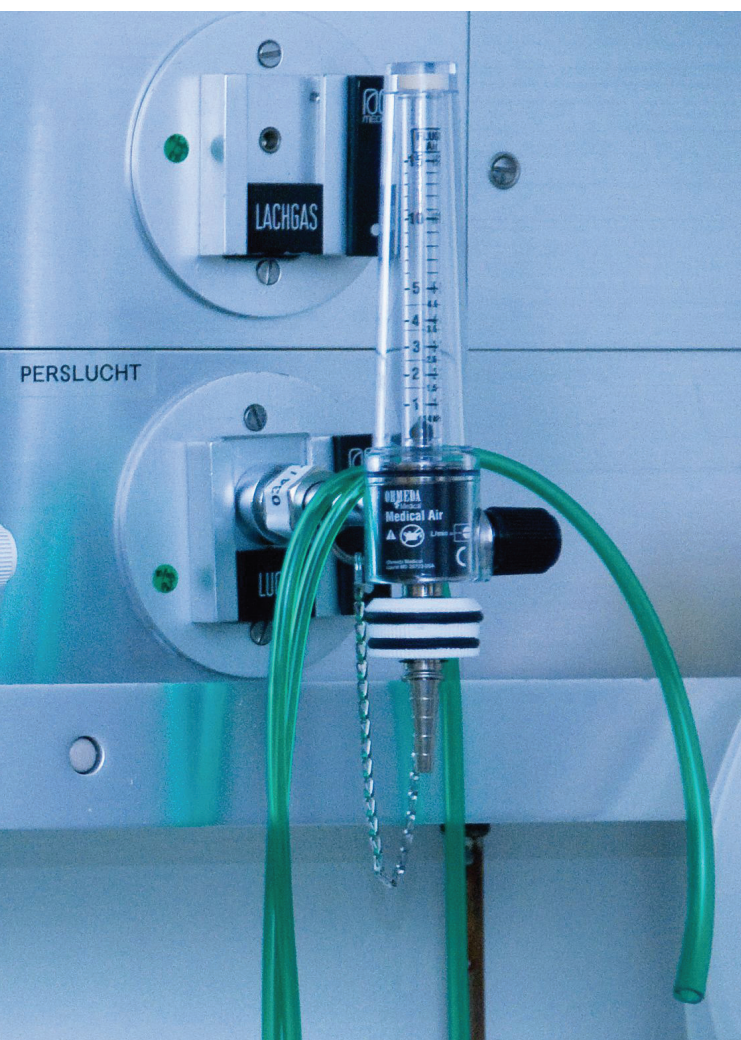




Centraal Planbureau

Gezondheid loont *Tussen keuze en solidariteit*



Toekomst
voor de zorg

Hoofdstuk 10

Ouderenzorg

10 Ouderenzorg

Paul Besseling en Casper van Ewijk

Ouderenzorg vraagt om verzekering. Op de vrije markt komen de verzekeringen moeizaam tot stand, overheidsregelingen hebben daarom grote waarde. Daarbij kan men kiezen tussen een brede collectieve verzekering of meer semi-collectieve, dan wel individuele oplossingen. Naast maatschappelijke opvattingen over solidariteit en gelijkheid spelen ook verzekeringstechnische aspecten een belangrijke rol.

10.1 Iedereen heeft er mee te maken

We hebben er allemaal mee te maken. Als kind gingen we op bezoek bij grootouders in een verzorgingshuis. Nu we ouder zijn, worden onze ouders geleidelijk aan hulpbehoevend. En er komt een tijd dat we zelf verzorgd moeten worden. We kunnen nog zo verstandig hebben geleefd, maar als we niet vroegtijdig aan een acute aandoening overlijden, zullen onze lichamelijke en verstandelijke vermogens langzaam maar zeker minder worden. Ergens tussen onze 60ste en 70ste levensjaar neemt ons vermogen om geld te verdienen zo sterk af dat we maar beter kunnen stoppen met werken. Nog weer tien of twintig jaar later raken we ook het vermogen kwijt om voor ons zelf te zorgen. Het schoonhouden van het huis wordt moeilijker, later ook het koken, wassen en eten. Uiteindelijk kunnen we niet meer helder denken en samenhangende zinnen uitspreken. We zijn dan geheel hulpafhankelijk. Hoe organiseren we individueel en als samenleving de ouderenzorg?

In Nederland hebben we een traditie van zorg 'in natura' waarin de ouderenzorg in hoge mate is geïnstitutionaliseerd. Opvallend daarbij is het grote aandeel van intramurale zorg in verzorgingshuizen en verpleeghuizen, namelijk driekwart van de totale kosten. De totale kosten voor intramurale zorg over de hele levensloop bedragen gemiddeld 31.300 euro voor mannen en 79.800 euro voor vrouwen, dat is gemiddeld 380, respectievelijk 900 euro per jaar (zie tabel 10.1). Voor extramurale zorg komen de kosten uit op 12.800 euro voor mannen en 32.600 euro voor vrouwen, dus omgerekend 150 en 370 euro per jaar. Net als in de curatieve zorg zijn de kosten van de langdurige zorg in het afgelopen decennium snel opgelopen. Dit hangt samen met de beleidsomslag rond het jaar 2000 toen de nadruk werd gelegd op het wegwerken van wachtlijsten. Ook de invoering van pgb's en verruiming van de indicatiecriteria hebben aan de extra groei bijgedragen. Daarnaast verbetert de kwaliteit. Mirjam de Klerk (2011) van het SCP laat zien dat in 2000 nog 79% van de bewoners van verpleeghuizen in meerpersoonskamers sliepen, in 2008 was dat teruggebracht tot 45%.

Tabel 10.1 Gemiddelde uitgaven aan langdurige AWBZ-zorg over de levensloop

	Extramuraal	Intramuraal	Totaal
euro			
Mannen (levensverwachting 78,0 jaar)			
Kosten over levensloop	12.800	31.300	44.100
Gemiddelde kosten per jaar	150	380	530
Vrouwen (levensverwachting 82,8 jaar)			
Kosten over levensloop	32.600	79.800	112.400
Gemiddelde kosten per jaar	370	900	1260
Bron: Eigen berekeningen op basis van Wong (2012), geschaald naar uitgavenniveau 2012.			

In dit hoofdstuk richten we ons op de ouderenzorg, en dan met name op de functies verzorging en verpleging, begeleiding, dagbesteding en huishoudelijke verzorging. Het grootste deel van de collectief geregelde ouderenzorg wordt (nog) gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), een klein deel uit de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). In 2011 was er naar schatting 16 mld euro mee gemoeid. De gehandicaptenzorg ten bedrage van 7 mld euro heeft veel gemeen met de ouderenzorg, maar

het grote verschil is dat de handicap al bij de geboorte aanwezig is of op jonge leeftijd ontstaat. In dit hoofdstuk richten we ons op de zorg waar ieder zich in beginsel op kan voorbereiden. Maar is 'ieder voor zich' wel handig?

In Nederland doen de collectieve regelingen voor de ouderenzorg naar internationale maatstaven een uitzonderlijk groot beroep op de solidariteit. En de komende decennia zal het beroep op de solidariteit alleen maar toenemen. Door de vergrijzing neemt het aantal mensen dat verzorging nodig heeft, sterk toe. De loonkosten per uur verzorging zullen ook blijven stijgen, want verzorging is een arbeidsintensieve bezigheid met geringe mogelijkheden om door technologische vernieuwingen arbeidskosten te besparen. En we stellen steeds hogere eisen aan de kwaliteit van verzorging. Vooral de roep om meer eigen regie in de ouderenzorg wordt steeds luider. Dit roept de vraag op of het huidige stelsel van ouderenzorg ook in de toekomst voor alle bevolkingsgroepen optimaal is.

