

# Tweedeling tussen arm en rijk in de ouderenzorg

Lei Delsen

**NETSPAR ACADEMIC SERIES**

## Tweedeling tussen arm en rijk in de ouderenzorg

Auteurs: Lei Delsen

Kernwoorden: Eigen bijdragen, Keuzemogelijkheden, Langdurige zorg

**Het Nederlandse stelsel van langdurige zorg biedt universele toegang tot thuiszorg en institutionele zorg, ongeacht de financiële draagkracht. Haaks hierop zijn, in de participatiesamenleving, de ongelijke toegang en het gebruik van thuiszorg en verpleeghuiszorg het gevolg van de beleidsvrijheid van gemeenten, van bestaande individuele keuzemogelijkheden en verschillen in eigen bijdragen. Onbedoeld is die ongelijkheid ook inkomensgerelateerd.**

### Van AWBZ naar Wlz

In 2007 zijn delen van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), waardoor ze onder de verantwoordelijkheid van de gemeenten komen. Niet alleen langdurige zorg viel onder de AWBZ; de AWBZ dekte (ook na 2007) nog een deel van de curatieve en revalidatiezorg. De vraaggestuurde Wmo, gericht op zelfredzaamheid, participatie en maatwerk, was een belangrijke stap in de transitie van de verzorgingsstaat gebaseerd op gelijkheid en collectieve solidariteit naar de participatiesamenleving gebaseerd op keuzevrijheid en individuele verantwoordelijkheid. Onder de Wmo zijn zorg en maatschappelijke ondersteuning in de eerste plaats de eigen verantwoordelijkheid van de burgers. De lokale overheid en professionele ondersteuning fungeren in dit systeem als laatste toevlucht.

De Nederlandse sector voor langdurige zorg was en is een van de grootste in de Europese Unie (EU). Om de AWBZ betaalbaar te houden, pleitte de tripartiete Sociaal-Economische Raad (SER, 2008) in haar advies aan de overheid voor meer keuzevrijheid en meer eigen verantwoordelijkheid voor cliënten, voor een verschuiving van een aanbodgerichte naar een vraaggerichte uitvoering. Ook stelde de SER voor om kortdurende, herstelgerelateerde zorg over te hevelen naar de Zorgverzekeringswet (Zvw) en wonen en zorg te scheiden. De AWBZ diende te worden teruggebracht naar zijn oorspronkelijke doel: het financieren van onverzekerbare en langdurige zorg.

In 2015 verdween de AWBZ en werd opgesplitst in de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wmo, de Zvw en de Jeugdwet (Jw). Evenals de AWBZ is de Wlz een verplichte volksverzekering op basis van solidariteit. De Wlz dekt alleen de langdurige zorg voor de meest kwetsbare ouderen (zware dementie, ernstige psychische problemen), meervoudig en ernstig gehandicapten en kinderen met ernstige verstandelijke of lichamelijke beperkingen die permanent (24/7) intensieve zorg nodig hebben. Bij de Wmo wordt het sociale netwerk meegenomen bij het vaststellen van een indicatie door gemeenten. Ongelijkheid in de toegang tot Wmo-gefinancierde extramurale zorg, bedoeld om mensen zo lang mogelijk zelfstandig thuis te laten wonen, kan het gevolg zijn van de beleidsvrijheid van gemeenten om maatwerk te leveren. Bijvoorbeeld, bij gelijke zorgbehoefte wordt de aanvraag door de ene gemeente toegewezen en door een andere afgewezen.

Het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) bepaalt de toegang tot de intramurale zorg. Het CIZ geeft op een landelijk uniforme manier indicaties af, enkel gebaseerd op zorginhoudelijke toegangscriteria. Om de kosten te beperken zijn de toegangscriteria voor zorg met verblijf aangescherpt, waardoor cliënten langer met hulp van de gemeente en de zorgverzekeraar zelfstandig moeten blijven wonen. De Wlz legt de nadruk op eigen regie, zelf organiseren, eigen verantwoordelijkheid en zeggenschap. Net als de Wmo betekende ook de hervorming van de langdurige zorg meer individuele en maatschappelijke verantwoordelijkheid. De Wlz verwacht dat cliënten minder afhankelijk worden van overheidsvoorzieningen (professionals) en in plaats daarvan, hoewel niet verplicht, zelfvoorzienend of afhankelijk worden van familie en mantelzorgers. Mensen krijgen alleen formele zorg als zij of hun sociale netwerk niet in staat zijn om voldoende ondersteuning te regelen.

