

De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland

Het Nederlandse stelsel van langdurige zorg is duur. Vergelijking met het Duitse stelsel laat zien dat een hogere eigen bijdrage in combinatie met eigen regie bevorderlijk is voor de houdbaarheid van de langdurige zorg.

Nederland betaalt nu al het meeste van alle Europese landen voor langdurige zorg, terwijl de echte vergrijzing nog moet komen. Terwijl in Duitsland de kosten voor langdurige zorg zullen oplopen van 1,0 procent bbp in 2010 tot 2,4 procent bbp in 2060, in Frankrijk van 1,5 tot 2,2 procent en gemiddeld in Europese Unie van 1,3 procent tot 2,4 procent, stijgen de kosten in Nederland van 3,5 procent naar 8,1 procent (Europese Commissie, 2009). Scandinavische landen zoals Zweden kennen een vergelijkbaar uitgavenniveau als Nederland, maar de stijging is daar de komende decennia aanzienlijk minder (figuur 1).

In de omringende landen wordt veel meer verantwoordelijkheid en keuze bij mensen zelf neergelegd (Van Asselt *et al.*, 2011). Alleen Zweden kent net als Nederland een individueel recht op zorg. Landen als Duitsland, Oostenrijk, Italië en Frankrijk geven mensen een tegoedbon of budget dat ze zelf mogen aanvullen en leggen zo meer verantwoordelijkheid bij mensen zelf. In die landen biedt de lokale overheid voor de minder draagkrachtigen een vangnet. Naast de financiële houdbaarheid van de langdurige zorg is ook de beschikbaarheid van voldoende arbeidskrachten in de zorg van belang wanneer de arbeidsmarkt verkrapt door de vergrijzing. Nu werkt al 15,1 procent van de beroepsbevolking in de zorg ofwel 1,3 miljoen mensen. De komende vijftien à twintig jaar zijn bijna 400.000 werknemers extra nodig, voornamelijk vanwege de groei van de langdurige zorg, terwijl het arbeidsaanbod krimpt (Tweede Kamer, 2011; Van der Lucht en Polder, 2010). Een dergelijke onttrekking van arbeidskrachten uit andere sectoren kan tot forse spanning op de arbeidsmarkt en daarmee tot looninflatie leiden. De ramingen van de Europese Commissie (2009) gaan overigens uit van de veronderstelling dat de lonen en productiviteit gelijke tred zullen houden. Bij looninflatie dienen de ramingen voor de zorg dus nog verder naar boven bijgesteld te worden.

De private bijdrage voor de kosten van gezondheidszorg in de vorm van eigen bijdragen, eigen risico en aanvullende zorgverzekeringen, zijn in Nederland lager dan in de omringende landen (figuur 2). Om de langdurige zorg betaalbaar en daardoor toegankelijk

te houden, kan Nederland leren van Duitsland waar de bevolking verder vergrijsd is, maar waar de kosten aanzienlijk lager zijn dan in Nederland. In Duitsland kent men een sociale verzekering voor langdurige zorg, maar zijn de kosten beperkt doordat thuiszorg gestimuleerd wordt. Ook wordt in Duitsland een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid gedaan door hogere eigen betalingen. Door beide zorgsystemen te analyseren en met elkaar te vergelijken kunnen enkele aanbevelingen worden gedaan.

De langdurige zorg in Nederland

De AWBZ kent vijf soorten zorg, ofwel zorgfuncties. Het betreft persoonlijke verzorging, verpleging, begeleiding, verblijf in een verpleeghuis of verzorgingshuis, en hulp om te genezen. In 2009 ontvingen 621.000 personen thuis zorg uit de AWBZ of WMO, terwijl 246.000 personen verbleven in een intramurale AWBZ-instelling. Van de personen die in een verpleeg- of verzorgingstehuis verblijven, is 86 procent ouder dan 75 jaar. De rest van de personen die intramurale zorg krijgen, verblijft in een instelling voor gehandicapten- of jeugdzorg of een instelling voor geestelijke gezondheidszorg. Zorg zonder verblijf wordt of als zorg in natura geleverd of via een persoonsgebonden budget (pgb) ontvangen in de vorm van een geldbedrag, waarmee men zelf kan bepalen waaraan het geld besteed wordt. Op het pgb is de eigen bijdrage al in mindering gebracht. Tussen 1998, toen het pgb werd ingevoerd, en 2008 nam het aantal pgb-houders toe van 10.000 tot 109.000 personen. De AWBZ-premie is inmiddels opgelopen tot 12,15 procent van het bruto-inkomen exclusief een rijksbijdrage. Er zijn twee soorten eigen bijdragen, de lage voor zorg zonder verblijf en voor intramurale zorg als een van de partners in de woning achterblijft, en de hoge voor andere intramurale zorg. De lage eigen bijdrage is per 1 januari 2011 minimaal 145 euro en maximaal 764 euro per maand. De hoge eigen bijdrage is maximaal 2094 euro per maand.