Voor een goed begrip kijken we eerst naar wat ouderenzorg kenmerkt. Dat doen we door ouderenzorg te vergelijken met de curatieve zorg. Vervolgens kijken we naar drie verschillende kanten van de solidariteit bij de ouderenzorg en wat dat betekent voor de inrichting van het stelsel. In paragraaf 10.3 staan we stil bij de solidariteit van jong met oud, in de daarop volgende paragrafen gaan we in op de toegang tot de zorg en het belang van verzekering. In paragraaf 10.6 staan we stil bij aspecten van vermogenstoetsen en bijdragen van kinderen. We sluiten af met een korte schets van keuzes voor de toekomst.

10.2 De typische kenmerken van ouderenzorg

In het vorige hoofdstuk gingen we in op de vraag hoe een land de collectieve regeling voor curatieve zorg het best kan inrichten. Daarbij pasten we algemeen economische beginselen over investeren in gezondheid, solidariteit en verzekeren toe. In dit hoofdstuk doen we hetzelfde voor de ouderenzorg. De uitkomst is anders, omdat verzorgen in diverse opzichten verschilt van curatieve zorg

In de curatieve zorg draait het meestal om een ingreep die tot doel heeft om de lichaamsfuncties te herstellen. Na een korte periode heeft de patiënt weer zijn oude (verdien)capaciteit terug en pakt hij de draad weer op. In de langdurige zorg gaat het erom de kwaliteit van leven zo goed mogelijk in stand te houden, terwijl de wereld om de cliënt heen steeds kleiner wordt. Het uitgavenpatroon beperkt zich meer en meer tot de elementaire levensbehoeften van voedsel, huisvesting en kleding.

Bij genezing wordt de zorg geleverd door hoogopgeleide professionals die over een grote hoeveelheid specifieke kennis beschikken en daardoor de patiënt kunnen vertellen welke behandeling de voorkeur verdient. Er is sprake van asymmetrische informatie tussen arts en patiënt. Er komt ook hoogtechnologische apparatuur aan te pas. Bij verzorging is voor sommige taken een gespecialiseerde vooropleiding nodig, vooral bij verpleegfuncties, maar voor de meeste taken is dat niet vereist. Het betekent ook dat de cliënt zelf de kwaliteit van de geleverde zorg goed kan beoordelen. Daar staat tegenover dat bij dementie de cliënt

langzaam maar zeker de regie over zijn eigen leven verliest en dus ook de regie over de verzorging. Op een gegeven moment zal de voogd de regie moeten overnemen.

Verwanten en bekenden kunnen ook een bijdrage leveren aan de verzorging, iets wat in de curatieve zorg niet aan de orde is. Mantelzorg heeft vaak zelfs meerwaarde, al was het maar omdat de verzorging zich bij voorkeur afspeelt in de persoonlijke levenssfeer.

De behoefte aan verzorging ontstaat doorgaans helemaal aan het eind van het leven, lang niet iedereen wordt zo oud. Praktisch alle kosten voor ouderenzorg - namelijk 97% - wordt gemaakt na het 70ste levensjaar, en 80% in de laatste 5 jaar, zie tabel 10.2. De behoefte aan curatieve zorg is meer gespreid over het leven. Een ander verschil is dat de ouderenzorg een meerjarig risico is. Als iemand eenmaal hulpbehoevend is, dan neemt de behoefte aan zorg alleen maar toe. Bij de curatieve zorg gaat het vaker, niet altijd, om eenmalige kosten.

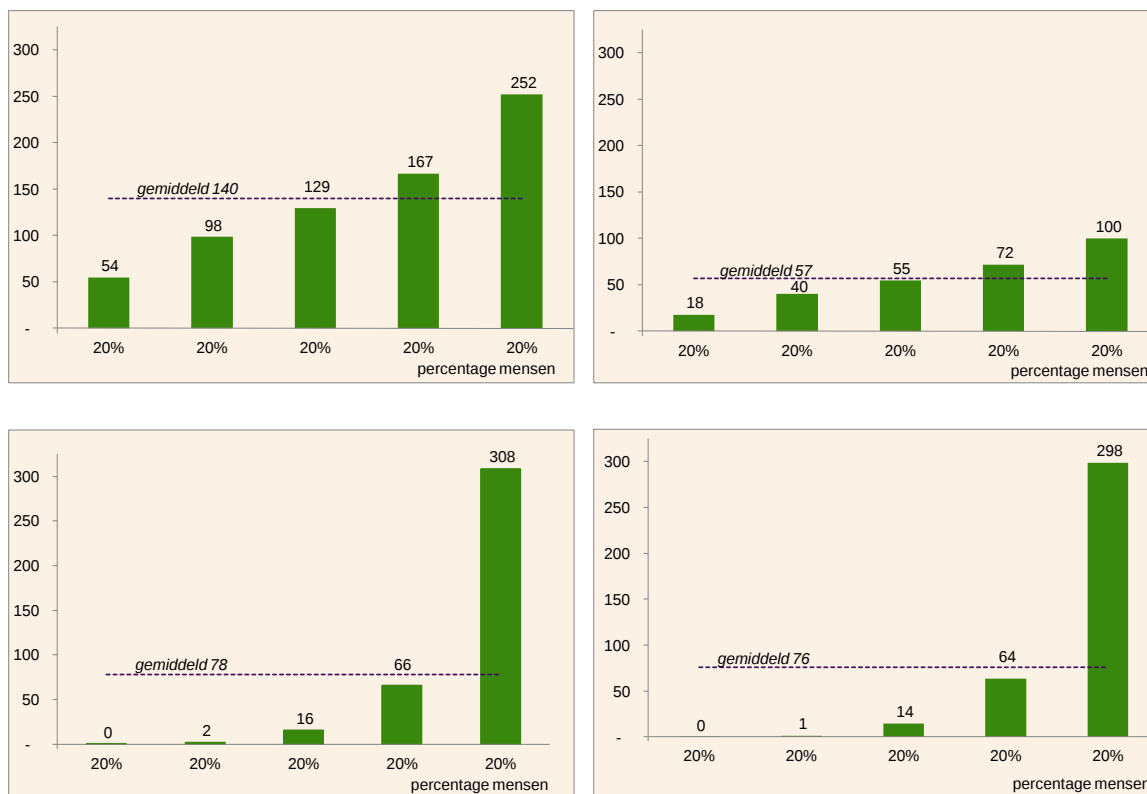
Tabel 10.2 Gemiddelde kosten van zorg over de levensloop voor ouderenzorg en curatieve zorg^a

	Ouderenzorg	Curatieve zorg	Totaal
	dzt euro		
	78	140	218
Kosten over levensloop	%		
Vanaf 70 jaar	97	41	61
In laatste 5 jaar	80	28	47
In laatste 2 jaar	54	20	32

^a Bron: Eigen berekeningen op basis van data van Wong (2012), gebaseerd op steekproef uit de ziekenfondspopulatie (inkomen lager dan circa 30.000 euro) voor ziektekosten en steekproef hele bevolking voor ouderenzorg, basisjaar 2005 geschaald naar uitgavenniveau 2012.

