



## UvA-DARE (Digital Academic Repository)

### Solidariteit en keuzevrijheid in de ouderenzorg

Besseling, P.J.; van Ewijk, C.

*Published in:*  
Verpleegzorg 2025 een nieuw perspectief

[Link to publication](#)

*Citation for published version (APA):*

Besseling, P. J., & van Ewijk, C. (2016). Solidariteit en keuzevrijheid in de ouderenzorg. In *Verpleegzorg 2025 een nieuw perspectief* (pp. 144-147). Utrecht: Waardigheid en Trots.

#### General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

#### Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <http://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

# Solidariteit en keuzevrijheid in de ouderenzorg

## Centraal Planbureau

### Auteur:

Paul Besseling,  
Casper van Ewijk

Ouderenzorg is moeilijk particulier te verzekeren, daarom is een collectieve voorziening van grote waarde. In deze collectieve verzekering is variatie wenselijk. Voor mensen met een hoog inkomen volstaat een beperkte verzekering die geld uitkeert, doch slechts voor helder verifieerbare grote schade, zoals bij dementie. Lagere inkomens hebben behoefte aan een ruimere dekking van de kosten van ouderenzorg. Een vangnetvoorziening in natura met ruimte voor maatwerk en strikt toezicht op gepast gebruik kan daar in voorzien.

### 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? En vooral, hoe kunnen we elementen van keuzevrijheid combineren met de zo noodzakelijke solidariteit. Daarvoor is het zaak om eerst stil te staan bij de drie verschillende kanten van solidariteit in de ouderenzorg en wat dat betekent voor de inrichting van het stelsel. Daarna schetsen we de contouren van een mogelijk toekomstig stelsel.

### 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.

Alles duidt erop dat de vergrijzing nog wel een tijdje zal voortschrijden. Volgens het merendeel van de langetermijnsscenario's zal het aantal ouderen tussen nu en 2040 ruwweg verdubbelen, terwijl het aantal premiebetalers grofweg gelijk blijft. Rond 2040 zou een vrijwel stationaire bevolkingsopbouw bereikt worden. 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 alle vormen van langdurige zorg als percentage van het bbp de komende decennia ruim verdubbelen, van 4,1 procent van het bbp in 2010 naar 9 procent in 2040.

### Solidariteit van rijk met arm: in geld of in natura?

Alle stelsels van ouderenzorg worden gekenmerkt door

solidariteit van rijk met arm: juist aan de armen wordt zorg verleend die ze uit eigen middelen nooit hadden kunnen betalen. Eerder noemden we dit de zorgsolidariteit: het streven naar een uniforme kwaliteit van zorg voor iedereen. Oorspronkelijk was ouderenzorg ook armenzorg. In landen als de VS en Engeland is de ouderenzorg nog altijd beperkt tot een vangnetvoorziening voor de armsten, andere landen hebben de ouderenzorg verbreed. Nederland is daar wel het duidelijkste voorbeeld van. Sinds 1968 heeft iedereen in beginsel toegang tot hetzelfde, naar internationale maatstaven hoge, niveau van ouderenzorg. De AWBZ is een volksverzekering. In de praktijk zien we wel dat de rijken minder vaak gebruik maken van de collectieve voorziening. Mogelijk hebben ze vanwege een gemiddeld betere gezondheid minder behoefte aan zorg, maar het valt ook op dat ze er vaker de voorkeur aan geven om hun eigen verzorging te organiseren en dat uit eigen zak te betalen. Dat ouderen met een hoger inkomen vaker de zorg zelf regelen heeft deels te maken met de restrictieve manier waarop de zorg wordt verleend, namelijk in natura en niet in geld.

Waarom kiest men in de langdurige zorg vaak voor een variant van de 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. Dit heet het zelfselecterend vermogen van uitkeringen in natura, een belangrijk ingrediënt in elke zorgverzekering. Maar waarschijnlijk ook omdat de solidariteit van rijken met armen haar grenzen kent. De rijken zijn bereid bij te dragen op voorwaarde dat het geld nuttig besteed wordt, dat wil zeggen op een manier die de gévers nuttig vinden.

*Figuur 1: Keuzevrijheid in de collectieve zorg, variërend van veel (boven) tot geen (onder).*



Het minst restrictief zijn stelsels waarbij mensen die verzorging nodig hebben gecompenseerd worden door een uitkering in geld die ze geheel vrij kunnen besteden (Figuur 1). Een dergelijke uitkering is feitelijk onderdeel van het sociale zekerheidsstelsel, nog beter van het totale pakket van belastingen, premies en uitkering, het tax benefit system. Bij de collectieve ouderenzorg komt deze vorm weinig voor. Een uitzondering was 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 Budgetten

(PGB's). Een verdere inperking is dat de uitkering alleen besteed mag worden 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 uitkeringen van de Duitse Pflegeversicherung.

Restrictiever zijn systemen waarbij de rekening van de zorgvoorzieningen vergoed wordt, 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 1, onder). De Nederlandse intramurale zorg valt in deze categorie.

