoegde waarde hebben.

5.2 Inzetten van eigen vermogen

Er wordt ook voorgesteld om burgers meer verantwoordelijkheid te geven door meer eigen vermogen in te zetten voor hun eigen oude dag. Uit hoofdstuk 2 bleek namelijk dat ouderen steeds welvarender worden. Het aantrekkelijk maken van het inzetten van eigen vermogen kan de pijn van private financiering verzachten. Hier worden verschillende vermogensbestanddelen voor aangedragen: het pensioen, de woning en overig vrij vermogen (zie figuur 5.2).

Figuur 5.2 **Overzicht verschillende vermogensbestanddelen**



Bron: Bovenberg, Koelwijn en Kortleve (2011)

Ook hier kies ik ervoor om twee varianten te onderscheiden: een vermogenstoets (strafvariant) en een partnerschapsmodel (beloningsvariant).

Vermogenstoets (strafvariant)

Ten eerste zou je deze maatregel kunnen laten werken als een vermogenstoets. Je moet eerst je eigen vermogen inzetten, alvorens je recht hebt op collectieve voorzieningen. Met dit middel kun je ervoor zorgen dat de collectieve regeling ook gericht wordt op de groep die deze het meeste nodig heeft. Deze toets was er voor 1998 in de AWBZ, maar is toen afgeschaft. Reden was dat er constructies werden bedacht om deze te omzeilen. Een ander nadeel is dat deze maatregel kan leiden tot ongewenst gedrag. Je straft immers mensen die vermogen vergaard hebben door werk, of juist zuinig te leven, en verstoort hiermee deze activiteiten.

Een vermogenstoets kan overigens gelden voor wonen, zorg of voor beide (zoals de oude vermogenstoets voor intramurale zorg). Bij het volledig scheiden van wonen en zorg zou een toets voor het woondeel overigens overbodig zijn (hierover zo meer). Ook voor zorg zou in principe een vermogenstoets kunnen gelden. Zo gaat er in 2013 een vermogenstoets gelden voor de zorgtoeslag⁵.

Mogelijk leidt een vermogenstoets tot een tweedeling in de samenleving, waarbij de relatief arme groep gebruik maakt van het collectieve aanbod en de relatief rijkere groep zich wendt tot een privaat aanbod.

De wenselijkheid van een dergelijke tweedeling is uiteindelijk een politieke afweging.

A. Aansluiten vraag

Door de vermogenstoets op zich zal het aanbod zich niet beter aanpassen aan de toekomstige vraag. Wel kan gebruik van het collectieve aanbod als gevolg van de vermogenstoets voor bepaalde groepen welgestelden onaantrekkelijk worden. Zij zullen zich dan wenden tot het private aanbod. Dit zou ertoe kunnen leiden dat er een nieuw privaat aanbod ontstaat dat voor deze groep beter aansluit op de vraag. Hoewel hiermee wel een risico bestaat dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van het collectieve aanbod. Mogelijk kan regulering van kwaliteitseisen en CAO's dit voorkomen.

B. Herverdeling

Van de vormgeving van de vermogenstoets kunnen verschillende herverdelingseffecten uitgaan. Ten eerste zorgt het voor minder herverdeling tussen verschillende generaties, doordat ouderen meer eigen vermogen inzetten. Wat betreft intragenerationele vindt er een herverdeling plaats van vermogende naar minder vermogende ouderen.

C. Kostenefficiëntie

Deze maatregel verbetert de kostenefficiëntie waarschijnlijk niet veel. Het kan zijn dat er binnen het private aanbod mogelijkserwijs meer prikkels ontstaan voor kostenefficiëntie.

Partnerschapsmodel (beloningsvariant)

Ten tweede zou gekozen kunnen worden voor een meer positieve benadering. In het Verenigd Koninkrijk is voorgesteld om een zogenaamd partnerschapsmodel in te voeren (partnership savings) (zie Le Grand 2003 en Wanless 2006). In het VK is er zowel een inkomens- als een vermogenstoets voor zorg voor ouderen. Het vraagstuk is daar om middelen te mobiliseren om de langdurige zorg betaalbaar te houden. En dit zo te doen dat gebruikers en aanbieders goede keuzes maken over het soort aanbod en het niveau van het aanbod. Daarnaast wil men slechte prikkels - zoals die uitgaan van de vermogenstoets - zoveel mogelijk voorkomen. Om dit te doen kan gedacht worden aan een nieuw collectief-privaat arrangement. Indien een oudere besluit om zijn eigen vermogen vrijwillig in te zetten voor de langdurige zorg, dan wordt dit (deels) gematcht door de overheid. Hiermee wordt voorkomen dat mensen totaal geen prikkel meer hebben om te sparen zoals bij een vermogenstoets. Om te voorkomen dat de uitgaven van de overheid onbeheersbaar worden, stelt Le

Grand voor om een bovengrens te stellen aan de bijdrage van de overheid, en te werken met een indicatiestelling.

Het partnerschapsmodel lijkt mensen met vermogen te bevoordelen ten opzichte van mensen zonder vermogen. Anderzijds kun je ook stellen dat het model geeft aan mensen die bereid zijn meer eigen middelen te investeren in hun eigen oude dag (Le Grand, 2003). Het is daarbij wel belangrijk om de Britse context in de gaten te houden, men heeft daar slechts een beperkt collectief vangnet voor ouderenzorg. Dat is een heel andere situatie dan in Nederland waar we juist een heel uitgebreid pakket hebben.

In de Nederlandse context zijn er een aantal voorstellen gedaan die op dit model aansluiten. Zo stellen Bovenberg, Koelewijn en Kortleve (2011) voor om meer flexibiliteit in de uitkering van het pensioen te brengen. Zo geven zij aan dat de maandelijkse uitkering van het pensioen niet handig is voor grote zorgkosten. Een uitbreiding kan zijn dat het pensioenfonds de uitkering mag verzorgen bij aanvullende zorgkosten, waarbij de overheid die uitkering fiscaal vriendelijk behandelt. Door Boon en Van Vlugt (2011) wordt er overigens wel op gewezen dat meer flexibiliteit in opbouw en uitkering ook een duurder pensioen betekent.

Een ander idee is om een omkeerhypotheek (of opeethypotheek) in te zetten voor zorg. Bij een omkeerhypotheek krijgt de eigenaar van een woning een krediet van een financiële instelling met als onderpand de eigen woning. De bewoner blijft juridisch eigenaar. Bij overlijden wordt de lening afbetaald vanuit de verkoop van het huis (Spoor, 2008). Vooralsnog komen producten als de omkeerhypotheek nog moeilijk van de grond. Dit heeft volgens Spoor enerzijds te maken met adverse selection. Zo hebben gezinnen in de VS die een omkeerhypotheek vragen vaak een laag inkomen en wonen in een huis dat ten opzichte van dit inkomen te duur is. Hierdoor kunnen ze het huis niet goed onderhouden, wat ten koste gaat van de executiewaarde. Daarnaast is er een risico op moral hazard. Als een eigenaar komt te overlijden hebben de nabestaanden weinig prikkels om het huis goed te verkopen, omdat ze bij een tekort kunnen besluiten de erfenis niet te aanvaarden.

