

Meer eigen verantwoordelijkheid voor ouderenzorg

Alleen door de eigen bijdragen in de AWBZ flink te verhogen en een verplicht eigen risico in te voeren kan de zorg voor ouderen ook in de toekomst betaalbaar blijven.

Ruwweg de helft van de uitgaven aan gezondheidszorg wordt besteed aan de zorg voor ouderen en chronisch zieken. Deze kosten zullen sterk toenemen onder invloed van de vergrijzing. Zo geven sommige prognoses aan dat meer dan veertig procent van de 65-plussers ooit in een verpleeghuis terecht zal komen (Kemper & Spilman, 1991). De zorg voor ouderen en chronisch zieken is georganiseerd in de AWBZ. In de periode 1994–2004 bedroeg de gemiddelde stijging van de AWBZ-uitgaven 7,8 procent per jaar. Een uitschieter was het jaar 2001 toen de uitgaven met ruim 14 procent toenamen (IBO, 2006). Door het CPB wordt voor de periode tot 2011 een stijging van de uitgaven aan gezondheidszorg van 5,5 procent per jaar verwacht (CPB, 2006). Dit is 2,2 procentpunten meer dan de verwachte groei van het bbp. Doordat de uitgaven aan zorg meer toenemen dan het bbp, stijgen de uitgaven aan gezondheidszorg als percentage van het bbp. Indien de uitgaven aan gezondheidszorg ook na 2011 jaarlijks met 5,5 procent zouden toenemen, dan zouden we in 2070 ongeveer de helft van het bbp en in 2102 het gehele bbp aan gezondheidszorg besteden.

Om de kosten van de ouderenzorg beheersbaar te houden is aanpassing van de AWBZ noodzakelijk. Dit zal een belangrijke opgave worden voor een nieuw kabinet. Een vraag daarbij is of en in welke mate zorg voor ouderen en chronisch zieken voor eigen rekening en verantwoording kan komen? Omdat de AWBZ een collectieve voorziening is, dienen er voldoende garanties te zijn voor de publieke belangen bij het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid.

Criteria zorg voor eigen rekening

Toegankelijkheid en kostenbeheersing worden vaak genoemd als publieke belangen in de gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld de nota 'Vraag aan bod' uit 2001). 'Toegankelijkheid' is een notie met een enigszins ambivalent karakter. Toegankelijkheid verwijst op de eerste plaats naar een normatief principe 'iedereen die zorg nodig heeft, moet deze ook kunnen krijgen'. Anderzijds verwijst 'toegankelijkheid' naar een mechanisme waardoor de toegang tot zorg gegarandeerd wordt. Bijvoorbeeld doordat wordt aangegeven hoe de zorg gefinancierd moet worden:

'de premie voor de zorg dient inkomensafhankelijk te zijn, of de premie dient onafhankelijk te zijn van de verwachte kosten'. Wij denken dat voor de helderheid van de discussie beide noties beter gescheiden kunnen worden. Daarom worden 'rechtvaardigheid' en 'verzekerbaarheid' als twee afzonderlijke publieke belangen onderscheiden.

Een probleem bij de notie van rechtvaardigheid is dat er moeilijk een praktische invulling aan gegeven kan worden. Het gedachtegoed van de filosoof Robert Nozick kan hier uitkomst bieden. Nozick richt zich bij rechtvaardigheid vooral op *procedurele rechtvaardigheid* (Nozick, 1974). Hierbij staat centraal dat er een eerlijke procedure is geweest waarbij de deelnemers hun instemming ('consent') hebben gegeven voor de herverdeling van middelen. In deze optiek zou voor de operationalisatie van rechtvaardigheid vooral gekeken moeten worden naar publieke opvattingen over keuzes in de zorg.

