

Wie zorgt en betaalt voor de ouderen van morgen?

EDITIE 14
J U N I
2018

*Pieter Bakx
Judith Bom
Eddy van Doorslaer
Arjen Hussem
Erik Schut
Bram Wouterse*



NETSPAR BRIEF

De **Netspar Brief** is bedoeld om onderzoeksresultaten gericht voor het voetlicht te brengen onder een brede kring van pensioenprofessionals, beleidsmakers en wetenschappers. Daarmee worden bouwstenen aangereikt voor een goed geïnformeerd Nederlands pensioendebat. In de Netspar Brief wordt onderzoek op het gebied van pensioen en vergrijzing samengevat en staan analyse en duiding centraal.

Colofon

Auteurs

Pieter Bakx – Erasmus Universiteit Rotterdam
Judith Bom – Erasmus Universiteit Rotterdam
Eddy van Doorslaer – Erasmus Universiteit Rotterdam
Arjen Hussem – Erasmus Universiteit Rotterdam
Erik Schut – Erasmus Universiteit Rotterdam
Bram Wouterse – CPB

Ontwerp

B-More, Tilburg

Vormgeving

Bladvulling, Tilburg

Redactie

Netspar
Postbus 90153, 5000 LE Tilburg
info@netspar.nl

De Netspar Brief is een uitgave van Netspar. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s).

Samenvatting

De ouderenzorg wordt in Nederland grotendeels collectief gefinancierd. In vergelijking met omliggende landen spelen mantelzorg en eigen bijdragen een beperkte rol. Die uitgebreide collectieve financiering leidt er samen met andere regelingen toe dat ouderen weinig financiële problemen hebben. Recent wordt meer nadruk gelegd op eigen verantwoordelijkheid en zelfredzaamheid. Extra collectieve financiering en een grotere nadruk op eigen verantwoordelijkheid hebben elk voor- en nadelen.

In deze Netspar Brief gaan we in op de twee belangrijkste manieren waarop de eigen verantwoordelijkheid in de ouderenzorg momenteel wordt vormgegeven: mantelzorg en eigen betalingen. We beschrijven, op basis van recent Netspar-onderzoek, hoe een toename van de rol van deze twee opties leidt tot een andere verdeling van de lasten tussen verschillende groepen. We verkennen ook een aantal beleidsopties om indien gewenst groepen die een relatief groot deel van de lasten van meer privaat georganiseerde zorg zouden dragen te ontzien, en om de lasten van ouderenzorg beter over het leven te kunnen spreiden.

Een groter beroep op mantelzorg betekent dat de lasten worden neergelegd bij de mensen die deze zorg verlenen. In Nederland geeft dit vooral negatieve gezondheidseffecten; door de ruime collectief gefinancierde formele zorg, lijken de lasten in de vorm van minder arbeidsparticipatie vooralsnog beperkt. Hogere eigen betalingen betekenen dat de ouderen die zorg gebruiken zelf een groter deel van de lasten dragen. Omdat ouderen met weinig financiële middelen gemiddeld de meeste zorg gebruiken, zouden de lasten van hogere eigen betalingen vooral bij hen terecht kunnen komen.

De lasten van de groeiende ouderenzorg zullen verdeeld moeten worden tussen de premie- en belastingbetalers, de zorggebruikers en mantelzorgers. Elk van deze manieren om de ouderenzorg te financieren en te organiseren heeft voor- en nadelen, er is dus geen eenvoudige oplossing.

Via aanvullende beleidsmaatregelen kunnen specifieke groepen ontzien worden en kan een betere spreiding van het geven van en het betalen aan zorg over het leven mogelijk gemaakt worden. Dat eerste kan bijvoorbeeld bereikt worden door een eventuele verhoging van eigen betalingen afhankelijk te maken van het inkomen en vermogen, zoals ook nu al het geval is. Voor een betere spreiding is het onder meer nodig om ouderen de mogelijkheid te geven om hun financiële middelen daadwerkelijk aan te kunnen spreken op het moment dat ze die nodig hebben, bijvoorbeeld door het flexibel opnemen van pensioenuitkeringen mogelijk te maken.

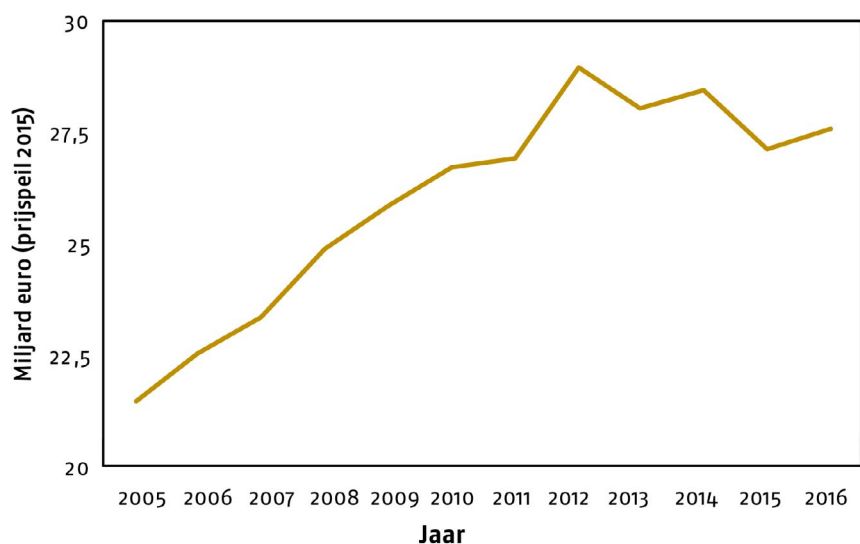
1. Inleiding

De ouderenzorg in Nederland is op dit moment anders georganiseerd en gefinancierd dan 10 jaar geleden, mede door een aantal ingrijpende beleidswijzigingen.¹ Ondanks alle wijzigingen van de afgelopen jaren zal de overheid nog keuzes moeten maken over wie er in de toekomst voor de ouderen zorgt en hoe de lasten worden verdeeld. Het organiseren en financieren van de ouderenzorg blijft namelijk een grote uitdaging: de uitgaven aan ouderenzorg blijven zonder beleidswijzigingen waarschijnlijk stijgen. Dat komt door de vergrijzing, toenevende welvaart en achterblijvende arbeidsproductiviteit in de zorg (Wouterse et al. 2016).

Die extra uitgaven kunnen collectief gefinancierd en georganiseerd worden, of aan het individu worden overgelaten. Volledig of grotendeels collectieve financiering van de ouderenzorg heeft belangrijke voordelen: het biedt toegang tot goede zorg voor iedereen en beschermt ouderen tegen financiële risico's. Maar collectieve financiering is mogelijk ook ondoelmatig vanwege het gevaar van excessief gebruik, het verdringt mogelijk andere publieke uitgaven, bijvoorbeeld aan curatieve zorg, en doet een groot (en in de toekomst steeds groter) beroep op de solidariteit tussen zieke en gezonde mensen en tussen generaties.

Het beroep op de individuele verantwoordelijkheid om ouderenzorg te financieren en te organiseren neemt daarom toe: het vergroten van *zelfredzaamheid* en de rol van de *participatiesamenleving* zijn veelgenoemde beleidsdoelstellingen en mantelzorg en private woonzorginstellingen zijn volgens recente cijfers bezig aan een opmars. De reële uitgaven aan ouderenzorg in Nederland zijn, na jaren van stijging, tussen 2012 en 2016 gedaald (Figuur 1), terwijl het aantal ouderen is gestegen.