Het lijkt overigens niet wenselijk dat de overheid een specifiek spaar- of verzekeringsproduct ondersteunt, maar dit overlaat aan de markt. Indien de overheid besluit om inzetten van eigen vermogen te belonen, kan zij dit het beste neutraal doen, zodat het gelijke speelveld op de spaar- en verzekeringsmarkt niet wordt verstoord (Van der Geest, 2005).

Aansluiten vraag

Door ouderen op deze manier meer eigen vermogen te laten inzetten zal het aanbod beter aansluiten op de toekomstige vraag, zeker wanneer deze grotere eigen bijdragen gepaard gaan met meer inkoopmacht bij de oudere zelf.

A. Herverdeling

Herverdeling zal door grotere eigen betalingen verminderen. Van het partnerschapsmodel, waarbij de overheid het fiscaal aantrekkelijk maakt om eigen vermogen in te zetten, gaat wel weer een nieuwe herverdeling uit. Van mensen die geen vermogen inzetten voor de ouderenzorg naar mensen die dit wel doen. Wanneer de overheid zou besluiten om de eigen bijdrage voor de zorg voor ouderen (inkomensafhankelijk) te verhogen, zou zij kunnen overwegen hier parallel aan dit model in te voeren. Dit om de scherpe randen eraf te halen.

Het is overigens wel de vraag of er binnen de Nederlandse context veel ruimte is voor een partnerschapsmodel. We vinden hier immers dat iedereen recht heeft op gelijke zorg. De mogelijkheid om ouderen die zelf vermogen inzetten te belonen door middel van extra zorg is hierdoor beperkt. Mogelijk zou gedacht kunnen worden aan wonen en welzijn. Hier wordt dit waarschijnlijk als minder onrechtvaardig gezien.

B. Kostenefficiëntie

Voor zover dit betekent dat ouderen meer sturing krijgen, zou dit de efficiëntie kunnen verbeteren. Ouderen worden immers als vragende partij kritischere zorgconsumenten. Dit kan moral hazard tegengaan en kan de aanbieder meer prikkelen efficiënter te werken.

Concluderend

Het idee om eigen vermogen in te zetten kan een kansrijke optie zijn om de druk op herverdeling tussen en binnen generaties te verminderen. Het kan hier gaan om zorg, welzijn en wonen. Een nadeel hierbij is wel dat dit mogelijk het vergaren van vermogen en sparen verstoort. Om dit te verminderen zou je ervoor kunnen kiezen om ouderen die eigen vermogen inzetten te belonen. Dit kan bijvoorbeeld door de inzet van eigen vermogen (pensioen, woning en spaargeld) fiscaal aantrekkelijk te maken en ruimte te bieden voor differentiatie. Bij wonen zal hier waarschijnlijk draagvlak voor zijn en is het voordeel dat men in de woning kan blijven wonen. Ook bij welzijn lijkt dit te overwegen. Bij zorg is het de vraag of in Nederland differentiatie rechtvaardig wordt gevonden, aange-

zien dit zou betekenen dat er mogelijk een tweedeling komt in zorggebruik.

5.3 Scheiden van wonen en zorg

Een maatregel die al heel lang genoemd wordt, zonder dat deze overigens gerealiseerd is, is het scheiden van wonen en zorg. Wel zijn er inmiddels stappen gezet. Zo is het op dit moment mogelijk dat ouderen met indicatiestelling verblijf ervoor kiezen thuis, of in een woonvorm naar keuze, te wonen en aanspraak maken op een PGB of zorg in natura (volledig pakket thuis).

Het huidige stelsel blijkt echter niet neutraal wat betreft thuis wonen en het wonen in een institutionele instelling. Zo staat er in de brede heroverweging (Ministerie van Financiën, 2010):

“Door de wirwar binnen de eigen-bijdragesystematiek voor intramurale zorg verschilt de hoogte van de verschuldigde bijdrage voor personen met een vergelijkbaar inkomensniveau. In het ene geval is het financieel aantrekkelijk om zorg thuis te ontvangen, in het andere geval is verblijf in een instelling aantrekkelijker. Dit hindert ook een eventuele overstap naar scheiden van wonen en zorg” (pag. 41).

Met de stap naar integrale tarieven komt het scheiden van wonen en zorg al dichterbij. Er is dan bij de bekostiging al een onderscheid tussen individuele woonruimtes en algemene ruimtes. Ook in deze kabinetsperiode is de maatregel scheiden van wonen en zorg weer opgenomen in het regeerakkoord (Ministerie van AZ, 2010):

“In de AWBZ wordt overgegaan tot het scheiden van wonen en zorg. Hierdoor krijgen bewoners meer keuzevrijheid. Zorginstellingen zullen zich beter gaan richten op de woonwensen van cliënten. Ter compensatie van de extra woonlasten wordt de huidige intramurale eigen bijdrage verlaagd. Bewoners die de woonlasten financieel niet kunnen dragen, komen in aanmerking voor de huurtoeslag. Voorwaarde voor de invoering is dat de achterblijvende partner op woonlasten niet financieel achteruit gaat ten opzichte van het huidige systeem en er voldoende eenpersoonskamers beschikbaar zijn” (pagina 37).

Bij het scheiden van wonen wordt de wooncomponent uit de ZZP gehaald en moeten ouderen zelf huur betalen. De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Ministerie van VWS, 2011a) wil scheiden van wonen en zorg geleidelijk invoeren. Zo heeft zij een aantal randvoorwaarden geformuleerd.

leerd. Zo moeten de eigen bijdragen worden verlaagd, moet er een huurtoeslag komen voor de ouderen met een lage inkomenspositie en mag het geen negatieve gevolgen hebben voor de partner die zelfstandig woont. De minister streeft erna dat scheiden van wonen en zorg vanaf 2014 in te voeren voor, in elk geval ZZP's VV 1 en 2. Waar mogelijk zal ook een scheiding worden doorgevoerd voor ZZP's VV 3 en 4.

A. Aansluiten vraag

Het scheiden van wonen en zorg zorgt ervoor dat het aanbod beter aansluit op de toekomstige vraag. Zo zal er waarschijnlijk meer ruimte komen voor nieuwe combinaties tussen wonen en zorg. Zo geeft de SER (2008) aan dat er beter aangesloten wordt op de verschillende woonwensen bij ouderen en dit innovaties zal uitlokken op het snijvlak van wonen, zorg en welzijn, en participatie.

Het scheiden van wonen en zorg maakt meer differentiatie mogelijk. Ouderen met een hoger inkomen zijn in staat luxer te wonen ten opzichte van ouderen, die een lager inkomen kennen. Volgens velen ligt dit ook in de rede. We vinden het immers heel normaal dat mensen verschillend wonen, waarom zou dit veranderen als we oud zijn.