Hansen, Arts & Muffels presenteren resultaten van een vignetonderzoek naar solidariteitsgevoelens onder Nederlanders met patiënten die lijden aan een zestal veelvoorkomende ziektes en aandoeningen (Hansen, Arts & Muffels, 2005). Een relevante uitkomst uit dit onderzoek is dat het draagvlak voor eigen bijdragen groot is. Of, zoals de onderzoekers het zelf aangeven: "Men is in vele gevallen slechts bereid tot solidariteit onder voorwaarde dat de betrokken patiënten zelf een aanvullende financiële bijdrage leveren" (blz. 54). Burgers vinden verder dat de hoogte van de eigen bijdrage kan verschillen op grond van inkomen. Zo zouden patiënten met een hoger inkomen minder snel in aanmerking moeten komen voor vergoeding van behandeling, dan patiënten met een lager inkomen. Tenslotte worden de kosten van behandeling geen relevante overweging geacht. Op grond hiervan zou bij de operationalisatie van rechtvaardigheid (inkomensafhankelijke) eigen bijdragen als criterium gehanteerd kunnen worden. Dure behandelingen zouden niet van bekostiging uitgesloten moeten worden. Dit laatste betekent dat een breed pakket aan zorg gegarandeerd moet zijn en dat prijs en inkomen geen belemmerende factoren mogen zijn voor het gebruik van zorg.

Deze conclusies worden bevestigd door de resultaten van een internetenquête in Van Rijen & Ottens (2006a en 2006b). Evenals Hansen, Arts en Muffels (2005) vinden zij dat de kosten van behandeling volgens burgers geen rol mag spelen. Ook dit wijst op een breed gedragen overeenstemming dat de toegankelijkheid van zorg ook voor burgers met een laag inkomen voldoende gewaarborgd moet zijn.

WIM GROOT & HENRIËTTE MAASSEN VAN DEN BRINK

Wim Groot is hoogleraar gezondheidseconomie aan de Universiteit van Maastricht en Henriëtte Maassen van den Brink is hoogleraar economie aan de Universiteit van Amsterdam.

tabel 1

Eigen bijdragen als percentage van totale uitgaven aan gezondheidszorg, 2000-2004

	2000	2001	2002	2003	2004
Denemarken	16.0	15.9	15.8	13.9	13.9
Duitsland	10.6	10.7	10.3	10.4	
Frankrijk	10.5	10.4	7.9	7.7	7.6
Griekenland	44.9	42.4	43.3	43.7	45.2
Italië	22.8	20.3	20.4	20.7	19.6
Korea	43.1	38.1	39.1	37.8	36.9
Luxemburg	7.0	6.5	6.9	6.7	6.7
Mexico	50.9	52.3	53.2	52.9	50.6
Nederland	9.0	8.7	8.0	7.9	7.8
Noorwegen	16.7	15.7	15.8	15.5	15.7
Oostenrijk	16.7	15.7	15.0	15.0	14.7
Portugal	22.2	23.2	22.3	21.2	21.6
Spanje	23.6	23.9	23.7	24.1	23.6
Verenigde Staten	14.9	14.2	13.7	13.5	13.2
Zwitserland	32.9	31.7	31.5	31.6	31.9

Bron: OECD Health Data 2006

Indien deze billijkheidsopvattingen worden vergeleken met de werkelijkheid, dan valt op dat de omvang van de eigen bijdragen – vergeleken met andere landen – laag is. Volgens de OECD werden in 2004 in Nederland slechts 7,8 procent van de totale zorgkosten betaald uit eigen bijdragen (OECD, 2006). Daarmee horen de eigen bijdragen in Nederland tot de laagste in de OECD landen. De hoogste eigen bijdragen worden betaald in Mexico waar 51 procent van de totale zorguitgaven uit eigen bijdragen bestaat, Griekenland (45 procent), Korea (37 procent) en in Zwitserland (32 procent). Maar ook in meer met Nederland vergelijkbare landen als Duitsland (10,4 procent), Italië (19,6 procent) en Denemarken (13,9 procent) wordt een groter deel van de kosten van gezondheidszorg uit eigen bijdragen gefinancierd.

Uit de cijfers in tabel 1 blijkt dat de eigen bijdragen in Nederland tussen 2000 en 2004 als percentage van de totale zorguitgaven eerder gedaald dan gestegen zijn. Overigens geven de cijfers in tabel 1 de indruk dat in meerdere landen het aandeel van eigen bijdragen is gedaald. De reden hiervoor is niet duidelijk. Mogelijk heeft het te maken met het feit dat de uitgaven aan zorg sterker stijgen dan het bbp. Als eigen bijdragen inkomensafhankelijk zijn daalt hierdoor het aandeel van de eigen bijdragen in de totale zorguitgaven.