Cliënten kunnen kiezen voor zorg in natura of een Persoonsgebonden budget (PGB). Met een PGB kan de cliënt zorg afnemen bij de zorgverleners naar keuze, of de hulp van familieleden of vrienden betalen. Bij zorg in natura wordt de dienstverlening aan de cliënt met een benodigde indicatie geregeld door de gemeente (Wmo; Jw) of de zorgverzekeraars en hun lokale zorgkantoren (Zvw; Wlz). In 1995 zijn de eerste PGB's ingevoerd in de AWBZ. Vanaf 2015 is het gebruik van PGB's complexer geworden. PGB-Wlz en PGB-Zvw vallen onder de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars en hun lokale zorgkantoren. PGB-Jw en PGB-Wmo vallen onder de verantwoordelijkheid van gemeenten.

### Regionale verschillen in ouderenzorg

Tweedeling in de ouderenzorg tussen arm en rijk is onderwerp van het politieke en maatschappelijke debat. Vooral door de sterke toename van de particuliere (private) woonzorg voor ouderen door de scheiding van wonen en zorg en de sluiting van verzorgingshuizen door Rutte II (2012-2017) om mensen langer en goedkoper thuis te laten wonen, de toename van het aantal keuzemogelijkheden, de overgang van aanbod- naar meer vraaggestuurde zorg en de toename van het aantal welvarende ouderen. Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP, 2019) concludeert dat van een tweedeling geen sprake is. De private woonzorg is niet enkel voor ouderen met een hoog inkomen. De vrees dat particuliere woonzorg de onderlinge solidariteit onder druk zet is ongegrond. De bereidheid tot premiebetaling voor de volksverzekering blijft.

De Wlz is bedoeld voor iedereen die aan de criteria voldoet. Volgens CBS-cijfers was in 2019 van de 307.105 mensen met een Wlz-indicatie 59,6% 65 jaar of ouder en 42,5% 80 jaar of ouder. Tussen gemeenten variëren de afwijzigingspercentages van 0% tot 33%, en die cijfers nemen bovendien in de tijd toe. Deze regionale verschillen hangen volgens de Algemene Rekenkamer (2018) samen met de beperking of aandoening van de aanvragers. Duell e.a. (2019) concluderen op basis van een grote dataset uit 2013 dat de variatie in het daadwerkelijke gebruik van institutionele langdurige zorg verdeeld over de zorgkantoorregio's drie keer zo groot is als de toekenning van institutionele langdurige zorg. Inkomen kan een deel van de ongelijkheid in toegang tot institutionele langdurige zorg in verschillende regio's verklaren, maar is geen belangrijke determinant. Preferenties van cliënten spelen eveneens een beperkte rol. De inkomensgerelateerde eigen bijdrage vermindert de verschillen in institutionele langdurige zorg tussen inkomensgroepen en zorgkantoorregio's enigszins. Tenand e.a. (2020) concluderen op basis van een grote dataset van mensen van 60 jaar en ouder in 2012 dat regionale verschillen in het gebruik van Wlz niet volledig kunnen worden verklaard uit de sociaaleconomische en demografische samenstelling van de gehandicapte oudere bevolking. De onderzoekers stellen dat, indien de welgestelden beter in staat zijn om door het Wlz-systeem te navigeren en meer geneigd zijn te beweren dat zij zorg nodig hebben, de door het ClZ beoordeelde zorgbehoeften de sociaaleconomische ongelijkheid kan verbergen. Dit staat haaks op de algemene opvatting dat universele toegang en ruime dekking ertoe leiden dat mensen met gelijke behoeften vergelijkbare langdurige zorg ontvangen.

### Ongelijkheid door keuzemogelijkheden

Het PGB maakt dienstverlening op maat mogelijk. Dat vereist echter dat de cliënt weet welke zorg hij of zij nodig heeft en kan beoordelen of de gekregen zorg goed is. De cliënt moet in staat zijn een budgetplan op te stellen, zorgovereenkomsten met de verschillende zorgverleners af te sluiten en af te stemmen en de besteding van het PGB kunnen verantwoorden. Complexiteit veroorzaakt ongelijkheid en bedreigt de solidariteit.

Niet iedereen is 'PGB-vaardig' en goed in de rol van calculerende burger. Volgens CBS-cijfers voor 2019 maakte van de mensen met een relevante indicatie ruim 14% gebruik van het PGB-Wlz, ongeveer 16% van het PGB-Zvw, 13% van het PGB-Wmo en 5% van het PGB-Jw.