Niet alleen de verdeling over het leven is anders bij ouderenzorg, ook de verdeling over personen. Maar de kansverdeling verschilt. Bij de langdurige ouderenzorg maakt 20% van de mensen 80% van de kosten, bij de curatieve zorg 35% van de kosten. Zie de linkerhelften in figuur 10.1. De kans dat mensen te maken krijgen met hoge kosten voor ouderenzorg, is zeer scheef verdeeld. Veel schever dan bij de curatieve zorg. De helft van de bevolking maakt minder dan 180 euro per jaar (15.000 euro over de levensloop) aan kosten voor ouderenzorg. Daarentegen krijgt een op de vijf (20%) te maken met zeer hoge kosten, meer dan 300.000. Ter indicatie, opname in een verpleegtehuis kost gemiddeld 60.000 euro per jaar; een bedrag van 300.000 euro komt dus overeen met bijna vijf jaar opname in een verpleeginstelling. Dit is een bedrag dat ook voor hogere inkomens waard is om te verzekeren, zeker wanneer men al ouder is en de kosten nog maar over een beperkte tijdshorizon kan uitsmeren.

Figuur 10.1 Uitgaven aan collectief gefinancierde curatieve zorg (boven) en langdurige zorg (onder), over de hele levensloop (links) en vanaf 70 jaar (rechts), x1000 euro, niveaus 2012)



Bron: Eigen berekeningen op basis van de data van Wong (2011).

Deze cijfers over de kansverdeling laten zien dat de kosten van langdurige zorg sterk verschillen per individu. Het is niet zo dat iedereen op zijn of haar oude dag kan rekenen op vergelijkbare kosten voor verzorging en verpleging. Dus hoewel wij ruim de tijd hebben om ons voor te bereiden op de oude dag, is de onzekerheid over de kosten zeer groot. Dit maakt het ondoenlijk om te sparen voor de oude dag; het is weinig efficiënt als iedereen een spaarpotje aanlegt van 300.000 euro voor het geval langdurige zorg nodig is. Het is beter om deze hoge kosten te verzekeren.

10.3 De ouderenzorg vraagt solidariteit van jong met oud

De solidariteit van jong met oud spruit voort uit de omslagfinanciering waartoe in 1968 voor de nieuwe AWBZ werd gekozen. Alle ouderen die in 1968 hulpbehoevend waren, konden vanaf 1 januari 1968 een beroep doen op de regeling. De jongeren van destijds betaalden ervoor via een speciaal tarief in de inkomstenbelasting. Het voordeel van omslagfinanciering was dat de ouderen meteen konden profiteren, zij hadden een forse meevaller. Men hoefde niet eerst jarenlang door premiebetaling recht op zorg op te bouwen om er gebruik van te kunnen maken. En het leek goedkoop: er waren in 1968 nog heel weinig ouderen, dus het AWBZ-tarief was laag. Misschien is daarom wat al te snel gekozen voor een naar internationale maatstaven uitermate ruimhartige voorziening. Het Duitse equivalent, de *Pflegeversicherung*, kwam pas dertig jaar later tot stand toen het aantal ouderen al fors was toegenomen en is misschien daarom ook wel aanmerkelijk soberder.

Langdurige zorg in het regeerakkoord van Rutte II

De AWBZ wordt omgevormd tot een voorziening voor ouderen en gehandicapten met ernstige beperkingen, concreet alleen voor intramurale zorgzwaartepakketten 5-10. Met die zorg is ongeveer 12 mld euro gemoeid. De eigen bijdragen gaan licht omhoog door verhoging van de vermogensinkomens-bijtelling van 4% naar 12%.

De intramurale GGZ en de extramurale verpleging van samen krap 2 mld euro worden overgeheveld naar de Zvw.

Alle overige extramurale AWBZ-zorg ten bedrage van ongeveer 10 mld euro wordt overgeheveld naar de gemeentelijke Wmo. Het verandert daardoor van een verzekerd recht in een voorziening. De functie dagbesteding wordt als zodanig geschrapt. Aanspraak op persoonlijke verzorging is er alleen nog bij een indicatie langer dan 6 maanden, onder verdiscontering van een norm voor gebruikelijke zorg van 30 minuten per week. Het gaat gepaard met een taakstellende besparing van 1,6 mld euro.

In de Wmo wordt de bestaande aanspraak op huishoudelijke verzorging beperkt tot mensen met een laag inkomen, een besparing van 1,1 mld euro.

Alles duidt erop dat de vergrijzing nog wel een tijdje zal voortschrijden. Volgens het merendeel van de langetermijnscenario's zal het aantal ouderen tussen nu en 2040 ruwweg verdubbelen, terwijl het aantal premiebetalers grofweg gelijk blijft. Dan staan tegenover elke 75-plusser vier 15-64-jarigen. In 2010 was die verhouding nog een op acht. Vooral door de demografische ontwikkeling gaan de kosten voor langdurige zorg als percentage van het bbp de komende decennia ruim verdubbelen, van 4,1% van het bbp in 2010 naar 9% in 2040 (zie tabel 2.4). Naast bezuinigen op langdurige zorg zijn er drie manieren om deze stijging van de zorguitgaven te financieren.

Men kan de staatsschuld versneld aflossen door bijvoorbeeld nu hogere belastingen te heffen, of door te bezuinigen op de uitgaven voor sociale zekerheid of openbaar bestuur. De jongeren krijgen weliswaar te maken met een stijgende AWBZ-premie, maar daar staan wel dalende rentebetalingen op de staatsschuld en dus dalende belastingtarieven tegenover. De totale lastendruk voor jongeren kan zo gelijk blijven. De afgelopen kabinetten hebben deze route ingezet van versnelde aflossing van de staatsschuld door bezuinigingen over de hele breedte van de overheidsuitgaven, exclusief zorg. De CPB-analyse van de houdbaarheid van de overheidsfinanciën laat zien dat het houdbaarheidstekort door het (voorgenomen) beleid van de kabinetten Rutte I en II omslaat in een overschot. Die berekening gaat er overigens wel van uit dat het niveau van de zorg per persoon gelijk blijft. Voor een eventuele extra groei door kwaliteitsverhoging bestaat nog geen financiële 'dekking'.

Een in hoofdstuk 2 besproken alternatief voor aflossen van de staatsschuld is het invoeren van een naar leeftijd gedifferentieerde premie. Op die manier kunnen de lasten meer in lijn worden gebracht met het profijt per cohort en wordt geen –extra– beroep gedaan op de solidariteit van de jongere generaties. De kosten van hogere kwaliteit van de ouderenzorg worden dan ook via een hogere premie opgebracht door het cohort dat ook van deze kwaliteitsstijging profiteert. Dit heeft ook als voordeel dat discussie over de kwaliteit van de ouderen losgekoppeld wordt van discussie over de verdeling over generaties. In hoofdstuk 2 is becijferd dat ongewenste overdrachten tussen generaties voorkomen kunnen worden

door de premies voor ouderen in de toekomst meer te laten stijgen dan voor jongeren; voor een 80-jarige met 5 tot 9%-punt meer dan voor een 40-jarige.