Uit Van Rijen en Ottens (2006a) blijkt dat bijna tachtig procent van de respondenten vindt dat de kosten van zorg geen rol mogen spelen (Van Rijen & Ottens, 2006a). Dit geeft aan dat burgers de toegankelijkheid van de gezondheidszorg een groot goed vinden. De toegang tot de zorg wordt op de eerste plaats gegarandeerd door de inhoud van het verzekerde pakket. De verzekerbaarheid van voorzieningen vormt daarom een belangrijk publiek belang. Gezondheidszorg is betaalbaar indien het mogelijk is om een verzekering af te sluiten tegen de kosten

van zorg. Bij verzekeringen doen zich echter efficiëntieproblemen voor in de vorm van *moral hazard*. Moral hazard kan ontstaan als (i) de verzekerde of de verzekeraar de kans op een claim kan manipuleren, (ii) de verzekerde, de verzekeraar of de zorgaanbieder de omvang van de schadelast kan beïnvloeden, (iii) de verzekeraar de kosten kan afwentelen op andere partijen of (iv) de verzekeraar of de zorgaanbieder de kwaliteit van zorg kan beïnvloeden. Onnodig zorggebruik als gevolg van moral hazard kan worden beperkt door een goede controle op de toewijzing van zorg en door eigen bijdragen.

Inefficiënties als gevolg van moral hazard spelen waarschijnlijk een grote rol in de zorg voor ouderen en chronisch zieken. Een aanwijzing hiervoor zijn de uitkomsten van een studie van Schrijvers (Schrijvers et al, 2001). Hierin wordt gevonden dat het RIO – de voorloper van het Centraal Indicatieorgaan Zorg (CIZ) – de zorgvraag vaak indiceert conform de aanvraag, dat negentig procent van de indicatiebesluiten positief is en dat bijna altijd binnen de zorgvorm geïndiceerd wordt. Men hoeft maar te vragen en men krijgt het. Een tweede aanwijzing is de ontwikkeling van de indicatie Ondersteunende Begeleiding (hieronder valt bijvoorbeeld ondersteuning om de dag te structureren, of hulp bij het leren zorgen voor het eigen huishouden). Het CIZ meldt dat in het eerste kwartaal van 2006 de indicatie Ondersteunende Begeleiding met veertig procent is gestegen. Het CIZ verklaart deze toename voor een deel doordat deze functie nieuw is en pas onlangs meer bekendheid heeft gekregen bij de indicatiestellers, en dat tevens de regels voor de toewijzing van deze functie in het besluit zorgaanspraken ruim zijn geformuleerd (brief van het CTG/ZAI.o. over de knelpuntenprocedure contracteerruimte AWBZ 2006). Deze sterke toename geeft de indruk dat de indicatieregels ruim worden geïnterpreteerd, en de verzekerde de omvang van de schadelast kan beïnvloeden. Een derde voorbeeld is de functie Persoonlijke Verzorging-extra. In de genoemde brief van het CTG/ZAI.o. is te lezen dat landelijk 17 procent van de Persoonlijke Verzorging bestaat uit Persoonlijke Verzorging-extra, maar dat dit tussen zorgkantoren verschilt van 1 tot 56 procent. Deze grote verschillen geven aan dat de normen voor indicatiestelling zeer wisselend worden toegepast. Dit biedt mogelijkheden voor verzekerden om de omvang van de schadelast te beïnvloeden en vormt dus een indicatie van moral hazard.

Een belangrijke vorm van moral hazard van de kant van de zorgvragers is substitutie van lichtere en goedkopere vormen van zorg voor zwaardere en duurdere vormen van zorg. Hierbij kan bijvoorbeeld worden gedacht aan ouderen die zich laten indiceren voor verblijf in een verzorgingshuis als er geen of onvoldoende thuiszorg beschikbaar is of als voor deze thuiszorg een hoge prijs moet worden betaald. Ook dit is een reëel probleem in de zorg voor ouderen en chronisch

zieken. Zo is het mogelijk dat na overheveling van de huishoudelijke hulp naar de gemeenten in het kader van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning, in gemeenten die weinig kwalitatief goede huishoudelijke hulp beschikbaar stellen, een vlucht naar de intramurale zorg of duurdere vormen van thuiszorg zal ontstaan.