1 Die beleidswijzigingen vallen in drie categorieën. Ten eerste werd het beroep op intramurale zorg gereduceerd door het afschaffen van de drie lichtste zorgzwaartepakketten. Ten tweede werd de financiering en organisatie van de thuiszorg hervormd. Van 1968 tot 2015 werd de ouderenzorg grotendeels gefinancierd vanuit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Met ingang van 2015 is de AWBZ echter opgeheven en zijn de verstrekkingen verdeeld over drie financieringsregimes: de wijkverpleging wordt sindsdien gefinancierd via de Zorgverzekeringswet (Zvw), de ondersteuning via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) – op grond waarvan vanaf 2007 ook de huishoudelijke hulp wordt betaald – terwijl de zorg in instellingen en de intensieve thuiszorg (24-uurszorg) gefinancierd wordt via de nieuwe Wet Langdurige Zorg (Wlz). Ten derde werd er eerst bezuinigd op de publieke uitgaven aan ouderenzorg (Non et al. 2015) maar is vervolgens afgesproken om jaarlijks extra geld uit te trekken voor verpleeghuiszorg en de bezuinigingen op de thuiszorg deels ongedaan te maken (Rijksoverheid 2017; Skipr 2018).



Figuur 1: reële totale uitgaven aan langdurige zorg

Bron: CBS 2018.

Noten: prijspeil 2015.

Uitgaven omvatten zowel ouderenzorg als gehandicaptenzorg.

Het privaat financieren en organiseren gebeurt in Nederland op twee manieren: (i) financiële bijdragen van gebruikers in de vorm van eigen bijdragen² en (ii) een bijdrage in natura van familieleden en anderen in de vorm van mantelzorg.³ Zowel eigen financiële bijdragen als mantelzorg spelen in Nederland al een rol, maar er lijkt, zeker in vergelijking met andere landen, ruimte voor uitbreiding: Nederland behoort nog steeds tot de top 3 van landen met de hoogste collectieve uitgaven aan ouderenzorg (OECD 2018) en de hoeveelheid mantelzorg is relatief klein. Maar, net als het collectief financieren, heeft verdere privatisering van de lasten van de ouderenzorg serieuze consequenties: er bestaat een risico dat de lasten van extra mantelzorg en private financiering grotendeels te veel bij specifieke groepen terecht komen.

In deze Netspar Brief beschrijven we hoe een toename van de rol van deze twee opties leidt tot een andere verdeling van de lasten. Wie neemt de mantelzorg op zich en wat zijn de consequenties voor deze groep? En wie betaalt in het geval van hogere eigen bijdragen? In de conclusie vatten we de belangrijkste bevindingen samen en bespreken we welke verzachtende maatregelen binnen en buiten de gezondheidszorg eventuele ongewenste effecten kunnen voorkomen of minder problematisch kunnen maken.

² Een extreme variant is dat bepaalde zorg niet langer collectief gefinancierd wordt maar door alle gebruikers volledig zelf betaald wordt: een eigen bijdrage van 100%.

³ Een derde manier is een private ouderenzorgverzekering. Deze optie blijft in deze Netspar Brief buiten beschouwing omdat er op dit moment in Nederland geen private ouderenzorgverzekering bestaat en deze financieringsvorm ook in andere landen geen of slechts een kleine rol speelt (OECD 2011).

2. De participatiesamenleving: wat is de prijs van mantelzorg?

De zorg voor ouderen met beperkingen is steeds meer de verantwoordelijkheid van hun partners en kinderen geworden. Van gemeenten wordt bijvoorbeeld verwacht dat zij mantelzorg bevorderen en dat ze nagaan in hoeverre mantelzorg (een deel van) de zorgvraag kan opvangen. Alleen als mantelzorg geen volledige oplossing biedt, kunnen ouderen aanspraak maken op thuiszorg die gefinancierd wordt via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo). Het stimuleren van mantelzorg heeft voordelen. De overheid hoopt zo de collectieve uitgaven aan ouderenzorg te beperken en tegelijk beter aan te sluiten bij wat de hulpbehoevende oudere zelf wil.

Maar hoewel mantelzorg de collectieve uitgaven aan ouderenzorg verlaagt, is mantelzorg zeker niet gratis. Om voor hulpbehoevende vrienden en familieleden te kunnen zorgen, moeten mantelzorgers misschien minder gaan werken. Bovendien kunnen mantelzorgers te kampen krijgen met negatieve effecten op hun gezondheid, bijvoorbeeld door de stress en de inspanning die mantelzorg met zich meebrengt. Ook brengt een toenemend beroep op mantelzorg onzekerheid met zich mee voor mogelijk toekomstige mantelzorgers. Hoeveel mantelzorg is straks nodig wanneer een ouder of partner hulpbehoevend wordt? En is deze belasting wel te rijmen met andere taken?

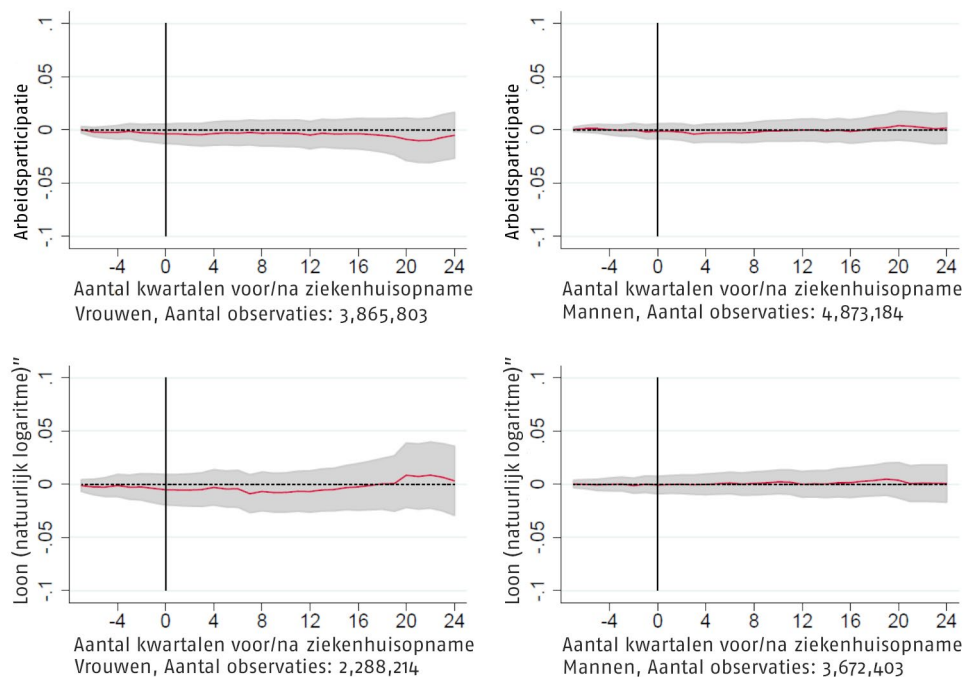
Het aantal mantelzorgers groeit

Mogelijk mede als gevolg van het huidige Wmo-beleid, maar ook door een groeiend aantal ouderen, groeide het aantal mantelzorgers in Nederland tussen 2012 tot 2016 met zo'n 20%. Het aantal volwassenen dat in 2016 mantelzorg verleende wordt geschat op meer dan 3 miljoen (Bom et al. 2018b). Deze groei is sterker dan alleen door de vergrijzing verklaard kan worden: het aantal ouderen nam in dezelfde periode toe met 14% (CBS 2018).⁴

Het verlenen van mantelzorg wordt vaak positief ervaren

Veel mantelzorgers geven aan hun zorgtaken als prettig te ervaren. Zo zegt 80% van de mantelzorgers dat zorgen een goed gevoel geeft en genieten veel mantelzorgers van de leuke momenten (de Klerk et al. 2017). Een dergelijke positieve associatie sluit het bestaan van negatieve effecten niet uit. Zo ervaren echtgenoten het zorgen voor hun partner vaak als positief, terwijl zij tegelijkertijd een grote belasting rapporteren (Broese van Groenou et al. 2014).