Ouderen die recht hebben op publiek gefinancierde verpleeghuiszorg kunnen kiezen tussen zorg in natura in een regulier verpleeghuis, een PGB, of zorg in natura thuis via een Volledig Pakket Thuis (VPT) of een Modulair Pakket Thuis (MPT). Veel oudere mensen blijven graag zo lang mogelijk thuis. Daarom besloot de overheid in 2009 wonen en zorg te splitsen, waarbij het zorggedeelte werd ondergebracht binnen de VPT-optie. Een VPT omvat alle zorgcomponenten, inclusief maaltijden en transport, die de cliënt ook zou krijgen in een verpleeghuis. Een MPT bestaat alleen uit de noodzakelijke zorgcomponenten. In 2017 kreeg de overgrote meerderheid (83%) van de Wlz-gebruikers van 65 jaar en ouder reguliere verpleeghuiszorg; slechts een minderheid (17%) koos voor PGB-Wlz, VPT of MPT. Deze laatste drie bieden ook ruimte voor 'opwaarderen': de ontvanger kan bijbetalen voor meer luxe, comfort en/of begeleiding. Voor private verpleeghuizen is geen Wlz-indicatie vereist. Meer zelf betalen voor extra dienstverlening is mogelijk in particuliere woonzorgcentra, niet in reguliere – door Wlz gefinancierde – verpleeghuizen. Particuliere instellingen zijn vaak niet in staat complexe zware zorg te bieden. In 2017 gebruikte 20% van de PGB-Wlz-houders en 50% van de VPT-houders dit geld voor verblijf in een private instelling in plaats van thuis. De rijkste 40% van de 65-plussers met een iets minder zware zorgbehoefte maakt hiervan vijf keer zoveel gebruik als de armste 10%. Ouderen met een laag inkomen maken meer en langer gebruik van de duurdere verpleeghuiszorg (SCP, 2019; Hussem e.a., 2020; Tenand e.a., 2020; Portrait & Koolman, 2021). Keuzeopties leiden tot ongelijke behandeling van gelijke gevallen en tweedeling.

Bakx e.a. (2020a) concluderen dat vervanging van verpleeghuiszorg door thuiszorg wellicht geen kostenbesparing in de gezondheidszorg oplevert en geen significant effect op het gemiddelde sterfterisico heeft. Onderzoek van Portrait en Koolman (2021) laat zien dat ouderen met een indicatie voor verpleeghuiszorg, die ervoor kiezen om toch thuis te blijven wonen en VPT-verpleging aan huis te krijgen, in de periode 2016-2020 gemiddeld een jaar (366 dagen) langer leefden dan de ouderen die naar een verpleeghuis verhuisden. Hierdoor waren de gemiddelde dagelijkse kosten van VPT-zorg € 58 lager dan die van institutionele zorg en de totale kosten voor de samenleving hoger.

### Ongelijkheid door eigen bijdrage

Het totaal van verplichte eigen bijdragen voor Wlz bedraagt jaarlijks ruim € 1,8 miljard. In vergelijking tot andere EU-landen zijn de eigen bijdragen als percentage van de totale Wlz-uitgaven met 10% relatief laag. Eigen bijdragen dienen uiteenlopende beleidsdoelen: het stimuleren van doelmatigheid, betalen naar gebruik, het eerlijk verdelen van de lasten en het stimuleren van thuiszorg in plaats van verpleeghuiszorg (Bakx e.a., 2020b).

Voor de wijkverpleging, vergoed uit het basispakket van de Zvw vanaf 2015 en voor Jw vanaf 2016, zijn de eigen bijdragen afgeschaft. Om stapeling van eigen bijdragen te voorkomen geldt voor de Wmo vanaf 2020 een abonnementstarief van € 19,00 per maand. Dit werkt denivellerend en staat op gespannen voet met de eigen verantwoordelijkheid. De eigen bijdrage voor verpleeghuizen is veel hoger dan voor thuiszorg. De hoogte van de eigen bijdrage-Wlz is ook afhankelijk van het inkomen, het vermogen, de leeftijd, AOW-aanspraak en de gezinssamenstelling. De minimale maandelijkse eigen Wlz-bijdrage voor PGB en MPT bij 20 uur of minder zorg steeg van € 23,40 in 2015 naar € 24,40 in 2021, de maximale van € 696,60 naar € 752,80.