Een derde publiek belang is kostenbeheersing. Kostenbeheersing is noodzakelijk vanwege begrotingsnormen (bijvoorbeeld de Zalm-norm en de EMU norm) en voor de ontwikkeling van de collectieve lastendruk (onder andere van belang voor de internationale concurrentiepositie).

Met het de facto afschaffen van de budgettering in de gezondheidszorg resteren nog slechts een beperkt aantal mogelijkheden om de collectieve uitgaven aan zorg te beheersen. Twee van deze mogelijkheden zijn: pakketverkleining – dat wil zeggen beperken van het collectief gefinancierde verstrekkingenpakket – en het invoeren of verhogen van eigen bijdragen voor voorzieningen in het collectieve verstrekkingenpakket. Ervaringen in het verleden hebben geleerd dat discussies over beperking van het verstrekkingenpakket meestal tot niets leiden. Verhoging van de eigen bijdragen vergroot de keuzevrijheid van de burger en draagt bij aan kostenbeheersing.

Eigen bijdragen in het buitenland

In de meeste westerse landen wordt de zorg voor ouderen betaald uit belastingmiddelen. Uitzonderingen hierop zijn Duitsland, Japan, Luxemburg en Nederland, waar de zorg voor ouderen gefinancierd wordt door een sociale verzekering (OECD, 2005). De private bijdragen aan zorg van ouderen verschillen eveneens per land. Tabel 2 bevat – voor een aantal OECD landen – een overzicht van publieke en private uitgaven aan langdurige zorg voor ouderen. De uitgaven aan langdurige zorg voor ouderen varieert van een tot drie procent van het bbp. Het overgrote deel van de uitgaven aan zorg voor ouderen wordt uit publieke middelen gefinancierd. Het aandeel van de private uitgaven in de totale uitgaven aan langdurige zorg varieert van 4,8 procent in Zweden tot ruim 72 procent in Spanje. In landen als Nieuw-Zeeland, het Verenigd Koninkrijk, de Verenigde Staten en Spanje bestaat meer dan een derde van de totale uitgaven uit private uitgaven. Nederland hoort met Zweden en Japan tot de landen waar de private uitgaven aan

langdurige zorg het laagst zijn: in Nederland wordt negen procent van de totale uitgaven aan langdurige zorg gefinancierd uit private bijdragen.

Het lijkt er overigens op dat landen waar de publieke bijdragen hoog zijn, de private bijdragen relatief laag zijn, zodat de totale uitgaven tussen landen niet veel verschillen. Opvallend hierbij is een vergelijking tussen Zweden en Noorwegen. In Zweden zijn de private bijdragen gering (4,8 procent van de totale uitgaven). In Noorwegen zijn deze daarentegen meer dan tweemaal zo hoog: 13,5 procent van de totale uitgaven komt uit private bijdragen. Echter de totale uitgaven aan langdurige zorg verschillen niet veel tussen beide landen: Zweden geeft 2,89 procent van het bbp uit, Noorwegen 2,15 procent. Eenzelfde conclusie kan worden getrokken door Nederland en Duitsland te vergelijken: de totale uitgaven zijn in beide landen nagenoeg gelijk, maar Duitsland financiert veel meer uit private bijdragen dan Nederland. Een voorzichtige conclusie is dat publieke en private uitgaven eerder substituten dan complementen zijn. Uit de landenvergelijking in OECD wordt verder duidelijk dat het grootste deel van de private uitgaven wordt betaald voor zorg in een verzorgingshuis en verpleeghuis, en eigen bijdragen voor thuiszorg vaak minder omvangrijk zijn (OECD, 2005). Zo zijn er bijvoorbeeld volgens Ashton in Nieuw-Zeeland geen eigen bijdragen voor thuiszorg, maar wel voor verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg (Ashton, 2000). Reden hiervoor is dat dit een stimulans vormt voor ouderen om zelfstandig te blijven wonen en gebruik te maken van thuiszorg, en het een rem vormt op het gebruik van duurdere vormen van zorg.