⁴ Het aantal 80-plussers steeg in dezelfde periode met 8,7% (CBS 2018).



Figuur 2: Effecten van een ziekenhuisopname van een ouder op de arbeidsparticipatie en het loon van kinderen in Nederland

Noten: Grijs gebied toont het 95% betrouwbaarheidsinterval. Dit omvat steeds de waarde nul, wat erop duidt dat er geen meetbaar effect is op arbeidsdeelname of loon tot 24 kwartalen na de ziekenhuisopname. Het effect op het loon is berekend op de werkende populatie.

Bron: Rellstab et al. (2018)

Mantelzorg heeft bij genereuze publieke verzekeringen geen effect op arbeidsmarktparticipatie

Mantelzorg vergt een behoorlijke tijdsinvestering: gemiddeld verleent een mantelzorgverlener 9 uur zorg per week (Bom et al. 2018b). Een substantieel deel van de mantelzorgers is bovendien jonger dan 65 (Tabel 1). Deze mantelzorgers voelen zich mogelijk genoodzaakt om minder uren te werken, of zelfs helemaal te stoppen met werken. Zulke beslissingen hebben belangrijke gevolgen voor de rest van het leven, bijvoorbeeld vanwege een verminderde kans om later weer werk te vinden, of vanwege een lagere pensioenopbouw.

De arbeidsmarkteffecten van mantelzorg in Nederland lijken mee te vallen. Een ziekenhuisopname voor een acuut gezondheidsprobleem van een ouder (bijvoorbeeld een gebroken heup of een beroerte), die vaak leidt tot een vraag naar mantelzorg, zorgt er niet voor dat deze kinderen minder gaan werken of verdienen (Rellstab et al. 2018, Figuur 2). In andere landen, zoals Duitsland (Geyer en Korfhage 2015) en Japan (Fu et al. 2017), zijn er wel negatieve effecten op arbeidsparticipatie. Mogelijk komt het beperkte effect op arbeidsaanbod in Nederland doordat het Nederlandse zorgsysteem in de periode van het onderzoek (1998–2008) dusdanig veelomvattend en generoos was, dat partners en kinderen niet zoveel tijd hoefden te besteden aan mantelzorg (Rellstab et al. 2018). Bovendien is het aandeel vrouwen dat parttime werkt in Nederland relatief hoog. Gelet op

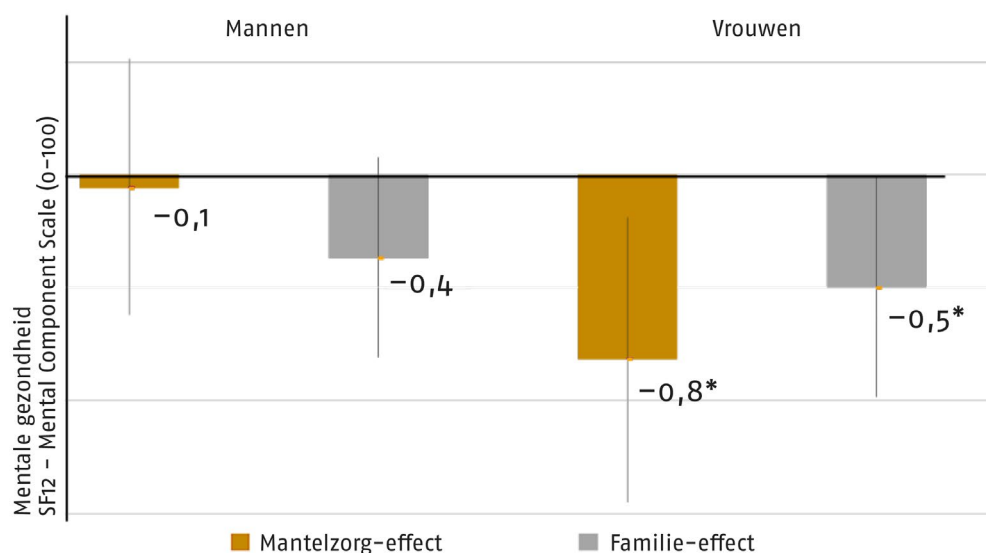
de ingrijpende veranderingen in de organisatie en financiering van de ouderenzorg de afgelopen 10 jaar en de toenemende rol van mantelzorg, is het de vraag of dit voor Nederland nog steeds het geval is.

Mantelzorg gaat gepaard met psychische belasting

Mantelzorgers kunnen ook overbelast raken (o.a. De Klerk et al. 2015). Zorgpersoneel geeft aan dat zij sinds de beleidswijzigingen van 2015, mogelijk door de toegenomen druk, vaker te maken heeft met overbelaste mantelzorgers (NIVEL 2017). Overbelasting kan leiden tot fysieke gezondheidsproblemen zoals vermoeidheid en verminderde vitaliteit. Daarnaast kan de stress die gepaard gaat met het (moeten) combineren van mantelzorgtaken met andere verantwoordelijkheden leiden tot mentale gezondheidsproblemen. Eerder onderzoek wijst op negatieve gezondheidseffecten van mantelzorg, (o.a. Coe en Van Houtven 2009; Schmitz en Westphal 2015). Deze studies hebben echter methodologische tekortkomingen: ze overschatten mogelijk de effecten door geen onderscheid te maken tussen de gezondheidseffecten van "zorgen voor" en het "zorgen maken om" een ziek familielid (Bom et al. 2018a). Dat onderscheid is belangrijk aangezien voor overbelasting andere oplossingen nodig zijn dan voor bezorgdheid en verdriet.

Ook als we er rekening mee houden dat mantelzorgers en anderen zich zorgen maken om zieke familieleden ("familie-effect"), blijkt dat het verlenen van mantelzorg ("mantelzorg-effect") gepaard gaat met negatieve, vooral mentale, gezondheidseffecten. Figuur 3 illustreert de relatieve omvang van beide mentale

Figuur 3: Mantelzorg- en familie-effect op mentale gezondheid
Bron: Bom et al. (2018a).
Noot: een hogere score betekent een betere gezondheid.
* betekent dat het resultaat significant is op vijfprocentniveau.



gezondheidseffecten (gemeten met behulp van de SF-12 Mental Component Scale – MCS) voor zowel mannen als vrouwen in Nederland. De negatieve gezondheidseffecten van mantelzorg komen meer voor bij vrouwelijke mantelzorgers en nemen toe met de intensiteit van zorgverlening. Een verhoogd beroep op mantelzorgers zal dus zeer waarschijnlijk leiden tot negatieve gezondheidseffecten bij een toenemend deel van de bevolking. Die effecten zijn klein wanneer vergeleken met de gemiddelde MCS-score (52), maar groot wanneer vergeleken met de gemiddelde jaarlijkse verandering in de totale steekproef (0.2).