Een geheel andere route is om mensen zichzelf te laten verzekeren voor zorgkosten op hun oude dag. Dat kan via private regelingen, maar ook via collectieve regelingen of door de overheid gestimuleerde regelingen. De verzekering en dus de premiebetaling zouden kunnen aanvangen op bijvoorbeeld 50-jarige leeftijd. Jongeren zijn vaak nog niet zo bezig met hun oude dag en zeker niet met de hulpbehoevendheid op zeer hoge leeftijd (zie hoofdstuk 6). Dat is ook de ervaring in de Verenigde Staten. Als men al een private ouderenzorg-verzekering sluit, dan is dat doorgaans pas op 60-jarige leeftijd.¹³¹ Een voordeel van een individueel verzekeringssysteem is dat ieder zelf een ambitieniveau voor de regeling kan kiezen. De een zal kiezen voor een ruime en dure regeling, de ander voor een soberder en goedkopere regeling. Deze verzekeringsvariant heeft wel weer het nadeel dat het verzekerde bedrag uiteindelijk te laag of te hoog kan blijken te zijn, bijvoorbeeld omdat ziektebeelden veranderen of de maatschappelijke normen over zorg verschuiven. Want het is een bijkomend voordeel van omslagfinanciering, dat de hoogte van de bijdragen van de jongeren elk jaar opnieuw kan worden aangepast, zodat ze precies aansluiten bij het niveau van de uitgaven voor de ouderen. Dat is de waarde van de intergenerationele verzekering.¹³²

10.4 Toegang tot de zorg

Alle stelsels van ouderenzorg kennen ook een element van solidariteit met de zwakkeren. In landen waar de ouderenzorg beperkt is tot een vangnetvoorziening voor de armsten, zoals in de VS en het Verenigd Koninkrijk, is dit zelfs de hoofdmoot: binnen elke leeftijdsgroep zijn het de rijken die betalen voor de verzorging van de armen. In het huidige Nederlandse stelsel ligt het een stuk genuanceerder. In beginsel heeft iedereen toegang tot dezelfde voorzieningen, arm én rijk. De AWBZ is een volksverzekering. Maar in de praktijk zien we dat de rijken minder vaak gebruik maken van de collectieve voorziening (zie figuur 10.2).¹³³ Veel gegevens zijn hiervoor niet beschikbaar, alleen de uitkomsten op basis van een klein aantal waarnemingen uit enquêtes van het Sociaal en Cultureel Planbureau.¹³⁴ Daaruit blijkt inderdaad dat van de gebruikers van ouderenzorg met een middelbare of hogere opleiding een op de drie de zorg helemaal privé betaalt, bij de lager opgeleiden gaat het om een op de acht van de zorggebruikers. Voor zover bekend gaat het dan wel om lichtere vorm van zorg in de vroegere fases van hulpbehoevendheid. De lager opgeleiden gebruiken overigens vaker informele zorg.

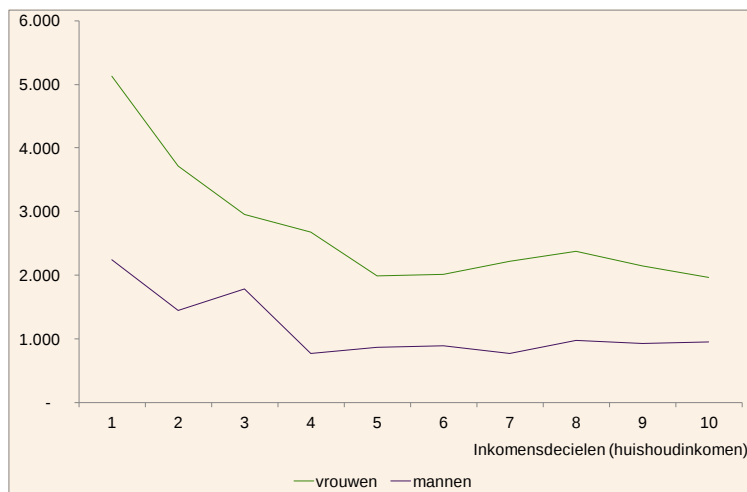
¹³¹ Brown en Finkelstein (2007).

¹³² Bovenberg en Van Ewijk (2011).

¹³³ In dit hoofdstuk beperken we ons tot de solidariteit aan de uitgavenkant, de zorgsolidariteit. Aan de inkomstenkant is ook sprake van solidariteit van rijk met arm, de premiesolidariteit, omdat de AWBZ-premie afhankelijk is van de hoogte van het inkomen. Dat solidariteitsaspect wordt besproken in hoofdstuk 3.

¹³⁴ Een combinatie van gegevens uit het Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek 2007 en uit Ouderen in Instellingen 2008.

Figuur 10.2 Verschillen in gebruik van ouderenzorg



Bron: Eigen berekeningen op basis van data van Wong (2011).

Het verschil in gebruik tussen hogere en lagere inkomens heeft deels te maken met de manier waarop de zorg wordt aangeboden. Gelijkheid staat daarbij voorop. De zorg is voor iedereen toegankelijk en met in beginsel dezelfde kwaliteit. Kenmerkend is ook dat de zorg overwegend 'in natura' wordt aangeboden. Wanneer wij zorg nodig hebben, krijgen we geen geld om het zelf te regelen, maar we krijgen zorg geleverd. En wel in een bepaalde, uniforme kwaliteit. Dat geldt voor de verzorging thuis die door de Wmo wordt geregeld, maar ook voor de extramurale en intramurale ouderenzorg die via de AWBZ lopen.

Waarom kiest men in de langdurige zorg vaak voor een uitkering in natura en minder vaak voor een uitkering in geld? Wellicht omdat het exploiteren van een publiek gefinancierd tehuis waarin de zorg voor iedereen gelijk is, goedkoper is. Wellicht ook omdat het aanbod van een uniforme bescheiden kwaliteit van verzorging mensen buiten de deur houdt die het niet echt nodig hebben (*self-targetting*). En ten slotte ook vanwege het bijzondere karakter van solidariteit in de zorg: Wij zijn bereid te betalen voor de zwakkeren op voorwaarde dat het geld nuttig besteed wordt, dus als overmatig gebruik (moreel gevaar) wordt voorkomen en als de zorg past bij specifieke solidariteit met de 'zwakkeren' zoals die maatschappelijk – en vooral door de hoge inkomens– wordt beleefd, ook wel *specific egalitarianism* genoemd. Hier vloeit een zeker paternalisme uit voort; we zijn solidair met de zwakkeren, maar alleen als zij het geld ook werkelijk besteden aan zorg en niet aan andere zaken waar zij wellicht meer nut aan ontleen, zoals een vakantie of schenking aan de kinderen.

De reden dat we er hier zo uitgebreid op ingaan is dat de voorkeuren over gelijkheid in de zorg medebepalend zijn voor de inrichting van het stelsel van ouderenzorg. Dit kunnen we toelichten aan de hand van figuur 10.3.

Figuur 10.3 Collectieve zorg variërend van niet restrictief (boven) tot zeer restrictief (onder).



Het minst restrictief zijn stelsels waarbij mensen die verzorging nodig hebben, worden gecompenseerd door een uitkering in geld die ze geheel vrij kunnen besteden (figuur 10.3, boven). Zo'n uitkering is erg gevoelig voor moreel gevaar; geld is altijd voor iedereen aantrekkelijk. Zo'n verzekering is daarom alleen mogelijk als er een heldere, objectieve vorm van indicatie bestaat. Bij de collectieve ouderenzorg komt deze vorm weinig voor. Een uitzondering is de Nederlandse uitkering uit hoofde van de Wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten. Meer gebruikelijk is een uitkering die besteed moet worden aan zorg, zoals het persoonsgebonden budget (pgb). Een verdere inperking is dat de uitkering alleen mag worden besteed aan gecertificeerde zorg. Zo'n constructie van uitkeringen in geld die alleen besteed mogen worden aan gecertificeerde zorg, worden ook wel persoonsvolgende budgetten (pvb's) genoemd. Dat geldt bijvoorbeeld voor de Duitse Pflegeversicherung.