B. Herverdeling

Het ligt aan de vormgeving van deze maatregel of en in welke mate van scheiden wonen en zorg herverdelingseffecten uitgaan. In theorie zouden de effecten van het wegvallen van de wooncomponent gecorrigeerd kunnen worden door een lagere eigen bijdrage en de eventuele huurtoeslag. De mate van herverdeling zou in dit geval gelijk blijven. In de praktijk blijkt dit lastig te zijn, wat waarschijnlijk een belangrijke reden is dat scheiden van wonen en zorg nog steeds niet gerealiseerd is. In de brede heroverweging (Ministerie van Financiën, 2010) is het scheiden van wonen en zorg wel vormgegeven als een pakketmaatregel. Hier wordt het gecombineerd met een hogere extramurale bijdrage.

C. Kostenefficiëntie

Het is onduidelijk wat scheiden van wonen en zorg doet voor de kostenefficiëntie. Het CPB heeft hier in het verleden nooit doelmatigheidsopbrengsten voor ingeboekt. Enerzijds zullen mensen mogelijk kritischer zijn over woonlasten als ze deze zelf gaan betalen. Anderzijds zullen de kosten via tariefregulering niet meer centraal beheerst worden.

Wel worden er in dit kader vraagtekens gezet bij de het scheiden van wonen zorg bij een bepaalde zwaardere zorgvraag. Zo stelt de SER (2008) dat er ook in de toekomst groepen zijn voor wie geclusterd wonen niet toereikend is. Voor deze groep biedt het scheiden van wonen en zorg geen feitelijke meerwaarde en zal het slechts leiden tot administratieve lasten. Volgens Research in beleid heeft scheiden van wonen en zorg geen meerwaarde, indien de gezondheid van de cliënten leidt tot een meer ziekenhuisachtige setting met intensieve niet-planbare 24-uurs zorg met permanente bedlegerigheid (Research en beleid, 2008). Je zou je in dit kader kunnen afvragen of het hier überhaupt gaat om wonen of dat dit zorg is.

Daarnaast is een mogelijk nadeel dat scheiden van wonen en zorg leidt tot een schottenprobleem. Zo horen we van AWBZ instellingen dat nu door middel van het zorgzwaartepakket een pakket gefinancierd wordt dat bestaat uit wonen, zorg en welzijn. Wanneer je vervolgens wonen en zorg van elkaar scheidt, verlies je een mogelijk stuk welzijn. Dit zou dan in principe naar de gemeente gaan, maar het is de vraag of de gemeente voldoende prikkels heeft, en in staat is om dit efficiënt aan te bieden binnen een woonconcept.

Concluderend

Het scheiden van wonen en zorg kan als maatregel er voor zorgen dat het aanbod beter aansluit op de toekomstige vraag. Zo zorgt het waarschijnlijk voor een meer gedifferentieerd woningaanbod. Daarnaast gaat deze maatregel waarschijnlijk gepaard met een meer private financiering voor wonen, waardoor deze minder druk legt op solidariteit tussen verschillende generaties. Wat betreft kostenefficiëntie is het onduidelijk of deze maatregel veel zal opleveren.

5.4 Leeftijdsafhankelijke premies

Een alternatief voor collectief zorgsparen is dat de huidige generatie ouderen een leeftijdsopslag op de AWBZ-premie krijgt (Schut en Van de Ven, 2010). Met als reden dat - als we het huidige omslagstelsel behouden - dit anders betekent dat de toekomstige kleinere jongere generatie onevenredig veel zal bijdragen aan de zorg voor een grote generatie van ouderen als gevolg van de vergrijzing. Dit kan tot een druk op de solidariteit tussen generaties leiden (generatieconflict). Het idee is om een cohorttoeslag in te voeren; de ouderen betalen extra premie en de jongeren krijgen een korting. De rekening van de vergrijzing kan zo eerlijker gedeeld worden.

Wat opvalt in de maatschappelijke discussie is dat leeftijdsafhankelijke premie een minder populaire maatregel is dan zorgsparen. Leef-tijdsafhankelijke premies worden al snel als leeftijdsdiscriminatie gezien en onrechtvaardig, omdat men heel zijn leven premie heeft betaald⁶. Deze argumenten berusten op misverstanden. Niets doen betekent immers ook leeftijdsdiscriminatie, want dit zou betekenen dat de rekening van de vergrijzing vooral voor de jongere generatie zou komen. Daarnaast zou je vanuit deze redeneerlijn ook kunnen stellen dat de groep ouderen eigenlijk in het verleden te weinig premie heeft betaald. Overigens zal ook een overgang naar collectief zorgsparen ertoe leiden dat verschillende generaties verschillende premies kennen.

Een mogelijk nadeel van leeftijdsafhankelijke premie is dat ouderen zich niet hierop hebben kunnen voorbereiden. Zo stellen Hussem, Kortleve en Brouwer (2011) dat dit tot forse inkomensconsequenties kan leiden en zo tot een tweedeling in het gebruik van zorg tussen koopkrachtige en minder koopkrachtige ouderen. Dit nadeel lijkt echter door middel van de vormgeving van de maatregel weg te nemen. Ook een leeftijdsafhankelijke premie kan net als collectief zorgsparen gefaseerd ingevoerd worden en zou, indien gewenst, inkomensafhankelijk kunnen zijn. Er zou overigens ook gedacht kunnen worden aan een combinatie van leeftijdsafhankelijke premies en zorgsparen, zoals een (leeftijdsafhankelijke) spaaropslag (Schut en Van de Ven, 2010).

A. Aansluiten vraag

Leef-tijdsafhankelijke premies zullen de aansluiting tussen vraag en aanbod niet verbeteren.

B. Herverdeling

De maatregel lijkt effectief te zijn om de intergenerationele herverdeling anders vorm te geven. De maatregel lijkt praktischer dan een omvangrijke spaarregeling, waarbij tijd nodig is om kapitaal op te bouwen en het moeilijk is om aanspraken vast te stellen. Ook heb je hier niet het probleem dat de jongeren dubbel moeten betalen.

C. Kostenefficiëntie

Van de maatregel lijken geen prikkels uit te gaan om de kostenefficiëntie te verbeteren.

Concluderend

Indien men intergenerationele solidariteit anders wil borgen, lijkt een leeftijdsafhankelijke premie of een spaartoeslag een

praktisch betere maatregel dan collectief zorgsparen via het pensioen.

5.5 Het creëren van sociale netwerken

Er wordt een groot tekort verwacht van werknemers in de zorg (zie bv. het zorginnovatieplatform 2009, Erken, Koot en Kuijpers 2010 en VWS 2011c). Dit tekort zal voor een sterk opwaartse druk zorgen op de lonen en hiermee de betaalbaarheid voor de zorg voor ouderen verder onder druk zetten. Maatregelen om de arbeidsparticipatie te vergroten lijken daarmee effectieve maatregelen om de zorg voor ouderen toekomstbestendig te maken. Je zou hier kunnen denken aan het vergroten van de formele arbeidsparticipatie, maar ook aan de informele arbeidsparticipatie.