Meer mantelzorg leidt tot een minder gelijkmatige verdeling van de lasten

De verschuiving van formele naar informele zorg leidt tot een andere verdeling van de lasten, binnen generaties maar ook tussen generaties wanneer kinderen voor hun ouders zorgen. Formele zorg wordt grotendeels gefinancierd via premies en belastingen die iedereen afdraagt, terwijl bij mantelzorg een veel kleinere groep – de mantelzorgers – de lasten draagt. Bepaalde groepen voelen zich waarschijnlijk sneller genoodzaakt of geroepen om mantelzorg te verlenen, bijvoorbeeld omdat ze een relatief laag loon of veel vrije tijd hebben. In

	2012 (% totaal)	2016 (% totaal)
Nederlandse 19+ populatie	19,3	23,1
<i>Naar geslacht</i>		
Mannen	13,3	16,6
Vrouwen	22,6	25,7
<i>Naar huidige werksituatie</i>		
Huisvrouw/huisman	24,8	27,8
Part-time werkend	23,1	26,4
Full-time werkend	15,0	18,7
Gepensioneerd	19,3	24,8
<i>Naar leeftijd</i>		
19-40 jaar	11,6	13,0
40-65 jaar	26,0	30,3
65+ jaar	18,1	22,5
<i>Naar inkomen</i>		
Laagste inkomenskwintiel	15,3	16,9
Hoogste inkomenskwintiel	21,1	24,1

Tabel 1: Aandeel mantelzorgers binnen verschillende bevolkingsgroepen
*Verschillende 'derde variabelen' kunnen ten grondslag liggen aan deze descriptieve resultaten. Resultaten gebaseerd op eigen berekeningen o.b.v. gezondheidsmonitor 2012 & 2016, data gewogen om representatief te maken voor Nederlandse bevolking.

Bron: Bom et al. (2018b)

Nederland zien we bijvoorbeeld dat vooral ouderen en deeltijd-werkenden vaker zorg verlenen (Tabel 1). Ouderen verlenen daarnaast vaak ook meer zorg, namelijk zo'n 4,5 uur per week meer dan de gemiddelde mantelzorger. Dit betekent dat een toename in mantelzorg mogelijk leidt tot negatieve verdelingseffecten, waarbij de lasten vooral terecht komen bij groepen die mogelijk al een slechtere gezondheid hebben, bijvoorbeeld ouderen. Door de zwaarst belaste doelgroepen te ondersteunen kunnen mogelijk de negatieve gezondheidsgevolgen daarvan verkleind worden.

3. Wie draagt de financiële lasten van extra ouderenzorg?

De hoge en groeiende collectieve uitgaven aan langdurige zorg vereisen financiële solidariteit tussen jong en oud, gezond en ziek, en tussen rijk en arm. De ouderenzorg wordt voor het overgrote deel collectief gefinancierd, waarbij de werkenden voor een belangrijk deel de groei van de uitgaven aan zorg voor de ouderen financieren. Aangezien de zorgpremies onafhankelijk zijn van leeftijd en gezondheid en bedoeld zijn om de lopende zorguitgaven te dekken (omslagsysteem) is er een grote mate van intergenerationele solidariteit. Bovendien is de financiering inkomensafhankelijk, waardoor hoge inkomens relatief veel bijdragen. Daarnaast betalen gebruikers van ouderenzorg mee via eigen betalingen. De herverdeling van jong naar oud wordt kleiner als eigen betalingen een grotere rol spelen. Maar hogere eigen betalingen roepen tegelijkertijd nieuwe verdelingsvraagstukken tussen rijke en arme ouderen op en leiden tot grotere financiële onzekerheid.

Betalen jongeren de extra zorg voor ouderen?

Als een verdere stijging van de uitgaven aan ouderenzorg volgens de huidige financieringssystematiek wordt betaald, leidt dit tot herverdeling van middelen van jonge naar oudere generaties. Jongeren betalen via de premies en de belastingen mee aan de ouderenzorg. Oudere generaties profiteren onmiddellijk van extra zorg, terwijl de jongere generaties in eerste instantie extra bijdragen, en pas op latere leeftijd de baten ontvangen.

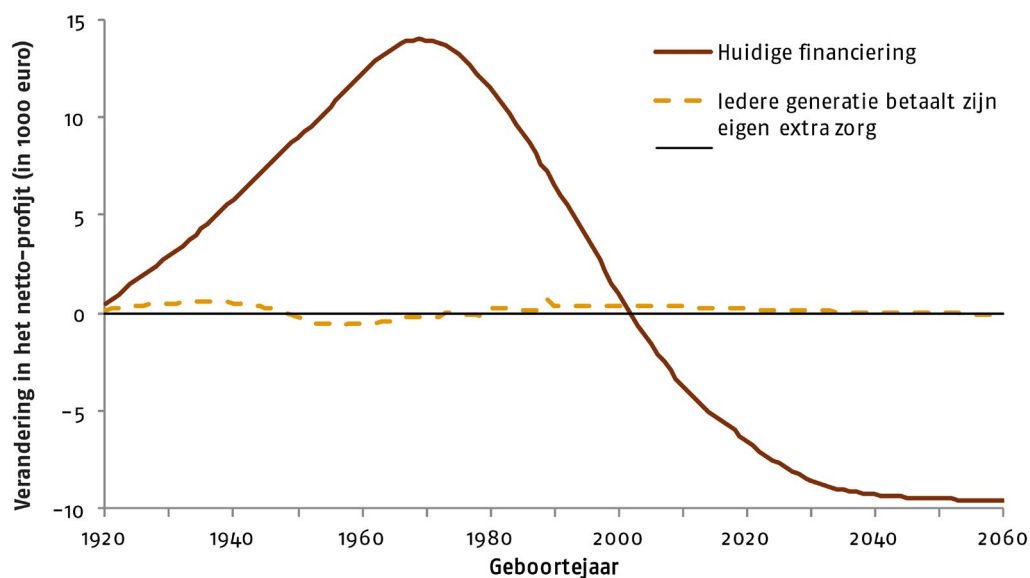
Het huidige niveau aan ouderenzorg kan, ook bij een vergrijzende bevolking, zonder een verhoging van de lasten aan volgende generaties worden doorgegeven: de overheidsfinanciën zijn nagenoeg houdbaar (Centraal Planbureau, 2017)⁵. Maar wanneer de uitgaven aan langdurige zorg net zo snel blijven stijgen als in de afgelopen 40 jaar (vanwege een stijgende zorgvraag en achterblijvende productiviteit), dan moet voor die extra uitgaven nog financiering worden gezocht. Voor de zorg die via de Wet Langdurige Zorg (Wlz) gefinancierd wordt, gaat het in dat scenario om 1 procent van het bruto binnenlands product (Smid et al. 2014).