Restrictiever zijn systemen waarbij de rekening van de zorgvoorzieningen wordt vergoed, een uitkering in natura dus. Soms mogen mensen zich dan wel onttrekken aan de collectieve voorziening door in plaats van de collectieve verzekering een private verzekering af te sluiten (*opting out*). Als men zich niet mag onttrekken aan de collectieve verzekering heeft de cliënt soms de vrijheid om extra kwaliteit van zorgdiensten, zoals een kamer alleen, bij te kopen (*topping up*). Soms biedt het collectieve stelsel helemaal geen enkele keuzevrijheid. Dan is men voor extra kwaliteit aangewezen op een volledig privaat gefinancierd tehuis, terwijl men premieplichtig blijft voor de collectieve verzekering. Dat is de meest restrictieve vorm van een collectieve zorgvoorziening (figuur 10.3, onder). De Nederlandse intramurale zorg valt in deze categorie.

Een belangrijke vraag is hoe de ouderenzorg zich in de toekomst zal ontwikkelen wanneer de kosten verder toenemen en de consument steeds hoger opgeleid is en kritischer wordt. Is dan nog steeds aan een stelsel met uniforme zorg vast te houden, of ontstaat er druk om de zorg af te stemmen op de uiteenlopende voorkeuren van mensen? Het idee van scheiding van wonen en zorg in de intramurale langdurige zorg zou een stap zijn in de richting van

differentiatie in zorg; mensen kunnen zelf beslissen over hun huisvesting, ook wanneer opname in een verzorgingshuis of verpleeghuis nodig is. Een verdere ontwikkeling in de richting van persoonsvolgende betalingen zou meer eigen keuze en eigen regie mogelijk maken. Ook is het denkbaar dat verschillende collectieven gaan ontstaan waarbinnen de zorg naar eigen voorkeuren wordt ingericht. In het slothoofdstuk komen wij hier op terug wanneer wij vier scenario's uitwerken voor de toekomstige ontwikkeling van de ouderenzorg.

Hoe werkt de uitkering in natura in de AWBZ?

Als moeilijk is vast te stellen wie echt zorg nodig heeft en hoeveel precies, neemt de waarde van verzekeren snel af (zie hoofdstuk 7). Hoe groter de kans op overmatig gebruik (moreel gevaar), hoe kostbaarder en inefficiënter de verzekering. Door strikte voorwaarden te verbinden aan de manier waarop de zorg wordt verleend, kan de kans op moreel gevaar worden ingeperkt en blijft de verzekering waardevol. De ervaring met de AWBZ illustreert dit.

Vooraf bij de extramurale zorg is het moeilijk om vast te stellen wie die zorg echt nodig heeft en wie niet. Dat blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat de objectieve indicaties afgegeven door het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ) vaak als bovengrens fungeren. De werkelijk verleende zorg in natura door de zorgaanbieders blijft daar met 50% van het maximum van de bandbreedte van de indicatie ver onder. Zou de uitkering in geld zijn verstrekt, dan had men een veel hoger bedrag moeten uitkeren, minimaal gelijk aan de onderkant van de bandbreedte van de indicatie.

Mannen gebruiken veel minder langdurige zorg dan vrouwen, onder andere omdat mannen als ze hulpbehoevend zijn, intensief en langdurig thuis worden verzorgd door hun (jongere) partners. Ook hiervoor geldt dat de feitelijke uitgaven aan zorg veel hoger zouden zijn geweest als de AWBZ geld uit zou keren in plaats van zorg in natura.

Het persoonsgebonden budget was uitdrukkelijk bedoeld om de zorgverlening minder restrictief te maken. De hoogte van de pgb-uitkeringen werd vastgesteld op 75% van de kosten van de zorg in natura. Desondanks leidde het tot een onverwacht snelle stijging van de uitgaven. Het SCP laat zien dat bijna de helft van de pgb-gebruikers geen zorg in natura zou hebben gebruikt als er geen pgb was geweest (Sadiraj e.a. 2011). Men spreekt hier van de vraagstimulerende werking van de pgb-regeling.

10.5 Ouderenzorg vraagt om verzekering

Mantelzorg

Wie op oudere leeftijd zorg nodig heeft, kan in beginsel vijf bronnen aanboren (zie figuur 10.4). In eerste instantie doet men meestal een beroep op zijn omgeving. Eerst op de partner, vervolgens op de kinderen en kleinkinderen als deze in de buurt wonen, burens en vrienden. Sociale netwerken zijn belangrijk als we ouder worden, zeker wanneer we in de toekomst gemiddeld minder kinderen hebben en de individualisering voortschrijdt. Vereenzaming ligt op de loer en als we het niet meer aan kunnen doen we het liefst een beroep op bekenden. Hulp aan elkaar biedt meerwaarde en versterkt de sociale band. Tot aan een zekere grens voorkomt het ook dat wij een beroep moeten doen op formele zorg.

Als anderen bijspringen, is dat een vorm van verzekeren. Het voorkomt dat men zelf kosten moet maken voor hulp en verzorging, anderen dragen bij. Mantelzorg is een vorm van verzekeren van ouderenzorg die vooral goed kan werken in de vroege stadia van hulpbehoevendheid. Het is een vorm van solidariteit tussen de gezonde en zieke mensen, in economische termen: risicosolidariteit. Het nadeel van deze 'verzekering in familieverband' is dat de *pool* van mensen over wie het risico wordt gespreid, erg klein is. Als de ouders

hulpbehoevend worden is dat voor de kinderen ook meteen een enorme belasting, zeker nu het aantal kinderen per gezin zo klein is geworden. Voordeel van deze ‘verzekering’ in kleine kring is weer wel dat iedereen elkaar door en door kent. Er is geen informatieasymmetrie, geen of bijna geen probleem van moreel gevaar.

In de praktijk zien we dat veel Europese landen expliciet een beroep doen op de kinderen bij de verzorging van de ouders. Nederland is in dit opzicht samen met Zweden een buitenbeentje. Welke oplossing wordt gekozen, is sterk afhankelijk van de geschiedenis en cultuur van een land. De sterke nadruk op intramurale zorg in Nederland heeft wortels in de woningnood na de Tweede Wereldoorlog, toen ouderen werden gestimuleerd naar het verzorgingshuis te gaan om zo woningen vrij te maken voor jonge gezinnen. Familiebanden zijn ook in het ene land sterker dan in het andere en kunnen ook in de loop der jaren veranderen. Wanneer in de toekomst minder kinderen in de buurt van hun ouders wonen en de kinderen bovendien later met pensioen gaan, wordt mantelzorg door de kinderen moeilijker en duurder. In plaats daarvan kunnen nieuwe sociale netwerken ontstaan waarin ouderen meer voor elkaar zorgen. Voor intensieve zorg liggen meer geïnstitutionaliseerde oplossingen voor de hand; afhankelijk van de samenleving wordt het voorbij een zeker punt maatschappelijk efficiënter om de zorg door professionals aan te laten bieden dan een beroep te doen op mantelzorg. Dan bestaat nog wel de optie, en in veel landen wordt die optie ook gebruikt, om de kinderen financieel aansprakelijk te stellen voor de verzorging van hulpbehoevende ouders.