Wat betreft het vergroten van de formele arbeidsparticipatie heeft de commissie Bakker een aantal voorstellen gedaan (commissie arbeidsmarktparticipatie, 2008). Zo stelde de commissie onder meer voor om de arbeidsparticipatie te vergroten door mensen geleidelijk langer te laten werken. Om dit te bewerkstelligen neemt het kabinet maatregelen, zoals het verhogen van de AOW-leeftijd naar 66 jaar in 2020 en deze op den duur te koppelen aan de levensverwachting (Ministerie van AZ, 2010).

Op korte termijn zou je ook kunnen streven naar meer informele participatie, zoals vrijwilligerswerk. Dit kan ervoor zorgen dat het beroep op de actieve beroepsbevolking om over te gaan tot mantelzorg beperkt wordt en ook meer mensen in de zorgsector aan de slag kunnen. Tegenover het grote voorspelde tekort aan werknemers in de zorg staat immers een groot potentieel aan ouderen die de arbeidsmarkt gaan verlaten, maar op zich nog volop in staat zijn zich in te zetten voor de maatschappij (de zogenaamde derde generatie). Dit doen zij overigens vaak nu al. Denk bijvoorbeeld aan het oppassen op hun kleinkinderen en vrijwilligerswerk. Om dit potentieel nog meer te ontsluiten zijn er een aantal voorstellen gedaan. Zo heeft de RVZ in 2011 nog geadviseerd om voor de WMO behalve de mogelijkheid tot bestaande eigen betaling in geld ook een eigen bijdrage in natura te introduceren (RVZ, 2011c). Zo stelt de Raad dat deze optie niet alleen mogelijkheden biedt om gemeenten tegemoet te komen in de kosten, maar tevens kan bijdragen aan het realiseren van de doelstelling 'bevorderen van de maatschappelijke participatie'. Ook

lopen er op provinciaal niveau initiatieven, zoals ‘zorgruil Brabant’. Daarnaast is er het initiatief van pensioenfonds PGGM om een zorgruilsysteem te ontwikkelen voor zijn leden, het zorgflorijnensysteem (Abdesslam, et al., 2010). Het ligt echter het meest in de rede dat dit door de gemeente wordt opgepakt via de WMO, bijvoorbeeld binnen het prestatieveld: het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers.

Het voordeel van de inzet van ouderen als vrijwilligers is dat dit kan werken als een tweesnijdend zwaard. Het kan de druk op de arbeidsmarkt verlichten, maar het kan er ook voor zorgen dat ouderen langer zelfredzaam blijven, doordat deze een sociaal netwerk opbouwen en langer actief blijven. (zie bv Plaisier et al. 2011).

Er lijkt overigens wel een aantal aandachtspunten bij dergelijke maatregelen/initiatieven te zijn. Ten eerste betreffen het vrijwillige transacties. Het is hierdoor niet geschikt om het collectieve arrangement te vervangen. Wel kan het creëren van sociale netwerken de druk op collectieve voorzieningen doen afnemen. Zo is het bekend dat mensen die een sociaal netwerk hebben, minder gebruik maken van intramurale en extramurale zorg (Plaisier et al. 2011). Ook kan het de effecten van hogere private financiering mitigeren. PGGM heeft het in dit kader over een zachte landing. Een tweede aandachtspunt is de substitutie van formele naar informele arbeid. Er bestaat een risico dat vrijwilligerswerk ten koste gaat van formele arbeidsparticipatie. Dit is niet wenselijk, aangezien deze arbeidsparticipatie juist nodig is om het systeem toekomstbestendig te houden. Ook moeten ruilsystemen er niet toe leiden dat belasting wordt ontweken en er oneerlijke concurrentie gaat bestaan. Deze belasting is immers juist nodig om de ouderenzorg in de toekomst voor kwetsbare ouderen te financieren.

A. Aansluiten vraag

De maatregel voorziet in de behoefte om een sociaal netwerk op te bouwen, en zorgt er hiermee voor dat het aanbod beter aansluit op de vraag. Tevens kennen dergelijke maatregelen vaak een vrijwillig karakter, waardoor ouderen kunnen kiezen of ze er wel of niet aan meedoen.

Je zou je overigens wel kunnen afvragen of binnen deze systemen vraag en aanbod elkaar voldoende gaan vinden. Zo krijgt binnen het ruilsysteem van PGGM iedereen voor een bepaalde tijdsinzet een zorgflorijn. Het maakt dus niet uit wat

iemand doet. Binnen een normale economie leidt veel vraag en weinig aanbod tot een hogere prijs, waardoor de vraag vermindert en het aanbod toeneemt en deze elkaar vinden (onzichtbare hand). Bij het zorgflorijnensysteem kan het prijsmechanisme niet zijn werk doen, waardoor er een risico bestaat op veel vraag naar minder leuk werk en veel aanbod van leuk werk.

B. Herverdeling

Ouderen zetten zich in voor de maatschappij. Soms geheel vrijwillig en soms krijgen ze een bepaalde beloning (bv bij een ruilsysteem krijgen ze er andere zorg voor terug). Over de linie zullen er herverdelingseffecten uitgaan van deze maatregelen, en dan met name van redzame ouderen naar minder redzame ouderen.

C. Kostenefficiëntie

De kracht van deze maatregel zit hem vooral in het verhogen van de maatschappelijke participatie en minder in het verhogen van de arbeidsproductiviteit per uur. Het zou zelfs ten koste kunnen gaan van de arbeidsproductiviteit en hiermee van de efficiëntie.

Zo wordt binnen het zorgflorijnensysteem betaald per uur, maar niet per resultaat. De prikkel om harder te werken zal dus beperkt aanwezig zijn.

Concluderend

Een effectieve maatregel om de ouderzorg meer toekomstbestendiger te maken is verhogen van de arbeidsparticipatie. Aangezien de formele arbeidsparticipatie, via langer doorwerken, geleidelijk ingevoerd zal worden, lijkt het goed om de zogenaamde derde generatie te verleiden om zich in te zetten als vrijwilliger. Hiervoor lijkt met name de gemeente aan zet door middel van de WMO.

5.6 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn verschillende maatregelen gepasseerd die zijn voorgesteld om de zorg voor ouderen toekomstbestendiger te maken. Wat opvalt is dat er in de meeste maatregelen al impliciet verdisconteerd zit dat het collectieve arrangement in de toekomst beperkter van omvang zal zijn. Je zou dan ook de meeste maatregelen kunnen zien als flankerend beleid om de scherpe randen hiervan af te halen.

De discrepantie tussen de toekomstige vraag en het huidige aanbod

Om het aanbod beter te laten aansluiten bij de vraag zijn maatregelen kansrijk die meer verantwoordelijkheid koppelen aan meer keuzevrijheid. Denk aan het scheiden van wonen en het inzetten van eigen vermogen, gekoppeld aan meer keuzevrijheid, bijvoorbeeld via een partnerschapsmodel.