Wanneer die *extra* uitgaven aan Wlz-gefinancierde zorg tot 2060 op dezelfde manier zouden worden betaald als nu, dan profiteren de generaties geboren rond 1968 het meest van die extra uitgaven; de extra kosten worden vooral betaald door de jongere generaties. Figuur 4 laat het netto profijt van extra uitgaven aan ouderenzorg zien per generatie: het verschil tussen de kosten van

⁵ Het houdbaarheidstekort is 0,4 % van het bbp.

Figuur 4: Het effect van extra zorg op het netto-profijt per generatie

Bron: Wouterse & Smid (2017) Noot: het netto-profijt is het verschil tussen de kosten van de extra ontvangen zorg en de daarvoor extra betaalde premies en eigen bijdragen verdisconteerd over de rest van het leven. De blauwe lijn is voor het scenario waarbij de extra zorg volgens de huidige financiering wordt verdeeld en de gele lijn wanneer iedere generatie zelf zijn eigen extra zorg financiert.



de ontvangen zorg en de daarvoor betaalde premies en eigen bijdragen, over de rest van het leven.⁶

De Wlz wordt grotendeels gefinancierd via een omslagstelsel, waarbij de premies voor een belangrijk deel in de werkende fase van het leven worden betaald, terwijl de baten pas op hoge leeftijd komen. De oudste generaties bevinden zich al in de levensfase waarin ze meer baat hebben van extra zorguitgaven dan dat ze eraan bijdragen. Tot aan het cohort dat is geboren in 1968, neemt het netto profijt daarom steeds verder toe: dit cohort ontvangt 14.000 euro meer ouderenzorg dan dat ze bijdraagt. Voor de generaties die later zijn geboren, neemt het netto profijt weer af omdat elk deze generaties een groter aantal levensjaren hebben waarin ze netto bijdragen. De generaties die zijn geboren na 2003 hebben een negatief netto profijt; ze profiteren op oudere leeftijd weliswaar ook van de extra zorg, maar deze zorg weegt niet op tegen de extra premies die ze eerder in het leven moeten bijdragen.

Het is de vraag of extra herverdeling van jong naar oud die in dit scenario geschetst wordt wenselijk is. Die herverdeling zou kunnen worden ingeperkt door ouderen een groter deel van de extra zorg die ze gebruiken ook zelf te laten financieren, bijvoorbeeld via hogere eigen bijdragen of door leeftijd-specifieke premies (Van Ewijk 2012). In het scenario waarin iedere generatie zelf voor alle extra zorg betaalt, leiden groeiende uitgaven aan ouderenzorg helemaal niet tot

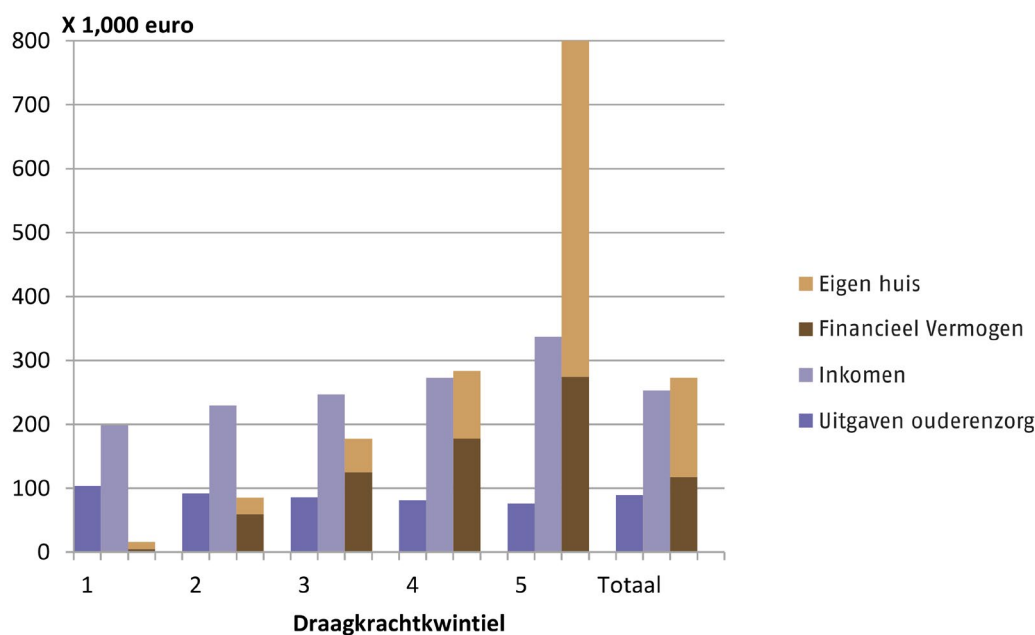
⁶ Figuur 4 gaat alleen over de *extra* kosten en baten ten opzichte van het huidige niveau van zorg, omdat we aannemen dat de financiering van het huidige niveau aan zorg al geregeld is.

extra herverdeling tussen generaties (Figuur 6). Natuurlijk is er ook een tussen-variant denkbaar, waarbij een deel van de extra uitgaven via eigen betalingen of door leeftijdsspecifieke premies worden gefinancierd.

Is er ruimte voor meer eigen betalingen? En bij wie?

Een manier om de lasten van extra ouderenzorg voor een groter deel te leggen bij de generaties die er direct van profiteren, is door de eigen betalingen te verhogen. Dit leidt tot minder herverdeling van jong naar oud, en tot minder hoge collectieve uitgaven. De eigen betalingen remmen mogelijk ook ondoelmatig zorggebruik (Non 2017)⁷. Maar dan moeten ouderen, ook ouderen met een laag inkomen, wel de financiële middelen hebben voor hogere eigen betalingen. Bovendien verlagen eigen betalingen de waarde van de collectieve verzekering: door hogere eigen betalingen wordt het deel van de ouderen dat mogelijk heel veel langdurige zorg nodig heeft slechter beschermd tegen de kosten die dat met zich meebrengt.

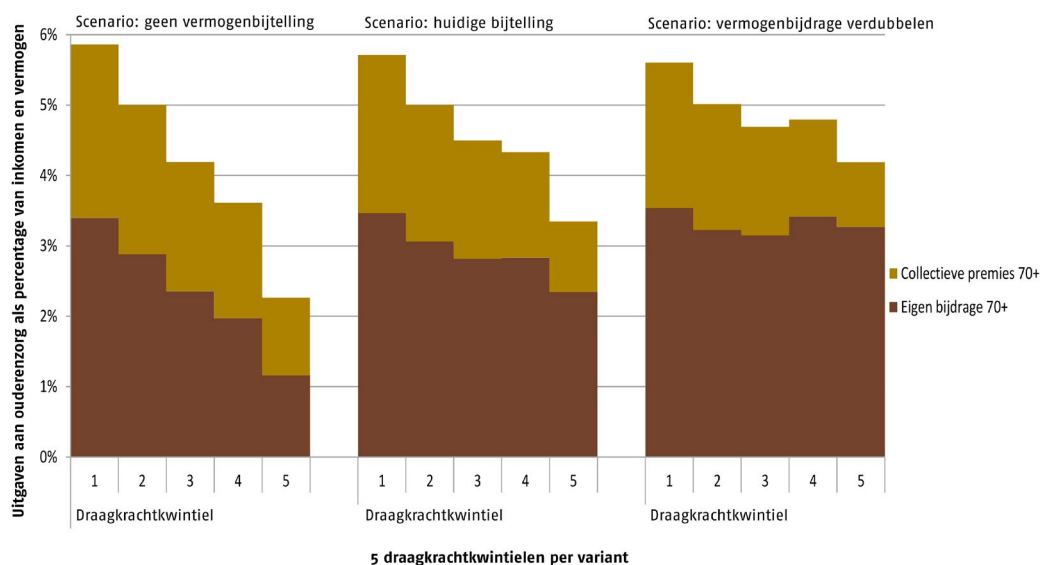
Gemiddeld genomen lijken ouderen de financiële ruimte te hebben om een groter deel van de langdurige zorgkosten zelf te betalen. Huishoudens vanaf 70 jaar hebben gemiddeld 90.000 euro aan langdurige-zorgkosten over de rest van het leven (zie Figuur 5). Zij hebben op die leeftijd gemiddeld 270.000 euro aan