Figuur 10.4 Vijf manieren om te voorzien in de behoefte aan ouderenzorg



Individueel sparen

Individueel sparen voor de hoge uitgaven aan eigen verzorging op latere leeftijd geeft iedereen in beginsel de mogelijkheid om de zorg later in te richten op de manier zoals hij dit wenst. Maar sparen voor een zo onzeker risico is niet erg doelmatig. Om voldoende geld te hebben voor de hoge uitgaven aan verzorging is een aanzienlijke spaarinspanning vereist. Het gaat om een bedrag in de orde van grootte van 300.000 euro. En zelfs als men dat bedrag bijeen heeft gespaard, is nog niet zeker dat het voldoende zal zijn. Voor het zover is kan het

rendement op het vermogen sterk zijn gedaald, zelfs negatief zijn, en kunnen de kosten van zorg boven verwachting zijn gestegen. Anderzijds is de kans dat iemand overlijdt zonder tegen het eind van het leven enige verzorging nodig te hebben, 40%. In dat geval is de hele inspanning nagenoeg voor niets geweest, althans minder waard, omdat het gespaarde bedrag meegaat in de erfenis.

Verzekeren is efficiënt.....

Verzekeren heeft grote waarde, zeker voor ouderenzorg. De kosten van verpleegzorg aan het einde van het leven kunnen tot enkele honderdduizenden euro's oplopen, maar de kans dat iemand er gebruik van moet maken is niet groot. Risico's van kleine kansen met grote gevolgen lenen zich bij uitstek voor verzekering. In hoofdstuk 7 is berekend dat het verzekeren van ouderenzorg een welvaartswinst oplevert die kan oplopen tot enkele tientallen procenten van het inkomen. Zolang iemand nog gezond is, betaalt hij graag premie, 'want het kan jezelf ook overkomen'. Een andere manier om er tegenaan te kijken is dat je je met de verzekering solidair toont met de mensen die niet meer zo gezond zijn. Daarnaast kan verzekeren ook noodzakelijk zijn om, als het nodig is, een beroep te kunnen doen op zorg (*access to care*).

.....maar de optimale verzekering is minder dan 100%

Niet alles hoeft verzekerd te worden. Allereerst zijn er lichtere vormen van verzorging die redelijk te voorzien zijn. Kleine kosten zijn gemakkelijker zelf op te vangen; verzekeren loont met name voor dure zorg. Het is tamelijk overbodig een verzekering af te sluiten voor zorg met lage kosten, de uitvoeringskosten zijn groter dan de baten. Temeer daar hulpbehoevenden gelijktijdig geld uitsparen op andere bestedingen; mensen gaan minder op stap, minder op vakantie en vaak gaan de fiets en de auto de deur uit. In hoofdstuk 7 hebben we gezien dat de gewenste verzekeringsgraad hierdoor aanzienlijk kan dalen. Dat geldt vooral voor de langdurige zorg; de consumptiepatronen veranderen meer bij langdurige hulpbehoevendheid dan bij ziekte.

Een andere reden om niet alles te verzekeren, of maar voor een deel te verzekeren, is de moeilijke objectiveerbaarheid van de noodzaak en van de hoogte van de kosten van zorg. De behoefte aan verzorging is minder eenduidig vast te stellen dan bijvoorbeeld de noodzaak van een chirurgische ingreep. Om vast te stellen of iemand hulp nodig heeft bij dagelijkse bezigheden, de *activities of daily living* (ADL), is wellicht nog redelijk goed te doen. Maar de vraag hoeveel hulp dan precies nodig is, is afhankelijk van zeer veel, ook subjectieve, factoren zoals de instelling van de patiënt en de beschikbaarheid van mantelzorg. Vooral bij de extramurale zorg blijkt het moeilijk om vast te stellen wie die zorg echt nodig heeft en wie niet (zie het tekstkader 'Hoe werkt de uitkering in natura in de AWBZ?'). Als moeilijk is vast te stellen wie recht heeft op zorg en hoeveel precies, neemt de waarde van verzekering snel af. Hoofdstuk 7 laat zien dat de optimale verzekeringsgraad zeer gevoelig is voor de elasticiteit die het ongewenste gedrag (moreel gevaar) weergeeft. Een stijging van deze elasticiteit van 0,2 naar bijvoorbeeld 0,4 leidt tot een daling van de optimale verzekeringsgraad met 10 tot 20%-punt. Dit geldt niet voor alle zorg. Zorg die samenhangt met een goed te indiceren ziekte, zoals de ziekte van Alzheimer, is wel te contracteren en leent zich beter voor verzekering.

Private verzekeringsmarkt imperfect

Private verzekeringen voor het langdurige-zorg risico zijn slecht ontwikkeld. Ook in landen waar de ouderenzorg beperkt is tot een sociaal vangnet, spelen private verzekeringen voor langdurige zorg een ondergeschikte rol. In het OESO gebied is de VS koploper. Daar wordt 7% van de intramurale ouderenzorg gefinancierd uit private verzekeringen, gevolgd door Japan met 5% en Duitsland met 2%.

Er is een aantal redenen waarom de private verzekeringen moeilijk van de grond komen.¹³⁵ Ten eerste zijn veel mensen kortzichtig en schuiven het regelen van de oude dag voor zich uit. Ten tweede zijn de kosten die voor bepaalde zorg nodig zijn, moeilijk te voorspellen en hangen bovendien af van de maatschappelijk normen. Wel is het mogelijk om in plaats van de zorgkosten een bepaald vast bedrag per indicatie te verzekeren; in dat geval moet de consument zien of dat bedrag tegen de kosten opweegt of niet. Ten derde kan ook het probleem van averechtse selectie een rol spelen, vooral wanneer de verzekering op hogere leeftijd wordt afgesloten. Wanneer mensen zelf mogen kiezen of en wanneer zij zich verzekeren, zullen zij dat pas doen op het moment dat zij hoge kosten in de nabije toekomst verwachten. Om dat tegen te gaan kan men verzekeringen voor de lange duur afspreken, die bijvoorbeeld ingaan op vijftigjarige leeftijd, wanneer mensen nog geen zicht hebben op de kosten die ze werkelijk gaan maken.

Een vierde mogelijke reden is dat mensen erop speculeren dat zij in geval van nood de kosten op anderen kunnen afwentelen, bijvoorbeeld op de omgeving (mantelzorg) maar vooral ook op de overheid in geval van een sociaal vangnet. Om precies dezelfde reden kan het zijn dat mensen ook weinig zelf sparen voor de ouderenzorg. Waarom zou je jezelf privaat verzekeren of sparen voor ouderenzorg als je weet dat je later die zorg ook gratis kunt krijgen? In de verzekeringstheorie heet dit het ex-ante moreel gevaar.

Een collectieve regeling

Een verplichte nationale verzekering, zoals in Nederland de AWBZ, is een effectieve manier om de eerste drie imperfecties op de private verzekeringsmarkt te bestrijden. Nicholas Barr (2010), de Engelse econoom die veel analyses van de welvaartsstaat op zijn naam heeft staan, noemde de langdurige zorg daarom *a suitable case for social insurance*. Bijziendheid en averechtse selectie krijgen door de verplichting geen schijn van kans. Door de collectieve voorziening op omslagbasis te financieren, is er elk jaar voldoende geld in kas, ook als de uitgaven onverwacht snel stijgen.