De langdurige zorg in Duitsland

Duitsland kent sinds 1995 een sociale verzekering voor langdurige zorg, de zogenaamde *Pflegeversicherung*. Voor die tijd waren langdurig zieken voor de kosten van verpleging en verzorging vooral aangewezen op de bijstand. Anders dan in Nederland zijn Duitse zelfstandigen niet van rechtswege verzekerd voor deze verzekering en zij worden geacht een private verzekering af te sluiten op kapitaaldeckingsbasis. Vergelijkbaar met Nederland vindt de financie-

RAYMOND GRADUS
Hoogleraar aan de Vrije
Universiteit Amsterdam en
directeur van het Wetenschappelijk
Instituut voor het CDA.

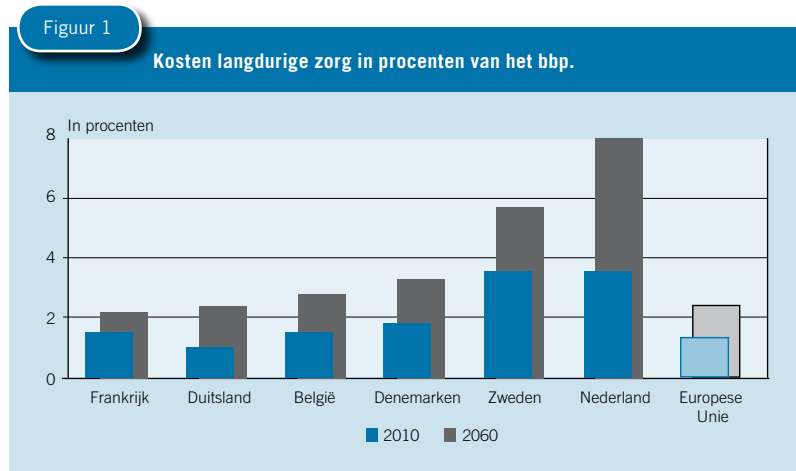
EVERT JAN VAN ASSELT
Plaatsvervangend directeur
van het Wetenschappelijk
Instituut voor het CDA