Figuur 5: De resterende gemiddelde zorgkosten en inkomens en vermogen op 70-jarige leeftijd, naar draagkrachtkwintiel
Noot: draagkrachtkwintielen zijn een maat voor de totale financiële middelen waar een individu over kan beschikken en worden berekend op basis van inkomen en vermogen.
Bron: Hussem et al. 2017

⁷ Er is internationaal maar weinig onderzoek gedaan naar moral hazard in de ouderenzorg, en de resultaten zijn niet eenduidig (Konetzka et al. 2014).

Figuur 6: Effecten vermogensbijtelling per variant en per draagkrachtkwintiel voor 70-plussers, als percentage van draagkracht
 Noot: draagkrachtkwintielen zijn een maat voor de totale financiële middelen waar een individu over kan beschikken en worden berekend op basis van inkomen en vermogen.
 Bron: Hussem et al. 2017



eigen vermogen (inclusief de overwaarde op de eigen woning) en kunnen nog 250.000 euro aan AOW- en pensioeninkomen tegemoetzien.

Achter dit gemiddelde gaan echter grote verschillen schuil: lang niet alle ouderen kunnen hun zorggebruik volledig zelf betalen en niet iedereen heeft evenveel pensioen bij elkaar gespaard. Het is zelfs zo dat de ouderen met de minste middelen gemiddeld de hoogste zorgkosten hebben. Figuur 5 laat de relatie tussen financiële middelen en zorgkosten voor 70-jarigen zien. De 20 procent ouderen met de minste financiële middelen heeft gemiddeld 100.000 euro zorgkosten, maar bijna geen vermogen. Ook voor het tweede en derde kwintiel zou het vermogen vaak niet toereikend zijn om alle zorgkosten volledig zelf te betalen.

De verschillen tussen inkomens- en vermogensgroepen laten maar één aspect van de spreiding van zorgkosten zien. Binnen iedere groep zijn er ouderen die geluk hebben, en die geen of maar weinig zorg hoeven te gebruiken, en ouderen die pech hebben, en juist veel zorg gebruiken. Zo gebruikt de 10 procent grootste gebruikers gemiddeld maar liefst 450.000 euro aan langdurige zorg over het leven (Hussem et al. 2016). Vanwege dat risico op hoge kosten is de collectieve verzekering van groot belang.

Omdat de ouderen met de minste middelen gemiddeld meer zorg gebruiken, raken hogere eigen betalingen hen het meest als die extra eigen betalingen net zo vormgegeven worden als de bestaande regeling, of als ze niet-inkomensafhankelijk zijn. In Nederland betalen gebruikers van langdurige zorg nu een eigen bijdrage die afhankelijk is van het inkomen, waarbij ook een deel (12 procent)

van het vermogen wordt meegeteld. De 20 procent armste ouderen zijn in dit systeem gemiddeld 3,5 procent van hun financiële middelen kwijt aan eigen betalingen; de rijkste groep 2,5 procent (Figuur 6).

Door een eventuele verhoging van de eigen betalingen af te laten hangen van inkomen en vermogen, kunnen de laagste inkomens worden ontzien. In het huidige systeem wordt 12 procent van de kosten die ouderen over hun leven aan ouderenzorg maken uit eigen betalingen gefinancierd. Door de vermogensbijtelling (van 8 naar 16 procent) en de maximale eigen bijdragen te verdubbelen zou dit kunnen worden verhoogd tot 15 procent. Figuur 6 laat zien dat dat kan zonder dat de lagere inkomensgroepen er op achteruit gaan: het percentage van hun inkomen en vermogen dat ouderen uit de eerste twee kwintielen in dat scenario aan ouderenzorg uitgeven blijft gelijk ten opzichte van de huidige situatie. De extra lasten komen dan vooral terecht bij de ouderen met veel middelen. Het afschaffen van de vermogensbijtelling zou de opbrengsten juist verlagen tot 8 procent, waarvan vooral de ouderen met veel middelen zouden profiteren.⁸

8 Aan inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdragen zitten mogelijk ook kosten verbonden: mensen werken misschien minder omdat ze de inkomensafhankelijke betalingen zien aankomen. Ze kunnen ook hun spaargedrag aanpassen, of vermogen proberen weg te sluizen. Hoe groot deze effecten zijn is onduidelijk, evenals de vraag of inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdragen tot minder doelmatig zorggebruik leiden dan eigen bijdragen die niet van de financiële middelen afhangen.

4. Conclusie

In Nederland wordt de ouderenzorg grotendeels collectief gefinancierd en georganiseerd. Het systeem slaagt erin om ouderen te beschermen tegen de hoge kosten die met langdurige zorg gepaard kunnen gaan. De dekking van de publieke verzekeringen is universeel en in vergelijking met andere landen zeer omvangrijk. Tegelijk roept het perspectief van almaar stijgende publieke uitgaven aan langdurige zorg de vraag op of die stijging volledig opgevangen moet worden binnen het bestaande collectieve stelsel, want dat scenario leidt tot (mogelijk ongewenste) extra herverdeling tussen en binnen generaties⁹ en werkt mogelijk ondoelmatigheid in de hand. Het alternatief is een grotere individuele verantwoordelijkheid. Die individuele verantwoordelijkheid krijgt op dit moment op twee manieren vorm: door het leveren van mantelzorg of het zelf betalen van een groter deel van de kosten. In een eerdere Netspar Brief hebben Van Ooijen et al. (2017) er ook op gewezen dat meer eigen verantwoordelijkheid in de ouderenzorg samen dient te gaan met een goed vangnet voor de lage inkomens, om hun financiële lasten te beperken maar ook om de mantelzorgers voor die groep te ontzien.

Ook een grotere eigen verantwoordelijkheid heeft consequenties

In deze Netspar Brief hebben wij – in lijn met het beleid dat in de afgelopen jaren gevoerd is – een aantal mogelijke gevolgen van een toenemende rol van mantelzorg en eigen betalingen geanalyseerd. We hebben laten zien dat een verschuiving van de verantwoordelijkheid voor een groter deel van de ouderenzorg van het collectief naar het individu mogelijk is, maar dat dit consequenties heeft. Het vergroten van de rol van mantelzorg of het verhogen van de eigen betalingen kan tot meer doelmatige zorgverlening leiden, maar het bewijs dat dit ook daadwerkelijk gebeurt, is beperkt. Wel is duidelijk dat een grotere rol van het individu leidt tot een verschuiving van de lasten naar specifieke groepen, op wie een relatief groot beroep wordt gedaan om mantelzorg te verlenen, of die, vanwege hun behoefte aan zorg, veel geld kwijt zijn aan eigen betalingen.

