

Meer eigen verantwoordelijkheid in ouderenzorg: wensen en mogelijkheden

EDITIE 09
M E I
2017

*Raun van Ooijen
Jochem de Bresser
Marika Knoef*



NETSPAR BRIEF

De **Netspar Brief** is bedoeld om onderzoeksresultaten gericht voor het voetlicht te brengen onder een brede kring van pensioenprofessionals, beleidsmakers en wetenschappers. Daarmee worden bouwstenen aangereikt voor een goed geïnformeerd Nederlands pensioendebat. In de Netspar Brief wordt onderzoek op het gebied van pensioen en vergrijzing samengevat en staan analyse en duiding centraal.

Colofon

Auteurs

Raun van Ooijen
Jochem de Bresser
MARIKE KNOEF

Ontwerp

B-More, Tilburg

Vormgeving

Bladvulling, Tilburg

Redactie

Netspar
Postbus 90153, 5000 LE Tilburg
info@netspar.nl

De Netspar Brief is een uitgave van Netspar. Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd, op welke wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van de auteur(s).

Samenvatting

Mensen in Nederland worden steeds ouder. Daarmee nemen de kosten voor langdurige zorg toe. Om de collectieve uitgaven aan zorg terug te dringen, zijn de afgelopen jaren een aantal ingrijpende maatregelen genomen. Hiermee komt een groter deel van de verantwoordelijkheid van zorg op de schouders van de mensen zelf én van hun sociale omgeving terecht. In deze Netspar Brief gaan we na in hoeverre hulpbehoevende mensen met een lichte zorgbehoefte financieel in staat zijn om zelf de verantwoordelijkheid te dragen voor hulp en ondersteuning. Ook onderzoeken we de bereidheid van mensen om meer verantwoordelijk te zijn voor lichte zorg.

We vinden verschillen in de bereidheid om te betalen voor lichte ouderenzorg. Deze diversiteit pleit voor keuzevrijheid in hoe mensen ouderenzorg in willen richten. Mensen met een hoog inkomen zijn bereid om meer uit te geven aan thuiszorg dan mensen met een laag inkomen. Het hebben van een partner en de beschikbaarheid van een mantelzorger reduceert de vraag naar thuiszorg. Een doorsnee gepensioneerd huishouden heeft redelijk wat vermogen en pensioeninkomen, dat ingezet zou kunnen worden voor meer uitgebreide thuiszorg. Het merendeel van de mensen verwacht echter dat het pensioeninkomen alleen niet toereikend is. Onder deze groep legt ongeveer de helft uit voorzorg geld opzij voor mogelijke ziekte. Terwijl de overige helft niet van plan is om hier geld voor opzij te leggen. De laatste groep mensen heeft vaker een laag inkomen, en is daarom in het geval van ziekte vaker afhankelijk van zorgvoorziening vanuit de overheid.

Onder Nederlanders is brede steun voor eigen verantwoordelijkheid van niet-medische aspecten van zorg, zoals ontspanning. Huishoudelijke hulp vindt bijna de helft van de mensen een gezamenlijke verantwoordelijkheid, terwijl het merendeel van de mensen verpleging en verzorging een taak voor de overheid vindt.

Een vrijwillige verzekering voor thuiszorg zorgt ervoor dat mensen die hoge eisen stellen aan ouderenzorg niet onnodig veel sparen. De helft van de bevolking geeft aan interesse te hebben in collectief of privaat verzekerde thuiszorg, en dan voornamelijk voor huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging. Mensen met een hogere verwachte zorgvraag zijn bereid om meer te betalen voor verzekerde thuiszorg. Dit kan, voor zover mensen dit goed in kunnen schatten, tot ongewenste selectie-effecten leiden. Een oplossing kan zijn om al op tijd, bijvoorbeeld op 65-jarige leeftijd, een verzekering te organiseren zodat mensen nog weinig individuele kennis hebben over hun behoefte aan thuiszorg.