De druk die het huidige collectieve arrangement in de toekomst legt op de solidariteit, tussen en binnen generaties

Indien men van mening is dat ouderen meer moeten betalen, en men de intergenerationele solidariteit beter wil borgen, lijkt een leeftijdsafhankelijke premietoeslag of een spaaropslag economisch gezien de meest aantrekkelijke maatregel. Hoewel deze minder populair is dan collectief zorgsparen via het pensioen, lijken hier minder nadelen aan te kleven.

Om intragenerationele solidariteit te behouden dient opgepast te worden met pakketmaatregelen, grotere eigen betaling of individuele spaarrekeningen. De kans bestaat dat - wanneer deze maatregelen niet goed vormgegeven worden - juist de groep kwetsbare ouderen wordt geraakt. In dit kader lijkt het interessant om te kijken of we een differentiatie kunnen maken naar type 'zorg'. Is er bijvoorbeeld onderscheid te maken naar noodzakelijke en minder noodzakelijke zorg, bewezen en onbewezen zorg, en onvermijdbare en vermijdbare zorg? Er kan dan een betere maatschappelijke afweging gemaakt worden op welke zorg iedereen collectief recht heeft en welke zorg privaat gefinancierd kan worden, zonder dat dit ten koste gaat van de meest kwetsbare groep. Deze vraag zal de RVZ behandelen in 2012.

Een heel aantrekkelijke maatregel lijkt te zijn om ouderen die gestopt zijn met werken, maar nog wel vitaal zijn, te verleiden om zich actief in te zetten voor de maatschappij. Dit kan werken als een tweesnijdend zwaard: het zorgt enerzijds voor minder druk op de beroepsbevolking en mantelzorg, en zorgt er anderzijds voor dat jongere ouderen actief blijven en een sociaal netwerk opbouwen.

Het gebrek aan kostenefficiëntie

Om doelmatigheidsprykkels te versterken lijkt het kansrijk om meer eigen verantwoordelijkheid neer te leggen bij ouderen. Wel moet ook hier rekening gehouden met een grote groep kwetsbare ouderen.

6 Een schets van een scenario voor het financieren van de zorg aan ouderen

Na het bespreken van een aantal concrete maatregelen is het goed om stil te staan bij de financiering van zorg voor niet zelfredzame ouderen. Ik zal in dit hoofdstuk een schets geven van hoe de zorg voor ouderen in brede zin gefinancierd en georganiseerd zou kunnen worden, en meer in het bijzonder die van de niet redzame ouderen. Eerder heeft Van der Geest in de achtergrondstudie 'Blijvende zorg' hier een soortgelijke exercitie gedaan (Van der Geest, 2005). Ik neem eerdere adviezen van de RVZ over de zorg aan ouderen: 'Beter zonder AWBZ? (2008)' en 'Prikkel voor een toekomstbestendige Wmo (2011c)', als uitgangspunt. Daarnaast zullen bevindingen uit het vorige hoofdstuk meegenomen worden. De financiering wordt langs vijf pijlers geschetst: (1) noodzakelijke zorg, (2) maatschappelijke participatie, (3) wonen, (4) differentiatie en private financiering en (5) preventie van zorg.

1. Noodzakelijke zorg: een verzekerd recht voor iedereen

In het advies *Beter zonder AWBZ?* heeft de RVZ ervoor gepleit om de AWBZ op te heffen en de zorgfuncties onder te brengen in de zorgverzekering (2008). In deze lijn is noodzakelijke zorg een verzekerd recht voor iedereen, ook voor ouderen. Dit heeft tot voordeel dat perverse prikkels die er nu bij zorgverzekeraars en zorgkantoren zijn om de kosten af te wentelen zullen verminderen. Het kabinet heeft besloten om per 2013 de verzekeraars de AWBZ te laten uitvoeren voor eigen verzekerden (Ministerie van VWS, 2011b). Vooral nog is de financiering van de Zorgverzekeringswet gescheiden van die van de AWBZ, waarbij er nog het vraagstuk ligt of en hoe verzekeraars risicodragend te maken (zie tabel 6.1).

Deze verzekering zou gecombineerd kunnen worden met een restitutie-systeem, waarbij de verzekerde ook recht heeft op een deel (x%) van de kosten van het natura-aanbod. Dit budget ligt - analoog aan de situatie zoals nu in Duitsland - lager dan de zorg in natura (in Duitsland zelfs op 50%) (zie Gradus, Van Asselt, 2011). Dit geeft verzekerden de mogelijkheid zelf zorg te regelen op basis van eigen behoeften in plaats van dit over te laten aan de zorgverzekeraar. Dit budget wordt wettelijk verankerd, en het ligt hierbij voor de hand geen onderscheid te maken tussen intramurale en extramurale zorg. Dit sluit aan bij de trend dat mensen het liefst zo lang mogelijk

thuis willen wonen. Doordat het ouderen meer inkoopmacht geeft, leidt dit tot een innovatiever en meer gedifferentieerd aanbod, dat beter aansluit op de toekomstige vraag van ouderen. Het is wel belangrijk dat de reikwijdte van de indicatiestelling voor het budget goed afgebakend wordt, waarbij geldt dat het gebruik van het budget ook daadwerkelijk leidt tot substitutie met zorg in natura. Dit kan bijvoorbeeld door wat wordt verstaan onder gebruikelijke zorg, en zodoende niet onder het collectieve pakket valt, te verruimen (zie Van den Berg en Hassink, 2011).

De premies van de zorgverzekering zou men leeftijdsafhankelijk kunnen maken of men zou kunnen werken met een leeftijdsafhankelijke spaartoeslag om de druk op de intergeneratiele solidariteit te verminderen.

Tabel 6.1 Kunnen zorgverzekeraars de zorg voor ouderen risicodragend uitvoeren?

Per 2013 wil het kabinet zorgverzekeraars voor de eigen verzekerden de AWBZ laten uitvoeren. Op dit moment is het echter nog de vraag hoe en of verzekeraars dit risicodragend kunnen doen. Er zijn hiervoor twee modellen gesuggereerd. Ten eerste zouden verzekeraars verevend kunnen worden op basis van verzekerdenkenmerken, zoals nu in de curatieve zorg gebeurt. Ten tweede kan gewerkt worden met een normbedrag per type zorg op basis van de indicatiestelling. In dit laatste geval heeft de verzekeraar geen volumerisico.