Mantelzorg: lastenverschuiving naar een kleine groep

Het stimuleren van mantelzorg leidt naar verwachting tot een kleiner beroep op collectief gefinancierde. Maar het is belangrijk om niet alleen oog te hebben

⁹ Ook als de stijging volledig binnen het collectieve stelsel opgevangen wordt, ligt de lastenverdeling niet vast. Het is ook binnen het collectieve stelsel mogelijk om de lasten van extra zorguitgaven anders te verdelen binnen en tussen generaties. Dat kan bijvoorbeeld door verschuivingen in het tarief, of de introductie van leeftijdsafhankelijke premies (Van Ewijk 2012, Wouterse et al. 2016, Wouterse en Smid 2017).

voor die lagere collectieve lasten maar ook voor de daarmee gepaard gaande maatschappelijke en individuele kosten en de verdeling daarvan. Er zijn sterke aanwijzingen dat mantelzorg verlenen een negatief effect heeft op de mentale gezondheid van de mantelzorger. Bovendien is mantelzorg verlenen niet altijd een volledig vrije keuze en kunnen familieleden van ouderen zich niet verzekeren om de (financiële) gevolgen ervan af te dekken. Vanwege de ongelijke verdeling van de mantelzorg komen de negatieve gezondheidseffecten van extra mantelzorg grotendeels bij specifieke groepen in de samenleving terecht: een groot deel van de mantelzorg wordt door kinderen en partners geleverd, waardoor een groter beroep op mantelzorgers tot een herverdeling van de lasten tussen en binnen generaties leidt.

Hoewel mantelzorg in het verleden geen arbeidsmarkteffecten had, is dit onder tusschen misschien anders. Het ontbreken van aantoonbare arbeidsmarkteffecten in de periode 1998–2008 lijkt namelijk vooral toe te schrijven aan de combinatie van de populariteit van deeltijdwerk en de uitgebreide publieke voorzieningen voor langdurige zorg. Met de verschuiving van verzorgings- naar participatie-samenleving en de daarmee gepaard gaande inkrimping van de collectief gefinancierde formele zorg, bestaat de kans dat Nederland, net als andere landen, ondertussen te maken heeft – of in de toekomst te maken krijgt – met negatieve arbeidsmarkteffecten. Deze effecten zullen des te meer voelbaar zijn bij een verder toenemende vergrijzing en een aantrekkende economie.

Eigen betalingen hebben consequenties voor de lastenverdeling

Een grotere rol voor eigen betalingen in de langdurige zorg leidt tot minder herverdeling tussen generaties en geeft een prikkel tot doelmatiger gebruik van zorg. Hoewel Nederlandse ouderen *gemiddeld* genomen genoeg middelen hebben om een groter deel van de zorgkosten zelf te betalen, geldt dit lang niet voor alle ouderen. Omdat ouderen met lage inkomens gemiddeld genomen de meeste langdurige zorg gebruiken, kunnen de lasten van hogere eigen betalingen vooral bij hen terecht komen. Hogere eigen betalingen verlagen ook de bescherming die publieke verzekeringen bieden tegen onverwacht hoge kosten, en die voor lage inkomens het meest van belang is. Ouderen met weinig financiële middelen kunnen echter worden ontzien door ook een verdere verhoging van de eigen betalingen inkomens- en vermogensafhankelijk te maken.

Mantelzorg en eigen betalingen zijn communicerende vaten

Bij gelijkblijvende collectieve uitgaven bewegen hogere eigen betalingen mensen er mogelijk toe om een groter beroep te doen op mantelzorg. Andersom leidt een

uitgebreidere collectieve voorziening die deels via hogere eigen betalingen wordt gefinancierd, tot een kleiner beroep op mantelzorgers hoeft te worden gedaan. Beleid met betrekking tot mantelzorg en private financiering moet dus in samenhang worden bekeken.

Daarbij zijn twee vragen van belang: hoe kunnen we voorkomen dat de lasten van meer eigen verantwoordelijkheid vooral bij de mensen met de minste middelen terecht komen? En hoe kunnen we ervoor zorgen dat mensen de kosten, maar ook de tijd die ze aan zorg kwijt zijn op een goede manier gedurende hun leven kunnen spreiden?

Maatregelen kunnen helpen om lage inkomens te ontzien en te zorgen voor een betere spreiding van private lasten

Om te voorkomen dat de ouderen met de minste middelen worden geconfronteerd met hoge kosten, kan een eventuele verhoging van de eigen betalingen sterker afhankelijk gemaakt worden van het inkomen en vermogen dan nu al het geval is. Omdat ouderen met veel financiële middelen al vrij veel betalen, betekent dat wel dat de opbrengst van extra eigen betalingen beperkter is, en mogelijk ook de te behalen doelmatigheidswinst. Het huidige kabinet is juist van plan om de eigen bijdragen in de Wlz *minder* vermogensafhankelijk te maken en in de Wmo zelfs *onafhankelijk* van het inkomen van de gebruiker (Rijksoverheid 2017)¹⁰: gebruikers van zorg met relatief veel financiële middelen gaan er hierdoor op vooruit, terwijl de lasten voor de gebruikers met de minste middelen gelijk blijven.

Flexibeler inzet van financiële hulpmiddelen en tijd maakt een andere spreiding van lasten mogelijk

De negatieve (gezondheids-)effecten van mantelzorg kunnen worden beperkt door het creëren van meer mogelijkheden voor een optimale spreiding van de tijdsbesteding en van de beschikbare middelen over de hele levensloop. Dat kan op een aantal manieren. Ten eerste kan de overheid samen met werkgevers en werknemers het voor mensen gemakkelijker maken om tijdelijk voor iemand te zorgen zonder dat dit leidt tot inkomensverlies of verminderde kansen op werk later. Slechts een minderheid van de mantelzorgers maakt gebruik van de mogelijkheid om zorgverlof op te nemen en een gebrek aan financiële middelen en een gebrek aan mogelijkheden om minder te werken zijn veel genoemde oorza-

¹⁰ Deze maatregel wordt genomen om stapeling van eigen bijdragen te voorkomen voor personen die zorg gebruiken die via verschillende wetten wordt gefinancierd.

ken (CBS 2017). Ook goede ondersteuning voor mantelzorgers, zoals respijtzorg en supportgroepen, dragen bij aan een kleinere impact.

Een toenemende rol voor private financiering van ouderenzorg kan ook bijdragen aan een betere spreiding van bestedingsmogelijkheden over het leven.

Nederlanders hebben laat in het leven relatief veel te besteden: ze hebben een AOW-uitkering, vaak een aanvullend pensioen, een eigen huis, en ook nog een uitgebreide collectieve verzekering tegen de kosten van ziekte en (ouderen)zorg. Eerder in het leven zijn de bestedingsmogelijkheden juist beperkter, omdat ze dan aan publieke en private oudedagsvoorzieningen betalen via sociale premies, pensioenpremies en aflossing van de hypotheek. Door de eigen betalingen te verhogen kunnen de bestedingsmogelijkheden beter worden gespreid.