tabel 2

Publieke en private uitgaven aan langdurige zorg als percentage van het BBP, 2000

	<i>Totale uitgaven</i>	<i>Publieke uitgaven</i>	<i>Private uitgaven</i>	<i>Private uitgaven als % totale uitgaven</i>
Australië	1.19	0.86	0.33	27.7
Canada	1.23	0.99	0.24	19.5
Duitsland	1.35	0.95	0.40	29.6
Hongarije	<0.30	<0.20	<0.10	
Ierland	0.62	0.52	0.10	16.1
Japan	0.83	0.76	0.07	8.4
Korea	<0.30	<0.20	n.b.	
Luxemburg	n.b.	0.52	n.b.	
Mexico	<0.20	<0.10	<0.10	
Nederland	1.44	1.31	0.13	9.0
Nieuw-Zeeland	0.68	0.45	0.23	33.8
Noorwegen	2.15	1.85	0.29	13.5
Oostenrijk	n.b.	1.32	n.b.	
Polen	0.38	0.37	0.00	0.0
Spanje	0.61	0.16	0.44	72.1
Verenigd Koninkrijk	1.37	0.89	0.48	35.0
Verenigde Staten	1.29	0.74	0.54	41.9
Zweden	2.89	2.74	0.14	4.8
Zwitserland	1.54	n.b.	n.b.	
Gemiddeld	1.25	0.99	0.24	19.2

Bron: OECD (2005); n.b. = niet bekend.

Beleidsaanbevelingen

Wij pleiten voor het handhaven van een breed pakket van zorgvoorzieningen voor ouderen en chronisch zieken in de AWBZ. Wel pleiten wij voor uitbreiding van eigen bijdragen en een verplicht substantieel eigen risico. Aan deze aanbeveling ligt de volgende motivatie ten grondslag.

- Naarmate de welvaart toeneemt, zijn we bereid meer te betalen om gezondheidsrisico's uit te bannen en om gezondheidsproblemen te verhelpen. We willen ons dus steeds meer en steeds beter verzekeren tegen de gevolgen van gezondheidsrisico's. Zo betoogt Getzen dat op landenniveau de inkomenselasticiteit van de uitgaven aan zorg groter dan een is: gezondheidszorg is een luxe goed waarvan het aandeel in het bbp toeneemt met de toename van het bbp zelf (Getzen, 2000). Daarom zijn we bereid een steeds groter deel van ons inkomen aan gezondheidszorg te besteden. De ervaring leert verder dat discussies over pakketverkleining vaak heftig zijn, maar vrijwel nooit tot enig resultaat leiden. Daarom is handhaving van het huidige pakket wenselijk.
- Er zijn aanwijzingen voor inefficiënties als gevolg van moral hazard in de zorg voor ouderen en chronisch zieken. Vermindering van moral hazard vereist op de eerste plaats een deugdelijke controle op de toekenning van zorg. Dit vraagt om scherpere beoordeling door het CIZ. Daarnaast kan moral hazard worden teruggedrongen door eigen bijdragen en een eigen risico. Eigen bijdragen leiden ertoe dat patiënten bij hun afwegingen rekening houden met de kosten die ze maken. Wij pleiten voor een combinatie van eigen risico en eigen bijdragen. Een eigen risico voorkomt dat burgers te snel een beroep doen op zorg, eigen bijdragen dragen ertoe bij dat burgers niet onnodig veel zorg vragen.
- Uit studies naar rechtvaardigheidsoordelen onder de bevolking blijkt brede steun te bestaan voor eigen bijdragen.
- Substantiële eigen bijdragen en een eigen risico dragen bij aan beheersing van de collectieve zorglasten.