Een aantal economen heeft echter aangegeven dat het moeilijk is om concurrerende zorgverzekeraars risicodragend te maken voor de zorg voor ouderen. Zo waarschuwen Schut en Van de Ven (2010) voor het gevaar van risicoselectie. Verzekeraars maken nu voorspelbaar verlies op groepen ouderen en zullen deze groepen juist niet willen aantrekken. Dit kan ervoor zorgen dat de uitvoering door verzekeraars minder klantgericht wordt. Daarnaast betwijfelen zij of ouderen zorgverzekeraars wel voldoende onder druk zetten, omdat op dit moment de mobiliteit onder deze groep beperkt is. Besseling, Elsenburg en Van Ewijk (2011) waarschuwen daarnaast - bij het vereveningsmodel op basis van normbedrag voor type zorg - voor een opwaartse druk op de indicatiestelling. Zo geven zij aan dat dit ertoe zal leiden dat zorgverzekeraars bij het CIZ zullen aandringen op een hogere indicatiestelling. Kortom er wordt betwijfeld of uitvoering door concurrerende zorgverzekeraars wel leidt tot meer doelmatigheid.

Omdat het complex is concurrerende verzekeraars risicodragend te maken voor de zorg aan ouderen zou als alternatief overwogen kunnen worden om zorgverzekeraars geen of minder risico's te laten dragen. Zo heeft Johan Polder het idee geopperd voor een specifieke zorgverzekering voor ouderen, waarbij verzekeraars minder risico gaan lopen (Polder, 2010).

Vraag is dan wel hoe de doelmatigheid geborgd kan worden. Mogelijk zou gedacht kunnen worden aan een combinatie van tariefregulering van ZZP's door de NZa en hogere eigen bijdragen. De basiskwaliteit wordt geborgd door de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op basis van informatie van het kwaliteitsinstituut. Via zorgstandaarden wordt gestuurd op gezondheidswinst, participatie en zelfredzaamheid. Vervolgens zijn verzekerden vrij om een aanbieder te kiezen die de zorg voor de geregleerde prijs kan leveren, en aan de kwaliteitseisen voldoet. Dit is een vorm van persoonsvolgende bekostiging. Het kwaliteitsinstituut zorgt voor objectieve kwaliteitsinformatie. Tevens zijn er sites als www.zorgkaartnederland.nl waar verzekerden terecht kunnen voor keuze-informatie. Dit zou kunnen leiden tot een concurrentie alleen op kwaliteit (zie bijvoorbeeld Gaynor en Propper, 2010). Hierdoor zou de rol van verzekeraar beperkt worden. Wel zouden ze verzekerden kunnen ondersteunen bij hun keuze, indien ze hulp nodig hebben. Ook zouden ze collectieve afspraken kunnen maken. Het voordeel is dat ze hierin waarschijnlijk meer dan nu vertrouwd zullen worden, omdat zij geen financieel belang hebben om de kosten te beperken (prijs ligt vast). In deze vorm zouden er ook weinig redenen zijn om op winstgerichte commerciële partijen niet te laten toetreden. Dit gebeurt nu ook al in een land als Zweden.

2. Maatschappelijke participatie via de WMO bij de gemeente

Wat betreft de maatschappelijke ondersteuningsfuncties heeft de RVZ aanbevolen om deze onder te brengen in de WMO (RVZ, 2008). Het gaat hier om ondersteunende en activerende begeleiding, verblijf (aangepaste woningen) en vervoer. Het kabinet wil begeleiding inmiddels naar de WMO overhevelen (ministerie van AZ, 2010). Het voordeel is dat gemeenten dichtbij burgers staan en maatwerk kunnen leveren. Tevens kan de voorziening zo gericht worden op de mensen die deze ondersteuning het hardst nodig hebben. De WMO kan zo vooral gericht worden op kwetsbare en niet redzame ouderen. Hierbij kan de gemeente eigen bijdragen vragen in geld, maar ook kan gedacht worden aan een eigen bijdrage in natura (RVZ, 2011b).

In het vorige hoofdstuk heb ik de maatschappelijke participatie van de derde generatie als een kansrijke maatregel betiteld. Hier lijken gemeenten via de WMO ook primair verantwoordelijk voor. Zo kunnen zij een infrastructuur creëren om vrijwilligerswerk te ondersteunen en ruilzorg te bevorderen. Dit past goed onder het prestatieveld: het ondersteunen van mantelzorg en vrijwilligers.

3. Scheiding van wonen en zorg

Conform de voorstellen van de staatssecretaris kunnen wonen en zorg gescheiden worden. Het ligt voor de hand dit niet alleen te doen voor ZZP VV 1 en 2, maar uiteindelijk voor alle ZZP's. Dit is overigens ook het doel van de staatssecretaris. Alleen indien de gezondheid van de cliënten leidt tot een meer ziekenhuisachtige setting met intensieve niet-planbare 24-uurs zorg met permanente bedlegerigheid, heeft scheiden van wonen en zorg geen meerwaarde (Research voor beleid, 2008).

Wonen wordt hierdoor in principe de verantwoordelijkheid van ouderen zelf. Om ervoor te zorgen dat het voor alle ouderen betaalbaar is om goed te kunnen wonen, is er de huursubsidie. Woningcorporaties zouden zich - conform hun wettelijke taak - ervoor moeten inzetten dat er in de toekomst ook voor ouderen met een lage inkomenspositie voldoende geschikte woningen zijn. Zij moeten hierbij nauw samenwerken met gemeenten, eerstelijnszorgverleners en zorgverzekeraars, zodat zorg, wonen, welzijn goed op elkaar afgestemd zijn. Het betreft hier dan nieuwe publiek-private arrangementen.

4. Private financiering en differentiatie van welzijn, wonen, vervoer en luxere zorg

Bovenstaande voorstellen zouden betekenen dat investeringen in welzijn, wonen en zorg bij een steeds grotere groep ouderen met goede inkomens- en vermogenspositie onder de eigen verantwoordelijkheid vallen. Er zouden op de private markt door pensioenfondsen, verzekeraars en banken hiervoor transparante pensioen-, spaar- en verzekeringsproducten ontwikkeld kunnen worden. De overheid zou deze producten waarschijnlijk wel moeten reguleren en hier toezicht op moeten houden, vanwege de informatie-asymmetrie die op deze markt aanwezig is.

5. Preventie van zorg

Gemeenten hebben door middel van het WMO beleid invloed op het gebruik van zorg. Zij kunnen bevorderen dat ouderen langer zelfredzaam blijven en minder gebruik maken van verzekerde zorg. Om ervoor te zorgen dat ze dit zo goed mogelijk doen, heeft de RVZ eerder geadviseerd om gemeenten, waarvan inwoners een lager dan gemiddeld beroep doen op zwaardere AWBZ-voorzieningen, financieel te belonen (RVZ, 2011). De middelen daarvoor zouden moeten worden opgebracht door gemeenten waarvan de inwoners een meer dan gemiddeld beroep doen op de AWBZ. Wanneer zorgfuncties naar de Zvw gaan, zouden gemeenten een bonus/malus kunnen krijgen op basis van het gebruik van hun populatie van verzekerde zorg.

Een nadeel van het mogelijk afzien van risicodragende zorgverzekeraars voor de zorg aan ouderen, maar ook van een verevening op basis van indicatiestelling, is dat er minder prikkels zijn bij zorgverzekeraars om te voorkomen dat mensen gebruik gaan maken van zorg (volumerisico). Een alternatief is in dit geval het invoeren van een preventiefonds, zoals de RVZ heeft voorgesteld in zijn advies preventie van welvaartsziekten (RVZ, 2011c).