1. Inleiding

Pensioen, gezondheid en ouderenzorg zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Mensen leven steeds langer in goede gezondheid. Dit heeft gevolgen voor de leeftijd waarop mensen met pensioen gaan en ook voor de gewenste bestedingen na pensionering. De totale levensverwachting neemt volgens projecties sneller toe dan de levensverwachting in goed ervaren gezondheid. Dit betekent dat het aantal jaren in mindere gezondheid ook geleidelijk toeneemt (CBS, 2014). De bevolking vergrijst, de behoefte aan zorg en ondersteuning neemt toe en de zorgkosten stijgen.

Nederland was in 1968 het eerste land ter wereld met een verplichte volksverzekering voor langdurige zorg. Onze normen ten aanzien van de hoeveelheid zorg die collectief betaald wordt, zijn daardoor een stuk hoger dan in omliggende landen. Net als in Denemarken en Zweden ligt de verantwoordelijkheid voor de ouderenzorg in Nederland vooral bij de overheid. In Nederland gaat relatief veel betaalde thuiszorg naar mensen met lichte gezondheidsbeperkingen zoals het verlenen van hulp bij het wassen en aankleden, bij het opstaan en naar bed gaan en verrichten van huishoudelijke taken. (Verbeek-Oudijk et al., 2014). Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld Duitsland, waar meer verantwoordelijkheid bij mensen zelf ligt, met als gevolg dat mantelzorgers vaker persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp verlenen, en er daarnaast minder onnodige kosten worden gemaakt (Gradus en Van Asselt, 2011).

Ouderenzorg is in Nederland collectief georganiseerd. Van Ewijk et al. (2013) laten zien dat dit een grote welvaartswinst oplevert, omdat de kosten voor ouderenzorg zeer scheef verdeeld zijn en zich pas aan het eind van het leven voordoen. Sparen of het inzetten van de eigen woning voor deze kosten is dan weinig efficiënt, omdat het iedereen zou dwingen om tot aan het eind van het leven een grote spaarpot te reserveren, voor zover de kosten van langdurige zorg überhaupt op te brengen zijn. Voor mensen met een lichte zorgbehoefte die zorg thuis ontvangen, zijn de kosten – zoals extra hulp in het huishouden en persoonlijke verzorging en ondersteuning – relatief laag en deels voorzienbaar. Mensen met een lichte zorgvraag zouden deze kosten zelf kunnen betalen. Dit zou administratieve lasten kunnen verlagen en onnodige zorg kunnen voorkomen omdat bij verzekerde zorg de verzekerde niet de volledige kosten van zorg betaalt. Tevens kunnen de hoeveelheid zorg en de kwaliteit van zorg dan beter afgestemd worden op individuele wensen. Tot slot geeft eigen verantwoordelijkheid een prikkel om te zoeken naar alternatieven, zoals mantelzorg of een vrijwillige aanvullende verzekering voor thuiszorg.

2. Huidige situatie

De zorguitgaven zijn sinds het jaar 2000 sterk toegenomen, van ongeveer 2.000 euro per persoon per jaar (7,1% BBP) naar 4.300 euro per persoon (10,8% BBP) in 2015. Uitgaven aan langdurige zorg zijn nog harder gestegen, van 230 euro per persoon (0,8% BBP) naar 1.200 euro per persoon (3% BBP) (OECD health expenditures database). Om de collectieve uitgaven aan zorg terug te brengen zijn de afgelopen jaren een aantal maatregelen genomen. Het verplicht eigen risico van de ziektekostenverzekering is verhoogd van 150 euro in 2008 naar 385 euro in 2016. Vanaf 2013 wordt het eigen vermogen extra meegeteld bij het vaststellen van de eigen bijdrage voor langdurige zorg, en vanaf 2014 is voor chronisch zieken en gehandicapten de tegemoetkoming in de zorgkosten (Wtcg) en de compensatie van het eigen risico (Cer) afgeschaft.