ring plaats via het bruto inkomen van verzekerden volgens een *pay-as-you-go*-systeem. Opvallend is dat de premie afhangt van het hebben van kinderen, omdat huishoudens met kinderen minder snel een beroep op langdurige zorg zullen doen (Heinicke en Thomsen, 2010). Voor huishoudens zonder kinderen bedroeg in 2008 de premie 2,2 procent van het bruto-inkomen en voor huishoudens met kinderen 1,9 procent. De aanspraken zijn minder ruim dan de Nederlandse. Zo zijn er vergoedingen voor verpleging en verzorging, maar niet voor huisvesting, activering en begeleiding. Eind 2007 waren in Duitsland 2,25 miljoen personen, op een bevolking van ruim 82 miljoen, aangewezen op deze sociale verzekering (Blinkert en Gräf, 2009). Mensen hebben in Duitsland recht op langdurige zorg als assistentie nodig is bij essentiële taken zoals lopen, huishouden, voeding en verzorging. De indicatie is vooral gericht op het lichamelijk functioneren. Daardoor hebben mensen met psychische problemen slechts beperkt recht op vergoeding. Wel zijn de regels om dementen toe te laten in 2008 verruimd. Men komt alleen in aanmerking voor een indicatie als men voor minstens zes maanden een aanzienlijke hoeveelheid hulp nodig heeft. Er zijn daarbij drie zorgzwaartecategorieën samengesteld, zowel voor extramurale als intramurale zorg. Dit zijn categorie I: eenmaal per dag hulp nodig, categorie II: driemaal per dag hulp nodig en categorie III: elk uur hulp nodig. Intramurale gehandicapten komen in aanmerking voor de Pflegeversicherung. Men kan opteren voor drie soorten zorg: intramurale zorg, tegoedbonnen of uitbetaling in geld in de vorm van een soort mantelzorgkostenforfait. Van intramurale zorg in Duitse verpleeg- of verzorgingshuizen wordt circa 75 procent van de verplegings- en verzorgingskosten vergoed. Dit betekent dat er sprake is van een forse eigen bijdrage. Omdat wonen en zorg gescheiden zijn, betaalt iemand in een verpleeg- of verzorgingstehuis daarbovenop nog circa 600 euro voor kost en inwoning (Ministerie van Financiën, 2010). Zij die dat niet kunnen opbrengen, kunnen terugvallen op de bijstand. Men kan ook kiezen voor extramurale zorg in de vorm van tegoedbonnen, die in 2010 een geldbedrag per maand representeren van 450 euro voor niveau I, 1100 euro voor niveau II tot 1550 euro voor niveau III. Deze tegoedbonnen kunnen alleen ingeleverd worden bij een Agentschap voor ambulante zorg, dat op zijn beurt verplegers en verzorgers contracteert. Daarnaast kan men in Duitsland eveneens kiezen voor een mantelzorgkostenforfait, dat vijftig procent lager is dan de waarde van de tegoedbonnen. Over dit forfait hoeft geen verantwoording te worden afgelegd. Als de tegoedbonnen niet geheel zijn opgemaakt, kan ook voor

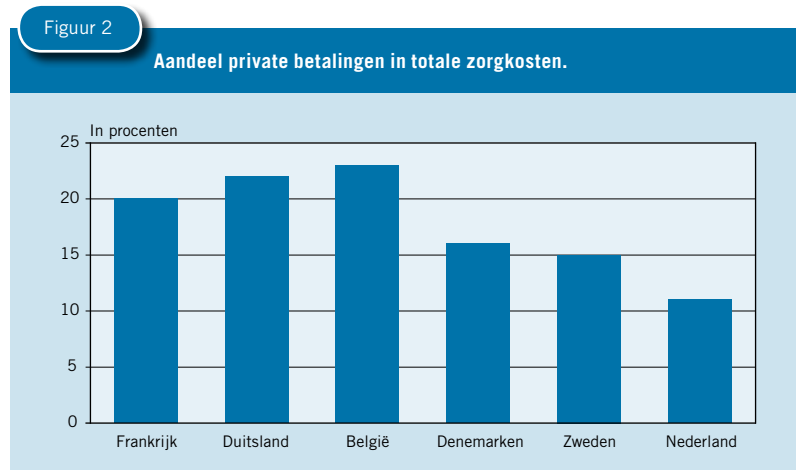
De kans dat een oudere boven 65 jaar in een Duits verpleeg- of verzorgingstehuis verblijft, is daarmee 58 procent kleiner dan in Nederland

een combinatie tussen tegoedbonnen en het forfait worden gekozen. De forse eigenbetaling heeft waarschijnlijk als consequentie dat in 2006 slechts dertig procent van de Duitse geïndiceerden voor langdurige zorg kiest voor een verpleeg- of verzorgingshuis. Ruim veertig procent van de geïndiceerden kiest voor het mantelzorgkostenforfait en in de regel betekent dit dat ouderen in familieverband worden opgevangen. De overige circa dertig procent kiest ervoor om de langdurige zorg thuis te ontvangen via het Agentschap of voor een combinatie (Arntz en Thomsen, 2010). Revalidatiezorg in een verpleeghuis wordt in Duitsland in principe gedekt door de Pflegeversicherung, maar ook hier zijn er prikkels tot thuiszorg door bijvoorbeeld alleen nachtverpleging aan te bieden (Heinicke en Thomsen, 2010).