Concluderend

In dit hoofdstuk heb ik op basis van eerdere adviezen van de RVZ en de analyse in het vorige hoofdstuk een schets van een mogelijk scenario gegeven voor het financieren van de toekomstige zorg voor ouderen. Dit scenario is eigenlijk een combinatie van de drie varianten zoals deze zijn aangedragen in het kader van de brede heroverweging: zorg verzekerd (uitvoering door verzekeraars), zorg dichtbij (uitvoering door gemeenten) en eigen regie (inkoop door de cliënt). Binnen dit

scenario kunnen overigens op basis van politieke overwegingen parameters anders vormgegeven worden: denk aan eigen betalingen, huurtoeslag, het toestaan en subsidiëren van de inzet van private financiering en premiedifferentiatie naar leeftijd.

7 Conclusie

In deze achtergrondstudie wordt de vraag beantwoord hoe we in de toekomst de zorg voor ouderen, en met name die van niet redzame, moeten financieren. Ik heb aangegeven dat het huidige arrangement op termijn niet meer houdbaar is: het sluit onvoldoende aan op de toekomstige vraag, het legt druk op solidariteit binnen en tussen generaties en het is niet kostenefficiënt. Vervolgens heb ik een aantal concrete maatregelen besproken die zijn aangedragen om de zorg voor ouderen toekomstbestendiger te maken.

Uit deze analyse komen als kansrijke maatregelen: leeftijdsafhankelijke premies, het scheiden van wonen en zorg, het bevorderen van sociale netwerken via de WMO en het belonen van het inzetten van eigen vermogen voor zorg, wonen, welzijn en vervoer. Minder of niet kansrijk blijken collectief zorgsparen, een vermogenstoets, en individuele spaarrekeningen voor intramurale en extramurale zorg aan ouderen. De kansrijke maatregelen zouden de eerdere voorstellen van de RVZ over de financiering van de zorg kunnen aanvullen. Zo heeft de RVZ voorgesteld om zorgfuncties van de AWBZ naar de Zvw over te hevelen, functies voor maatschappelijke participatie van de AWBZ naar de WMO over te hevelen, gemeenten te stimuleren om het beroep op de Zvw beperkt te houden en te werken met een eigen bijdrage in natura binnen de WMO.

Tot slot lijkt eigen verantwoordelijkheid en meer private financiering met het oog op de vergrijzing en stijgende zorgkosten onvermijdelijk. Gemiddeld genomen zullen ouderen in de toekomst ook goed in staat zijn om deze grotere verantwoordelijkheid te dragen: ze zijn hoger opgeleid, kunnen beter functioneren, hebben meer inkomen en vermogen. Echter zal dit niet voor alle ouderen gelden. Zo zal er in de toekomst in absolute zin een grotere groep ouderen zijn die een slechtere inkomens- en vermogenspositie hebben. Deze groep zal relatief vaker ongezond en minder zelfredzaam zijn. Wat opvalt is dat de concrete voorstellen die gedaan worden om de zorg voor ouderen toekomstbestendiger te maken juist niet gericht zijn op deze groep. Zij hebben immers een beperkt inkomen om te sparen en geen vermogen om in te zetten. Om ervoor te zorgen dat ook deze groep in de toekomst een goede kwaliteit van leven heeft, lijkt de WMO als vangnet in de toekomst een cruciale rol te vervullen. Daarnaast lijkt het goed om bij het

verhogen van eigen betalingen aandacht te hebben voor de inkomens- en vermogenspositie van ouderen.

Literatuur

Abdesslem, F., et al. Zorgflorijnen. Een complementair non-monetair ruilsysteem voor de zorg. Wageningen Universiteit: 2010.

AHIP Centre for Policy and Research. January 2011 Census Shows 11,4 Million People Covered by Health Savings Account/High-Deductible Health Plans (HAS/HDHP). June 2011.

Berg, B. van den en W. Hassink. Indicatiestelling en Houdbaarheid van langdurige zorg. Economische Statistische Berichten, 15 juli 2011, 96, p. 4614-4615.

Besseling, P. Zorguitgaven en overheidsfinanciën: wat staat ons te wachten? Presentatie CPB, VGE Masterclass, <http://www.cpb.nl/publicatie/zorguitgaven-en-overheidsfinancien-wat-staat-ons-te-wachten>, 2011.

Besseling, P., W. Elsenburg en C. van Ewijk, "Risicodragende uitvoering AWBZ door zorgverzekeraars verhoogt de kosten". *Me Judice*, 22 mei 2011.

Bettendorf, L., N. Draper, C. van Ewijk en A. van der Horst. Ageing and the conflict of Interest between Generations. *The Economist*, 159, 2011, p. 257-278.

Boon, B. en G. van der Vlugt. Reactie op Naar een dynamisch pensioen. *ESB*, 96, september 2011, no. 4618.

Bos, T. van den. Het venijn zit in de staart. Over trends in chronische ziekten en de gevolgen voor preventie en zorg. 2010.

Bovenberg, L., W. Koelewijn en N. Kortleve. Naar een dynamische toekomstvoorziening. Integratie van werk, pensioen, zorg en wonen over de levensloop. *NEA Paper*, 40, 2011.

Boxtel, R. van. Opinie: Solidariteit in de zorg staat onder druk *FD Web*, 29 november 2010.

Brouwer, W., A. Hussem, N. Kortleve en M. van Rijn. "Zelf sparen voor latere zorg". *Me Judice*, 4, 20 juni 2011.

Bruggink, J.W. Ontwikkelingen in (gezonde) levensverwachting naar opleidingsniveau. *Bevolkingstrends: Statistisch kwart-*

taalblad over de demografie van Nederland, 2009b, 4e kwartaal.

Campen, C. van (red.). Kwetsbare ouderen. Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag: 2011.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolking groeit tot 17,5 miljoen in 2038. CBS, 18 december 2008.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Bevolkingsprognose 2010–2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur. CBS: 17 december 2010.

Centraal Planbureau. Handle with care!, sturingsmodellen voor een doelmatige ouderenzorg. CPB, juni 2006.

Centraal Planbureau. Economische Verkenning 2011-2015. CPB, maart 2010, no. 203.

Commissie Arbeidsparticipatie. Naar een toekomst die werkt. 16 juni 2008.

Duin, C. van en J. Garssen. Bevolkingsprognose 2010–2060: sterkere vergrijzing, langere levensduur. Bevolkingstrends 1e kwartaal 2011. Den Haag: CBS, 2011.

Erken, H., P.M. Koot en J. Kuijpers. Arbeidsmarkttekorten in de zorg. ESB, 95, 26 november 2010, no. 4598.