De collectieve regeling introduceert echter enkele nieuwe problemen, waarvan het ex-ante moreel gevaar het lastigste is. Welk systeem van collectieve ouderenzorg men ook bedenkt, altijd zal een inkomenstoets, al dan niet vergezeld van een vermogenstoets, er onderdeel van uitmaken. Want het stelsel zal hoe dan ook bescherming van een maatschappelijk acceptabel niveau moeten bieden voor mensen met een laag inkomen. Terwijl men mensen die over meer middelen hebben beschikt in het leven van de regeling uit zal willen sluiten. Als de regeling in de vorm gegoten wordt van een volksverzekering dan zal men van de hogere inkomens een bijdrage vragen. Voor hen is de optimale verzekering ook beduidend minder

¹³⁵ Cutler en Sheiner (1994) en Brown en Finkelstein (2007) bespreken de mogelijke redenen.

dan 100%, zo zagen we eerder. En die middelentoets (alleen op het inkomen of op het inkomen én het vermogen) zal altijd ontmoedigend werken. Het vooruitzicht dat vrijwillige besparingen voor een pensioen, vermogen of eigen huis, gaan wegvloeien aan eigen betalingen voor de collectieve regeling van ouderenzorg, zal velen weerhouden om zelf een voorziening te treffen. Hier is sprake van een duidelijk conflict tussen solidariteit en eigen verantwoordelijkheid.

Differentiatie in verzekeringen?

Er zijn vele tussenwegen mogelijk tussen een wereld zonder overheidsingrijpen en een wereld met een verplichte en uniforme landelijke verzekering voor ouderenzorg. Een tussenweg kunnen systemen zijn waarbij mensen automatisch, bijvoorbeeld op hun 50ste, worden verzekerd met de optie om deze verzekering zelf op te zeggen. Een dergelijke verzekering zou met het pensioen kunnen worden gecombineerd. Het kan de aanzet zijn voor een systeem dat bestaat uit drie lagen, enigszins gelijkend op het pensioenstelsel, met een landelijke basisvoorziening, semicollectieve regelingen op bedrijfs(tak)niveau en individuele voorzieningen.

Dat soort stelsels kunnen een oplossing bieden voor mensen die nu in een spagaat verkeren, ofwel gebruik maken van de AWBZ-voorzieningen, ofwel de zorg geheel zelf regelen. In de praktijk zien wij dat hogere inkomens zich maar beperkt verzekeren voor betere zorg dan collectief wordt aangeboden. Of dat komt door de slecht functionerende verzekeringsmarkt, of door mindere behoefte aan verzekeren is onbekend.

Differentiatie van verzekeringen is mogelijk door premie en uitkering te koppelen aan het inkomen; hogere inkomens betalen dan meer, maar krijgen er ook een ruimere verzekering voor terug. Dit kan in natura, maar het ligt meer voor de hand dat het stelsel zich beperkt tot uitkeringen in geld bij helder objectiveerbare ziekten en gebreken. Een dergelijk stelsel zou verbonden kunnen worden met het pensioenstelsel dat ook premie en uitkering verbindt aan het inkomen.

10.6 Inkomens- en vermogenstoets in de AWBZ

Eigen betalingen als remgeld voor extramurale zorg

Voor de moeilijker te indiceren extramurale zorg is een lagere verzekeringsgraad optimaal; dat gebeurt door eigen risico in te voeren of eigen betalingen. In dit geval als 'remgeld', nodig om het gebruik van de regeling af te remmen, het ex-post moreel gevaar. Maar mensen met een laag inkomen hebben onvoldoende middelen om bij te betalen aan de kosten van verzorging. Zij houden vaak alleen nog zakgeld over. Vanaf dat moment werkt het remgeld niet. Wil men moeilijk indiceerbare zorg uit sociaal oogpunt toch collectief aanbieden, ook aan mensen met een laag inkomen, dan moet dat noodgedwongen op een zeer restrictieve manier. Dat wil zeggen als zorg in natura, zonder keuzevrijheid, en met intensief toezicht op passend gebruik.

Eigen betalingen voor de intensieve verpleegzorg

Bij de intensieve verpleegzorg speelt het ex-post moreel gevaar een minder grote rol, de indicatiestelling is minder omstreden. Toch zijn er voor de intramurale AWBZ-zorg ook eigen bijdrageregelingen, afhankelijk van inkomen en vermogen. Dit kan worden gemotiveerd vanuit de gedachte dat de optimale verzekeringsgraad voor hoge inkomens lager is dan voor lage inkomens (zie hoofdstuk 7). Daar werden twee argumenten voor genoemd. Omdat voor hoge inkomens de kosten van ouderenzorg lager zijn in verhouding tot het inkomen is de onzekerheid beter op te vangen.¹³⁶ Het tweede argument is dat bij hoge inkomens de normale consumptie bij ziekte meer terugvalt dan bij lage inkomens. Beide argumenten volgen vanuit het perspectief van een optimale verzekering.

Het is overigens de vraag of deze argumenten in de praktijk de doorslag geven. Of is dat het draagkrachtargument: sterkste schouders moeten de zwaarste lasten dragen? Dat is strikt genomen geen goed argument. De eigen bijdrage wordt dan ingezet voor inkomenshervreiding en er is geen reden om juist het inkomen van de hulpbehoevenden onder de hoge inkomens te willen hervreiden. Hervreiding zou alle hoge inkomens moeten betreffen, zowel de gezonde als de ongezonde mensen. Hetzelfde geldt voor de eventuele afroeping van vermogens.

Bij de berekening van de eigen bijdrage wordt zowel gekeken naar het inkomen uit arbeid, uitkering, pensioen en eigen woning (box 1), als naar het toegerekende (forfaitaire) inkomen uit vermogen (box 3). Het inkomen uit vermogen wordt dus op gelijke voet behandeld met het inkomen uit pensioenen en eigen woning. Wel is de vraag hoe hoog het toegerekende inkomen op vermogen moet zijn voor een neutrale behandeling van de verschillende inkomensbronnen. Eigenwoningbezit kent een laag toegerekend inkomen in de vorm van de huurwaarde en aan financieel vermogen wordt in box 3 een inkomen van 4% toegerekend. Deze situatie wordt schever met de maatregel van het kabinet Rutte II om het toegerekende inkomen van financieel vermogen voor de AWBZ en de Wmo met ingang van 2013 te verhogen van 4 naar 12%. De behandeling voor de eigen woning en pensioenen blijft ongewijzigd. Omdat het feitelijke rendement op vermogen dicht bij de buurt van de 4% zal liggen, betekent het concreet dat hulpbehoevende ouderen elk jaar ongeveer 8% van het vermogen moeten aanspreken om aan de betalingsverplichting te kunnen voldoen. Formeel is er geen vermogenstoets, maar de forfaitaire bijtelling van 12% gaat wel in die richting. Na een verblijf van enkele jaren in een verzorgingshuis of verpleegtehuis is het vermogen dat beschikbaar is voor een erfenis, aanzienlijk geslonken.¹³⁷

Vermogenstoetsen en ex-ante moreel gevaar

Vermogenstoetsen zijn altijd omstreden geweest, mede omdat ze het treffen van een vrijwillige voorziening ontmoedigen. Indertijd gold voor opname in een verzorgingshuis wel een vermogenstoets, inclusief het eigenwoningvermogen, voor opname in een verpleeghuis niet. Die discrepantie is in 1996 weggenomen door de vermogenstoets voor

¹³⁶ Dat geldt voor de huidige collectieve zorg; het is niet zeker dat dit overeenkomt met de gewenste zorg, zie de passage over differentiatie in verzekeringen in de voorgaande paragraaf.