Vergelijking tussen het Duitse en het Nederlandse systeem
De langdurige zorg in Duitsland is erop gericht dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Het Duitse systeem bevat sterke prikkels tot thuiszorg door familie. De kans dat een oudere boven 65 jaar in een Duits verpleeg- of verzorgingstehuis verblijft, is daarmee 58 procent kleiner dan in Nederland (Ministerie van Financiën, 2010). Ook de vrijheid van besteding van het mantelzorgkostenforfait bevordert, ondanks de afslag van vijftig procent, de opvang in familieverband. Het gratis scholingsaanbod voor mantelzorg voor familieleden en andere informele zorgverleners draagt hieraan bij (Heinicke en Thomsen, 2010). Tevens is het in Duitsland makkelijker om woningaanpassingen gericht op het zelfstandig wonen van ouderen door te voeren. Een belangrijk onderscheid tussen Duitsland en Nederland vormt het scheiden van wonen en zorg. Door de



Bron: Europese Commissie, 2009



Bron: OESO, 2009



scheiding in Duitsland kan beter aangesloten worden bij de woonwensen van zorgvragers. Duitse ouderen blijven hierdoor langer in hun eigen vertrouwde omgeving wonen.

Cruciale parameters bij de vergoeding voor langdurige zorg zijn de hoogte van de bijdragen en de mate van afslag van het persoonsgebonden budget of het daarmee vergelijkbare Duitse mantelzorgkostenforfait. Het Duitse systeem kent een hoge afslag van vijftig procent, maar daar staat wel tegenover dat de verantwoordingsverplichting nihil is. Het blijkt dat Duitsers ondanks deze afslag in overgrote meerderheid kiezen voor het mantelzorgforfait. Ook in Nederland neemt de populariteit van het pgb toe. Groot verschil met Duitsland is dat de eigen bijdrage fors minder is. De ervaring in Duitsland geeft aan dat een forsere afslag en minder of geen verantwoording te overwegen is. In het regeerakkoord van het kabinet-Rutte is opgenomen dat het pgb wettelijk wordt verankerd, waarmee het verandert van een subsidieregeling in een verzekerd recht dat meetelt voor de contracteerruimte van zorgkantoren.

In Duitsland vindt een discussie plaats over de vraag of de voorwaarden van besteding van de tegoedbonnen niet te restrictief zijn. Hiertoe is een experiment gedaan met een groep van 300 personen en een controlegroep van 150 personen. In zes Duitse gemeenten konden patiënten tussen 2004 en 2008 tegoedbonnen omzetten in een persoonlijk budget zonder afslag dat naar eigen inzicht kon worden besteed aan gekwalificeerde zorg (Arntz en Thomsen, 2008). De omzetting leidde tot fors meer zorguren per patiënt voor de groep, die voorheen zorg afnam bij het Agentschap voor ambulante zorg. Dit had twee oorzaken. Zij die voorheen hun tegoedbonnen bij het Agentschap niet opmaakten, deden dit nu wel. Daarnaast leidde het zelf organiseren van zorg ook tot een kostenbesparing. Private verplegers zijn blijkbaar goedkoper dan verplegers in dienst van het Agentschap (Arntz en Thomsen, 2008). Dit experiment had tevens als gevolg dat veel geïndiceerden hun mantelzorgkostenforfait lieten omzetten in een persoonlijk budget. Voor die groep patiënten steeg dus niet het aantal zorguren, maar vond substitutie plaats van informele naar formele arbeid. Volgens Arntz en Thomsen (2008) kwam dat doordat veel familieleden hun mantelzorgactiviteiten staakten, en de auteurs concluderen dat invoering in heel Duitsland sterk kostenopdrijvend zou zijn.

Een aanzienlijk deel van de kostenverschillen tussen Duitsland en Nederland hangt niet alleen samen met de beperktere financiële vergoeding, maar ook met de verzekeringsaanspraken als zodanig. De Duitse zorgcategorïeën zijn minder fijnmazig, wat uitvoeringskosten bespaart. Tevens worden kleine risico's die moeilijk verifieerbaar zijn en die mensen zelf kunnen beïnvloeden in Duitsland niet vergoed. Daarbij gaat het onder andere om kleine aanpassingen van woningen en persoonlijke dienstverlening voor ouderen met gebreken. Daardoor vindt een betere afstemming op de behoefte plaats en wordt het kostenbewustzijn vergroot. Daar komt bij dat deze behoeften moeilijk te verifiëren zijn en daarom nauwelijks te verzekeren, mede omdat deze vormen van hulp direct substitueerbaar zijn voor mantelzorg uit de directe omgeving. Het Duitse systeem probeert dus een te grote claim op professioneel zorgpersoneel te vermijden, onder andere door voor eenvoudige taken substitutie van mantelzorg en gebruikelijke zorg door schaarse professionele hulp te voorkomen. Op lokaal niveau zijn er voorzieningen, die wel naar draagkracht zijn georganiseerd.