Gabel, J., J. Pickreign and H. Whitmore. Behind the slow enrollment growth of employer-based consumer-directed health plans. Center for Studying Health System Change, Issue Brief No. 107, December 2006.

Galenkamp, H., Plaisier, I., Huisman, M., A.W. Braam en D.J.H. Deeg. Trends in gezondheid en het belang van zelfredzaamheid bij zelfstandig wonende ouderen. Amsterdam: Vrije Universiteit, juli 2011.

Gaynor, M. en C. Propper. “Concurrentie in de gezondheidszorg is van levensbelang”. Me Judice, 3, 8 september 2010.

Gradus, R. en E. van Asselt. De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland. ESB, 96, 1 april 2011, no.4607.

Geest, L. van der. Blijvende zorg, Economische aspecten van langdurige ouderenzorg. 2005.

Hussem, A., N. Kortleve en W. Brouwer. Verplicht zorgsparen als beleidsoptie. ESB, 96, 24 juni 2011, no. 4613.

Jeurissen, P.P.T. Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ signalement, 2005.

Kam, C.A. Zorguitgaven verdrücken overige collectieve uitgaven. ESB, 94, 29 mei 2009, no. 4561.

Karlsson, M., L. Mayhew en B. Rickayzen. 2007, Long term care financing in four OECD countries: Fiscal burden and distributive effects. Health policy, 2007, no. 80, p. 107-134.

Kunst, A.E., W.J. Meerding, N. Varenik, J.J. Polder en J.P. Mackenbach. Sociale verschillen in zorggebruik en zorgkosten in Nederland 2003, een verkenning van verschillen naar sociaal-economische positie, samenlevingsvorm en land van herkomst. Zorg voor Euro's -5. Rotterdam; Bilthoven: Erasmus MC: Rijksinstituut voor de Volksgezondheid en Milieu, 2007.

Le Grand, J. Motivation, Agency, and Public Policy, Of knights and Knaves, Pawns and Queens. Oxford University Press, 2003.

Marty, G. en C. Propper. Concurrentie in de gezondheidszorg is van levensbelang. Me Judice, 3, 8 september 2010.

Meyer, H. HSAs keep slow but steady pace. Are they driving smart behavior? Managed Healthcare Executive, May 1, 2011.

Ministerie van Algemene Zaken. Vrijheid en verantwoordelijkheid. Regeerakkoord VVD-CDA, 2010.

Ministerie van Financiën. Rapport brede heroverweging, 12. Langdurige zorg, April 2010.

Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. De toekomstige inkomenspositie van ouderen, Werkdocument, 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Integrale tarieven voor de langdurige zorg en de gehele GGZ. 2011a.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Program-
mabrief langdurige zorg, 1 juni 2011, 2011b.

Mot, E. Potential effect and design of HSAs. Lessons from
lifecycle data for the Netherlands. iHEA, 8th World Congress
on Health Economics, Toronto. Presentation, July 10-13,
2011.

Newhouse, J.P. Free for All? Lessons from the Rand Health
Insurance Experiment. Cambridge: Harvard University press,
1993.

Plaisier, I., T.G. van Tilburg en D.J.H. Deeg. Mogelijkheden
voor preventie van AWBZ-gebruik: netwerken van thuiswo-
nende ouderen. Wetenschap voor beleid. LASA-rapporten
2010. Amsterdam: Vrije Universiteit, maart 2011.

Polder, J. De cliënt centraal in de AWBZ: maar nu echt!. VGE
Bulletin 27, oktober 2010, no. 3.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Beter zonder
AWBZ?. Den Haag: RVZ, 2008.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Houdbare solidariteit
in de gezondheidszorg. Briefadvies Duurzame solidariteit.
Zoetermeer: RVZ, 2006.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Werkprogramma
2012, Den Haag: RVZ, 2011a.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Prikkel voor een
toekomstbestendige Wmo. Den Haag: RVZ, 2011b.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Preventie van wel-
vaartsziekten. effectief en efficiënt georganiseerd. Den Haag:
RVZ 2011c.

Research voor Beleid. Scheiden van wonen en zorg, Ex-ante
evaluatie naar effecten van beleid in relatie tot wensen van
klanten. Leiden: 24 april 2008.

Saltman, R.B. Medical savings accounts: a notably uninterest-
ing policy idea, European Journal of Public health, 8, 1998,
no. 4.

Schut, F.T. en W.P.M.M. van de Ven. Leidt uitvoering door concurrerende zorgverzekeraars tot een doelmatige en houdbare AWBZ? Netspar, NEA-paper, 32, 2010.

Spoor, L. Je huis of je leven? Eigen bijdragen van ouderen voor woon- en welzijnsvoorzieningen en optimalisatie van de pensioenportefolio, Netspar, NEA Papers, 9, juni 2008.

SEO. Kunnen kiezen in de AWBZ, Amsterdam, juni 2010.

Sociaal Economische Raad. Langdurige zorg verzekerd: Over de toekomst van de AWBZ. 18 april 2008.

Slobbe, L.C.J., J.M. Smit, J. Groen, M.J.J.C. Poos en G.J. Kommer. Trends in Kosten van Ziekten in Nederland 1999-2010. (www.kostenvanziekten.nl). Rijks-instituut voor Volksgezondheid en Milieu, 11 januari 2011.

Wanless, A. Securing Good Care for Older People, Taking a Long-Term View. Wanless Social Care Review. King's Fund, 2006.

Wong, A., G.J. Kommer en J.J. Polder. Levensloop en zorgkosten. Zorg voor euro's -7. RIVM-rapport nr. 270082001. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2008.

Zantinge, E.M., E.A. van der Wilk, S. van Wieren en C.G. Schoemaker (red.). Gezond ouder worden in Nederland. Bilthoven: RIVM, 2011.

Zorginnovatieplatform. Zorg voor mensen, mensen voor de zorg. Arbeidsmarktbeleid voor de zorgsector richting 2025. november 2009.

Noten

- ¹ Het aantal niet redzame ouderen ligt lager dan het aantal kwetsbare ouderen. Kwetsbare ouderen kunnen zich vaak goed redden wanneer zij beschikken over een aangepaste woning, een sterk sociaal netwerk, en voldoende financiële middelen.
- ² <http://nos.nl/artikel/333489-crisis-treft-65plussers-nauwelijks.html>
- ³ Ter illustratie: het eigen risico ligt in 2011 voor individuele polis tussen de \$ 1200 en \$ 5950, en bij een familiepolis tussen de \$ 2400 en \$ 11900 (AHIP, 2011).
- ⁴ Hoewel een risicodragende zorginkoper dit vanwege schaalvoordelen waarschijnlijk beter kan.
- ⁵ TK 2011-2012, 33 024.
- ⁶ Hier achter zou overigens ook kunnen zitten dat bij leeftijdsafhankelijke premies de lasten meer neerslaan bij ouderen en bij sparen meer bij jongeren. Aangezien de oudere generatie groter is dan de jongere generatie zou de spaarvariant mogelijk electoraal gezien aantrekkelijk zijn.