Ouderen moeten dan wel hun financiële middelen daadwerkelijk kunnen aanspreken op het moment dat ze die nodig hebben. Een groot deel van het vermogen is niet zomaar te besteden omdat het bestaat uit i) de eigen, afbetaalde woning en ii) het opgebouwde pensioen. Om ouderen het vermogen dat in het huis zit te laten gebruiken zonder dat ze daarvoor hoeven te verhuizen, zou de overheid de markt voor omkeerhypotheek kunnen bevorderen. Ook kan de overheid, net als in Ierland, het eigen huis als onderpand voor eigen betalingen kunnen accepteren. Een oudere die zorg nodig heeft kan dan gewoon in het huis blijven wonen; pas na overlijden wordt het huis verkocht, en worden de eigen betalingen aan de overheid betaald (Hussem et al. 2017).

Om het opgebouwde pensioen aan te kunnen spreken, kan ook de pensioenuitkering flexibeler worden gemaakt. Dit kan op drie manieren. Door de bekendheid van en mogelijkheden voor deeltijdpensioen te vergroten (Cf. Van Vuuren en Bolhaar 2018) kunnen oudere werknemers bijvoorbeeld in staat worden gesteld om mantelzorg te verlenen. Een lumpsum-uitkering geeft ouderen juist de mogelijkheid om een deel van hun pensioenvermogen achter te houden om zorgkosten mee op te vangen. Tot slot maken innovatieve combinaties van pensioen en zorgverzekering, bijvoorbeeld in de vorm van zorgannuïteiten, het mogelijk om in goede gezondheid iets minder pensioen te ontvangen, waardoor bij het ontstaan van gezondheidsproblemen de pensioenuitkering hoger kan zijn (Hussem et al. 2017).

De lasten van de groeiende ouderenzorg zullen verdeeld moeten worden tussen de premie- en belastingbetalers, de zorggebruikers en mantelzorgers. Elk van deze manieren om de ouderenzorg te financieren en te organiseren heeft voor- en nadelen; er is dus geen eenvoudige oplossing. Wanneer de lasten deels bij zorggebruikers en mantelzorgers worden neergelegd, worden de consequenties daarvan voor specifieke groepen mogelijk als onwenselijk beschouwd. Een groter

beroep op de individuele verantwoordelijkheid dient dan samen te gaan met maatregelen om die groepen te ontzien of te compenseren, en om individuen in staat te stellen hun tijdbesteding en hun financiële middelen gedurende hun levensloop flexibeler in te zetten.

Referenties

- Bom J, Bakx P, Schut E, van Doorslaer E. 2018a. Health effects of caring for and about parents and spouses. Netspar Discussion Paper 05/2018-027
- Bom J, Bakx P, Schut E, van Doorslaer E. 2018b. Informal caregiving, a healthy decision? Determinants and health-related consequences of providing informal care. Netspar Survey Paper.
- Broese van Groenou M, de Boer A, Iedema J. 2014. Positive and negative evaluation of caregiving among three different types of informal care relationships. *European Journal of Ageing* 10(4): 301-311
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). 2018. Statline. Statline.cbs.nl
- CBS. 2017. Werknemer met vaste baan zorgt vaker dan flexwerker. <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2017/19/werknemer-met-vaste-baan-zorgt-vaker-dan-flexwerker>
- Coe N, van Houtven C. 2009. Caring for mom and neglecting yourself? The health effects of caring for an elderly parent. *Health Economics*, 18(9), 991-1010. doi: 10.1002/hec.1512
- Centraal Planbureau, 2017. Analyse economische en budgettaire effecten van de financiële bijlage van het Regeerakkoord. *CPB Notitie*
- Fu R, Noguchi H, Kawamura A, Takahashi H. 2017. Spillover effect of Japanese long-term care insurance as an employment promotion policy for family caregivers. *Journal of Health Economics*, 56: 103-112
- Geyer J. Korfhage T. 2015. Long-term care insurance and carers' labor supply: A structural model, *Health Economics* 24(9): 1178-1191
- Hussem, A., Van Ewijk, C., Ter Rele, H., & Wong, A. (2016). The ability to pay for long-term care in the Netherlands: a life-cycle perspective. *De Economist*, 164(2), 209-234.
- Hussem A, ter Rele H, Wouterse B. 2017. Inkomens- en vermogensafhankelijke eigen bijdragen in de langdurige ouderenzorg: een levensloopperspectief. Netspar Design Paper 87
- de Klerk M, de Boer A, Plaisier I, Schyns P, Kooiker S. 2015. Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- de Klerk M, de Boer A, Plaisier I, Schyns P. 2017. Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Konetzka R, He D, Guo J, Nyman J. 2014. Moral hazard and long-term care insurance. *Health & healthcare in America: from economics to policy*. Ashecon.
- de Meijer C, Bakx P, Koopmanschap M, van Doorslaer E. 2015. Explaining declining rates of institutional LTC use in The Netherlands: a decomposition approach. *Health Economics* 24: S18-S31.

- NIVEL 2017. Evaluatie van wijkverpleging. Utrecht: NIVEL
- Non M. 2017. Co-payments in long-term home care: do they affect the use of care? CPB Discussion Paper 363.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD). 2018. OECD.stat. stats.oecd.org
- Rellstab S, Bakx P, van Doorslaer E, García-Gómez P. 2018. The kids are alright – labour market effects of unexpected parental hospitalisations in the Netherlands. Tinbergen Discussion Paper 18/049-V
- Rijksoverheid. 2017. Regeerakkoord 2017: 'vertrouwen in de toekomst'. <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/publicaties/2017/10/10/regeerakkoord-2017-vertrouwen-in-de-toekomst>
- Schmitz H, Westphal M. 2015. Short- and medium-term effects of informal care provision on female caregivers' health. *Journal of Health Economics* 42: 174-185.
- Smid B, ter Rele H, Boeters S, Draper N, Nibbelink A, Wouterse B. 2014. Minder zorg om vergrijzing. CPB Boek 12
- Tenand M. 2018. Dissertation. Paris School of Economics.
- Van Ewijk C. 2012. Langdurige zorg: vooral een verzekeringsprobleem. In: Schut E, Varkevisser M. Een economisch gezonde gezondheidszorg. KVS Preadviezen 2012.
- Van Ooijen R, De Bresser J, Knoef M. 2017. Meer eigen verantwoordelijkheid in ouderenzorg: wensen en mogelijkheden. Netspar Brief 9.
- Van Vuuren D, Bolhaar J. 2018. Geleidelijke uittreding en de rol van deeltijd-pensioen. Netspar Design Paper 100.
- Wouterse B, Ter Rele H, Van Vuuren D. 2016. Financiering van de zorg op lange termijn. Centraal Planbureau. Policy Brief 2016/10
- Wouterse B, Smid B. 2017. How to finance rising costs of Long Term Care? Four alternatives for the Netherlands. *Fiscal Studies* 38(3): 369-391.



Dit is een uitgave van:
Netspar
Postbus 90153
5000 LE Tilburg
Telefoon 013 466 2109
E-mail info@netspar.nl
www.netspar.nl

Juni 2018