Er bestaat een lage en een hoge inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor verpleeg- of verzorgingshuis. De lage eigen

bijdrage, variërend van € 158,60 tot € 832,60 per maand in 2015 en € 171,40 tot € 899,80 in 2021, is van toepassing op PGB, VPT, MPT, op de eerste vier maanden in een regulier verpleeghuis of als de partner thuis woont. De hoge eigen bijdrage geldt in alle overige gevallen, variërend van € 0,00 tot € 2.284,60 per maand in 2015 en € 2.469,20 in 2021. In particuliere zorginstellingen betaalt de gebruiker de lage eigen bijdrage. Daarnaast vragen particuliere verpleeghuizen en woonzorgcentra een fors extra bedrag voor maaltijden en huisvesting, meestal tussen € 2.000 en € 3.000 per maand (SCP, 2019).

Stimuleren van thuiszorg door eigen bijdragen betekent in de praktijk dat rijkere ouderen relatief goedkoop hun zorg thuis regelen, terwijl armere ouderen met hoge kosten 'achterblijven' in het verpleeghuis, én leidt tot financiële risico's na pensionering voor ouderen met een laag inkomen doordat hun woningen niet geschikt gemaakt kunnen worden voor mensen met een beperking. De armste 20% ouderen gebruiken bijna 1,7 keer vaker verpleeghuiszorg dan de rijkste 20% ouderen en 2,5 keer vaker Wmo-gefinancierde thuiszorg. Het zorggebruik is zo sterk negatief gecorreleerd met inkomen, dat dit de gedeeltelijke progressiviteit van de eigen bijdrage teniet doet (Bakx e.a., 2020b; Duell e.a., 2019; Tenand e.a., 2020; Diepstraten e.a., 2020).

### Hoeveel meer ongelijkheid is acceptabel?

Ongelijkheid in de toegang tot Wmo-gefinancierde extramurale zorg veroorzaakt door decentralisatie, is politiek en maatschappelijk geaccepteerd. Of dat ook geldt voor de toegenomen ongelijkheid door het recent ingevoerde abonnementstarief is een open vraag. Extra middelen voor woningaanpassing van de lagere inkomens via de Wmo maakt de thuiszorg nog duurder ten opzichte van intramurale zorg. Voor armere ouderen is particuliere woonzorg geen optie. Reguliere woonzorg die voldoende comfort en keuzemogelijkheden biedt kan de ongelijkheid aanvaardbaar houden. Dit vereist extra middelen. Verdere verhoging van de relatief lage eigen bijdrage aan langdurige zorg ligt voor de hand, gezien de relatief hoge uitgaven. Dit zal de bestaande tweedeling vergroten. Dat geldt eveneens voor de introductie van een abonnementstarief voor PGB's, VPT's en MPT's, waarvan vooral de rijkere ouderen zullen profiteren. Grotere progressiviteit in de Wlz-premiestelling en in de eigen betalingen, die de armere ouderen ontziet, vermindert de onbedoelde inkomensgerelateerde ongelijkheid, herstelt de solidariteit en vergroot de betaalbaarheid van de langdurige zorg.

---

### Auteurs

#### **Lei Delsen**

Lei Delsen was hoofddocent Sociaal-Economisch Beleid aan de Radboud Universiteit in Nijmegen. Sinds juni 2018 is hij met pensioen. Hij is redacteur van *Geron*.

---

### Literatuurlijst

1. Algemene Rekenkamer (2018). *Focus op toegang tot de Wet langdurige zorg*. Den Haag: Algemene Rekenkamer.
2. Bakx, P., Wouterse, B., van Doorslaer, E., & Wong, A. (2020a). Better off at home? Effects of a nursing home admission on costs, hospitalizations and survival. *Journal of Health Economics*, 73, September, <https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2020.102354>
3. Bakx, P., Bom, J., Tenand, M., & Wouterse, B. (2020b). *Eigen bijdrage aan ouderenzorg. Netspar Design Paper 139*. Tilburg: Netspar. [https://www.netspar.nl/assets/uploads/P20200313\\_Netspar-Design-Paper-139-WEB.pdf](https://www.netspar.nl/assets/uploads/P20200313_Netspar-Design-Paper-139-WEB.pdf)
4. Diepstraten, M., Douven, R., & Wouterse, B. (2020). Can your house keep you out of a nursing home? *Health Economics*, 29 (5), 540-553. <https://doi.org/10.1002/hec.4001>
5. Duell, D., Lindenboom, M., Koolman, X., & Portrait, F. (2019). Practice variation in long-term care access and use: The role of the ability to pay. *Health Economics*, 28 (11), 1277-1292. <https://doi.org/10.1002/hec.3940>