Onze aanbeveling is verder om de hoogte van de eigen bijdragen te laten toenemen met de zorgzwaarte en de kosten van zorg. Dat is overigens niets nieuws en gebeurt nu ook al. Door deze koppeling wordt voorkomen dat zorgvragers lichtere en goedkopere vormen van zorg substitueren voor zwaardere en duurdere vormen van zorg; het vormt een stimulans om van lichtere en goedkopere vormen van zorg gebruik te maken. Hierdoor kan onnodig gebruik van dure zorg worden voorkomen. Dit draagt bij aan de beheersing van de kosten van de zorg voor ouderen en chronisch zieken.

Hoge eigen bijdragen kunnen een belemmering vormen voor de toegang tot zorg voor mensen met een laag inkomen. Deze inkomenseffecten kunnen het beste via een zorgsubsidie gecompenseerd worden.

De hoogte van deze zorgsubsidie kan afhankelijk zijn van het inkomen en de kosten van zorg. De hoogte van de zorgsubsidie zou dan gelijk zijn aan het verschil tussen de zorgprijs en de financiële draagkracht van de patiënt. Eventueel zou bij het bepalen van de financiële draagkracht van de patiënt niet alleen rekening gehouden kunnen worden met het inkomen, maar ook met de omvang van het vermogen (vermogenstoets). Dit is een constructie die vergelijkbaar is met de individuele huursubsidie, waarbij huurders met een laag inkomen worden gecompenseerd met een bedrag dat onder andere afhangt van de feitelijke huurprijs en het inkomen. De voordelen hiervan zijn dat zorgvragers enerzijds geconfronteerd worden met de kosten die ze maken, hetgeen het kostenbewustzijn kan vergroten. Anderzijds biedt dit de grootst mogelijke keuzevrijheid aan zorgvragers om de zorg af te stemmen op de eigen voorkeuren.

De zorgsubsidie zou ook als een persoonsgebonden budget (PGB) te besteden kunnen zijn door de patiënt. Dit biedt de mogelijkheid dat de patiënt kiest voor zorg in natura, waarbij de zorgsubsidie direct naar de zorgaanbieder gaat, of voor een restitutiemodel, waarbij de patiënt een zorgsubsidie krijgt en daarmee zelf zorg inkoop. Door hogere eigen bijdragen en een verplicht eigen risico kan de eigen verantwoordelijkheid voor de zorg voor ouderen en chronisch zieken worden vergroot.

LITERATUUR

- Ashton, T. (2000) *New Zealand: long-term care in a decade of change*. *Health Affairs* 19, 72-85.
- CPB (2006) *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*. CPB document 121, Centraal Planbureau, Den Haag.
- Getzen, T. (2000) *Health care is an individual necessity and a national luxury: applying various models to the analysis of health care expenditures*. *Journal of Health Economics* 19, 259-270.
- Hansen, J., W. Arts & R. Muffels (2005) *Wie komt eerst? Een vignetonderzoek naar de solidariteitsbeleving van Nederlanders met patiënten en cliënten in de gezondheidszorg*. *Sociale Wetenschappen* 48, 31-59.
- IBO (2006) *Toekomst AWBZ. Eindrapportage van de werkgroep organisatie romp AWBZ*. Ministerie van Financiën, Den Haag.
- Kemper, P. & B. Spilman (1991) *A lifetime perspective on proposals for financing nursing home care*. *Inquiry* 28, 333-344
- Nozick, R. (1974) *Anarchie, State and Utopia*. Oxford University Press, Oxford.
- OECD (2005) *Long-term care for older people*. OECD, Parijs.
- OECD (2006) *OECD Health Data 2006*. OECD, Parijs
- Rijen, A. van & L. Ottes (2006a) *Thuiszorg wel, viagra niet*. *Medisch Contact* 18, 740-743.
- Rijen, A. van & L. Ottes (2006b) *Internetgebruiker en prioriteitenstelling in de zorg*, in: *Zicht op zinnige en Duurzame Zorg*. RVZ, Den Haag, 229-286.
- Schrijvers, A., S. Jedeloo, F. Jörg & J. Hoogerduijn (2001) *RIO, het jongste kind groeit op*. Julius Centrum voor Huisartsgeneeskunde en Patiëntgebonden Onderzoek, UMC Utrecht.
- Vraag aan bod*, Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27855, 1-2.