Conclusies

De kosten van de langdurige zorg in Nederland dreigen fors op te lopen. In het regeerakkoord is opgenomen om activering en begeleiding te verschuiven naar het gemeentelijke domein, de revalidatiezorg naar de Zorgverzekeringswet over te brengen en wonen en zorg financieel te scheiden. Ervaring in Duitsland met een veel gematigdere ontwikkeling van de kosten geeft aan dat deze beleidswijzigingen de betaalbaarheid van de langdurige zorg zouden kunnen vergroten. Verdere stappen zijn noodzakelijk en de Duitse ervaring is daarbij behulpzaam. Zo zou voor een houdbare AWBZ het stelsel niet moeten worden afgestemd op de aanbieder van zorg, maar op de zorgvrager (Bovenberg en Gradus, 2008). Echte vraagsturing betekent dat mensen een persoonsgebonden budget krijgen wanneer ze recht op langdurige zorg hebben, en dat zij dat naar eigen inzichten

invullen. Omdat in deze systematiek cliënten zelf keuzes kunnen maken, kan meer maatwerk worden geboden. Door eigen regie bij de zorginkoop zullen zorgvragers die zorg inkopen die voor hen echt belangrijk is, waarbij behalve de fysieke aspecten van de zorg het persoonlijk welbevinden van de cliënt sterker door kan klinken. Een hoge eigen bijdrage in combinatie met eigen regie – zo geeft het Duitse systeem aan – is bevorderlijk voor de houdbaarheid. Dit geldt zowel voor intra- als extramurale zorg. Omdat men zelf geconfronteerd wordt met een gedeelte van de zorgkosten, wordt zorgvuldiger met de zorgvraag omgesprongen en vindt voor niet-medische handelingen substitutie plaats van formele arbeid naar informele arbeid. Om de toegankelijkheid te waarborgen is een gemeentelijk vangnet wenselijk. Eventueel zou in ruil voor minder bureaucratie en verantwoording een hogere afslag van een persoonsgebonden budget kunnen plaatsvinden. De Duitse ervaring geeft aan dat dit werkt.

LITERATUUR

- Arntz, M. en S.L. Thomsen (2008) Crowding out informal care? Evidence from a social experiment in Germany. *ZEW Discussion Paper*, 08(113).
- Arntz, M. en S.L. Thomsen (2010) The social long-term care insurance: a frail pillar of the German social insurance system. *CESifo DICE Report*, 8(2), 29–34.
- Asselt, E.J. van, L. Bovenberg, R.H.J.M. Gradus en A. Klink (2011) Health care reforms in ageing European society, with a focus on the Netherlands. Brussel: Centre for European Studies.
- Blinkert, B. en B. Gräf (2009) Deutsche Pflegeversicherung vor massiven Herausforderungen. *Deutsche Bank Research, serie aktuelle Themen*, 442.
- Bovenberg, A.L. en R.H.J.M. Gradus (2008) Duurzame langdurige zorg. *ESB*, 93(4539), 426–428.
- Europese Commissie (2009) *Sustainability Report 2009*. Luxemburg: Europese Commissie.
- Heinicke, K. en S.L. Thomsen (2010) The social long-term care insurance in Germany: origin, situation, threats and perspectives. *ZEW Discussion Paper*, 10(012).
- Lucht, F. van der, en J.J. Polder (2010) *Van gezond naar beter. Kernrapport van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2010*. Bilthoven: RIVM.
- Ministerie van Financiën (2010) *Langdurige zorg: rapport brede heroverwegingen*. Den Haag: Ministerie van Financiën.
- OESO (2009) *OECD Health Data 2009*. Parijs: OESO.
- Tweede Kamer (2011) *Arbeidsmarktbrief*. 3054508.