Solidariteit van gezond met ziek: een verzekerbaar risico? De derde vorm van solidariteit is die van 'gezonder' met 'zieker', de risicosolidariteit. Binnen elke leeftijdsgroep, en daarbinnen weer binnen elke inkomensgroep, betalen de mensen die geen zorg nodig hebben voor de hulp aan hen die het wel nodig hebben. En deze risicosolidariteit is van grote waarde. Immers, het aantal mensen dat hulp nodig heeft (= de kans dat het risico optreedt) is niet al te groot. Maar als het risico optreedt gaat het doorgaans om zeer grote uitgaven. Door dit risico te poolen in een collectieve regeling wordt het risico voor iedereen beheersbaar. Daar heeft iedereen baat

van. Zolang iemand nog gezond is betaalt hij graag premie, 'want het kan jezelf ook overkomen'. Van Ewijk et al (2013) hebben berekend dat de zekerheid die de AWBZ biedt over de levenscyclus een waarde vertegenwoordigt van 90 mld euro. Dit cijfer representeert alleen de waarde van het wegnemen van de financiële onzekerheid. Daarnaast zorgt de collectieve verzekering er ook voor dat de dure vormen van ouderenzorg zoals de langdurige verpleegzorg toegankelijk worden. Dat is dubbele bonus. Nicholas Barr (2010) noemde de langdurige zorg 'a suitable case for social insurance'.

Wat betekent dit voor de toekomst van de ouderenzorg? De hoofdconclusie is dat bij de inrichting van het stelsel van ouderenzorg hoe dan ook een grote rol is weggelegd voor verzekeringen. De kans dat iemand hulpbehoevend wordt is zo onzeker, de kosten van de benodigde zorg zijn dan zo hoog en de behoefte komt zo laat in het leven aan het licht dat verzekeren hoogst noodzakelijk is. Het kan de vorm krijgen van een collectieve verzekering zoals de AWBZ en de Wmo, een semicollectieve verzekering zoals de aanvullende pensioenen, een private verzekering in de vorm van een lijfrente of een 'verzekering in familieverband', als het maar een verzekering is. Er zijn wel verschillen tussen bevolkingsgroepen. De waarde van de verzekering is vooral hoog voor mensen met een laag inkomen. Het lage inkomen is doorgaans net voldoende voor de aanschaf van elementaire zaken. Het krappe huishoudbudget biedt geen ruimte om inkomenschokken op te vangen op het moment dat men hulpbehoevend wordt. En uit sociaal oogpunt is het niveau van ouderenzorg zo hoog dat mensen met een laag inkomen het zelfs met de beste wil van de wereld niet uit eigen zak kunnen betalen. Een collectieve regeling is feitelijk de enige optie. Hooguit kan het aangevuld worden met een bijdrage van de kinderen aan de zorgverlening (mantelzorg).

Figuur 2: Vijf manieren om te voorzien in de behoefte aan ouderenzorg



De collectieve regeling stuit wel op de problematiek die alle verzekeringen kenmerkt, vooral het moreel gevaar: de verzekering dreigt de zelfredzaamheid in brede zin te ondergraven. Om er zeker van te zijn dat de zorg terecht komt bij diegenen die het echt nodig hebben en dat het geld ook daadwerkelijk besteed wordt aan zorg ligt een restrictieve manier van zorgverlening in natura voor de hand. Om maximaal de zelfredzaamheid van de cliënten en de bijdragen van verwanten in te kunnen zetten is maatwerk nodig.

Voor mensen met een hoog inkomen ligt het anders. Voor hen is verzekeren ook waardevol, maar op een beduidend lager niveau. Door het hoge inkomen is men iets beter in staat schokken op te vangen binnen het huishoudbudget.

Daar komt bij dat een aantal reguliere uitgaven zoals voor verre reizen komen te vervallen op het moment dat men hulpbehoevend wordt. Daarom hoeven niet alle uitgaven aan zorg gedekt te worden door de verzekering. Dit schept ruimte om ook andere manieren van financiering aan te spreken dan de collectieve verzekering in natura.

Zo kan men denken aan een aanvullende ouderenzorg verzekering, vergelijkbaar met de aanvullende pensioenregelingen, waarbij mensen vanaf de leeftijd van bijvoorbeeld 50 jaar deelnemen en die geld uitkeert vanaf het moment dat iemand ernstig hulpbehoevend wordt. Door de uitkering in de vorm te gieten van een persoonsvolgend budget, niet in natura, krijgen de hulpbehoevenden de regie in handen over de inrichting van het zorgproces, iets waar in toenemende mate behoefte aan is. Overmatig gebruik van de regeling wordt bestreden door alleen uit te keren in geval van ernstige hulpbehoevendheid, en door de uitkering op een aanmerkelijk lager niveau vast te stellen dan de feitelijke kosten van zorg.

Het is niet de enige optie, er zijn er meer. En de verhouding waarin men de collectieve basisregeling met uitkeringen in natura en de aanvullende regeling met een vorm van persoonsvolgende budgetten wil combineren is uiteindelijk een politieke keus, omdat het niet alleen afhangt van allerlei verzekeringstechnische overwegingen maar ook van de vraag hoe solidair men wil zijn.

## Literatuur

Van Ewijk et al (2013)

Nicholas Barr (2010)