¹³⁷ Het jaarlijkse pensioen is feitelijk een lijfrente die ontleend wordt aan het pensioenvermogen. Om de eigen woning en het financiële vermogen op gelijke voet te behandelen met pensioen zou men moeten berekenen welke lijfrente men met de eigen woning en het financiële vermogen zou kunnen kopen, en die lijfrente als inkomen aanmerken.

verzorgingshuizen te schrappen. Nu komt de vermogenstoets in afgezwakte vorm weer terug. Een vermogenstoets ontmoedigt sparen, want bij opname in een verzorgingshuis 'raak je het toch kwijt'. Indertijd was het gebruikelijk dat mensen in de jaren voor ze naar een verzorgingshuis gingen, het eigen huis aan de kinderen schonken. Daar staat tegenover dat een vermogenstoets voor de kinderen die een erfenis verwachten, een reden kunnen zijn om de verzorging van de ouders zelf ter hand te nemen.¹³⁸

10.7 Keuzes voor de toekomst

We hebben allemaal in verschillende fasen van ons leven met ouderenzorg te maken. Als kind gaan we op bezoek bij hulpbehoevende grootouders. Later krijgen we te maken met de zorgvraag van onze ouders. Nog weer later hebben we zelf hulp nodig.

Anders dan bij de curatieve zorg hebben we bij de ouderenzorg ruim de tijd om ons erop voor te bereiden. We kunnen ervoor sparen of we kunnen de zorg verzekeren. De hoeveelheid zorg die we nodig kunnen hebben, is erg onzeker. De kans is groot dat we nauwelijks of geen beroep op betaalde zorg hoeven te doen, maar er is ook een kans dat we aangewezen raken op intensieve verzorging en hoge kosten moeten maken. Deze onzekerheid ten aanzien van hoge zorgkosten vraagt om verzekering. Sparen is niet efficiënt. Zeker niet voor de grote kosten, zoals meerjarige opname in een verpleeghuis. Sparen zou wel kunnen voor de alledaagse zorg, maar het is de vraag of dat nodig is. Wanneer we hulpbehoevend worden, vallen meestal andere bestedingen weg. Zorg komt in de plaats van de vakantie, de rollator komt in plaats van de fiets en de auto. Zorg kan bovendien worden opgevangen door de omgeving, de partner, kinderen, burens en vrienden.

Verzekeringen voor ouderenzorg komen op de vrije markt moeizaam tot stand. Als we deze verzekeringen toch willen, dan is overheidsingrijpen nodig. Dat kan via collectieve verzekeringen die voor iedereen toegang tot de zorg garanderen. Het kan ook via individuele of groepsgewijze verzekeringen, afgestemd op de verschillende voorkeuren van mensen. Dergelijke verzekeringen zouden, net als pensioen, door de overheid gestimuleerd kunnen worden of zelfs verplicht gesteld. Zo'n verzekering hoeft niet van jongs af te worden genomen; rond het vijftigste levensjaar –wanneer men uit de jonge kinderen is– kan een goed moment zijn om over de oude dag na te denken. Rond die leeftijd begint men zich vaak bewust te worden van de hulpbehoevendheid die in het verschiet ligt.

Of men kiest voor een collectieve verzekering met brede toegang tot de zorg, of meer individuele oplossingen met verzekeringen op maat, hangt af van de maatschappelijke voorkeuren. Welke oplossing voor de toekomst voor de hand ligt, is niet te voorspellen; dat hangt van veel maatschappelijke en economische factoren af. Internationaal zien we veel verschillende oplossingen voor de ouderenzorg, variërend van sterke collectieve stelsels, zoals in Nederland, tot volledig individuele stelsels waarin de ouderenzorg de verantwoordelijkheid is van de mensen zelf en van hun kinderen. Ook zien wij verschillen in de ruimte die aan de patiënt wordt gelaten voor het invullen van de zorg. Vaak wordt de zorg

¹³⁸ Bernheim e.a. (1985).

‘in natura’ aangeboden als een basisvoorziening die voor ieder gelijk is. Maar soms wordt ook meer ruimte gegeven aan eigen invulling, bijvoorbeeld door verzekering uit te laten keren in geldbedragen of persoonsgebonden budgetten.

De verhouding tussen collectieve regelingen en individuele verzekeringen, tussen voorzieningen in natura of ruimte voor eigen keuze, en tussen stelsels met grote of kleine eigen risico's, is uiteindelijk een politieke keuze; dit hangt niet alleen af van verzekeringstechnische overwegingen, maar ook van de maatschappelijke opvattingen over solidariteit en gelijkheid. Het volgende hoofdstuk schetst enkele plausibele en consistente keuzes.

Literatuur

ActiZ, 2012, Werk aan de winkel; Inzichten vanuit de Benchmark in de Zorg 2012, Utrecht.

Barr, N., 2010, Long-term care: a suitable case for social Insurance, *Social policy & administration*, vol. 44, nr. 40, pag. 359-374.

Bernheim, B.D., A. Shleifer en L.H. Summers, 1985, The Strategic Bequest Motive, *Journal of Political Economy*, vol. 93, nr. 6, pag. 1045-1076.

Bovenberg, A.L en C. van Ewijk, 2011, Designing the pension system: Conceptual framework, in: L. Bovenberg, C. van Ewijk en, E. Westerhout (eds), *The future of multi-pillar pensions*, Cambridge University Press, Cambridge, pag. 142-186.

Bovenberg, A.L., W. Koelewijn en N. Kortleve, 2011, Naar een dynamisch pensioen,, *Economisch Statistische Berichten*, vol. 96, nr. 4618, pag. 542-545.

Brown, Jeffrey R. en Amy Finkelstein, 2007, Why is the market for long-term care insurance so small?, *Journal of Public Economics*, vol. 91, pag. 1967-1991.

Cutler, David M. en Louise Sheiner en Finkelstein, 1994, Policy Options for Long-Term Care, in: David A. Wise (ed.), 1994, *Studies in the Economics of Aging*, University of Chicago Press.

Ewijk, Casper van, 2012, Langdurige zorg: vooral een verzekeringsprobleem, in: F.T. Schut en M. Varkevisser (eds), *Een economisch gezonde gezondheidszorg, KVS Preadviezen 2012*.

Klerk, M. de, 2011, Zorg in de laatste jaren; Gezondheid en hulpgebruik in verzorgings- en verpleeghuizen 2000-2008, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag.

OECD, 2011, Health at a glance, Paris.

Sadiraj, Klarita, Debbie Oudijk, Hetty van Kempen en John Stevens, 2011, De opmars van het pgb, De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief, Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag

Wong, A., 2012, Describing, Explaining and Predicting Health Care Expenditures with Statistical Methods, Proefschrift, UvT.

Ons hele leven lang is onze gezondheid belangrijk, genietend van goede jaren, of kampend met een zwakke gezondheid. Ons leven lang is de gezondheidszorg belangrijk, we maken er gebruik van en betalen ervoor. Niets wijst erop dat in de toekomst gezondheid en zorg in belang zullen afnemen. Integendeel, wij worden steeds ouder, maar ook chronische ziekten nemen toe; de medische mogelijkheden nemen toe, maar de zorg legt ook een steeds groter beslag op onze bestedingen.

Toekomst voor de zorg laat zien voor welke keuzes de Nederlandse samenleving wordt geplaagd: keuzes over de inrichting van het zorgstelsel en over de hoogte van de bijdrage. Keuzes die sterk op ons afkomen als consumenten steeds kritischer worden en de medische technologie voortschrijdt.

Toekomst voor de zorg is geschreven voor iedereen die wil meedenken over de toekomst voor de Nederlandse gezondheidszorg.

Dit is een uitgave van:

Centraal Planbureau (CPB)
Postbus 80510 | 2508 GM Den Haag
(070) 338 33 80 | www.cpb.nl | info@cpb.nl

Gedrukt door:

De Swart BV
Postbus 53184 | 2505 AD Den Haag
(070) 308 21 21 | www.kds.nl | info@kds.nl

Maart 2013 | ISBN 978-90-5833-589-0