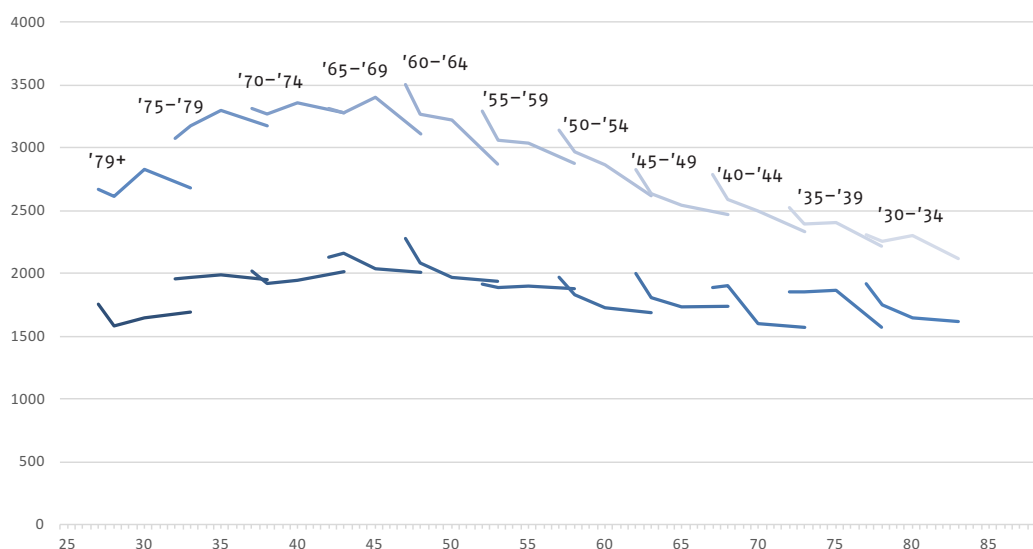
In 2015 is de organisatie van de ouderenzorg ingrijpend hervormd. Zo is de toegang tot een zorginstelling niet langer mogelijk voor mensen met een lichte zorgvraag. Mensen met een lichte zorgvraag maken bovendien minder snel aanspraak op huishoudelijke hulp, begeleiding of persoonlijke verzorging. De gemeente zorgt voor huishoudelijke hulp en begeleiding via de Wet maatschappelijke ondersteuning. Daarbij bekijkt de gemeente welke zorgtaken door het sociale netwerk kunnen worden verricht of eventueel zelf kunnen worden bekostigd. Wijkverpleging en verzorging wordt door zorgverzekeraars aangeboden. De verantwoordelijkheid voor lichte langdurige zorg is dus deels verschoven van de overheid richting de burger en het sociale netwerk. Onlangs heeft het Nibud in kaart gebracht wat de gevolgen zijn van hervormingen op de financiële positie van huishoudens met gezondheidsproblemen. De berekeningen van het Nibud (2016) laten zien dat eigen uitgaven aan zorg de afgelopen jaren (tussen 2011 en 2016) zijn toegenomen.

3. Sparen voor thuiszorg

Bestedingsbehoeften veranderen bij slechte gezondheid

Fysieke en mentale gezondheidsproblemen kunnen consumptiemogelijkheden beperken. Een lange avontuurlijke vakantie in een ver land moet bijvoorbeeld plaatsmaken voor een vakantie dichtbij huis. Aan de andere kant kunnen gezondheidsproblemen er ook voor zorgen dat mensen hulp moeten inkopen, bijvoorbeeld voor huishoudelijke taken en voor het schoonmaken van de dakgoot. Figuur 1 toont de maandelijkse huishouduitgaven aan niet-duurzame goederen over de levenscyclus voor een representatieve groep van Nederlandse huishoudens.¹ Elke lijn volgt een generatie die ouder wordt. In de bovenste lijnen zien we dat uitgaven voor koppels het hoogst zijn tussen de leeftijd van 35 en 50 jaar. Dit heeft onder andere te maken met de aanwezigheid van kinderen in het huishouden. Op oudere leeftijd nemen huishouduitgaven af. Voor alleenstaanden is het profiel vlakker. Op oudere leeftijd wijken de uitgaven van een tweepersoonshuishouden daardoor steeds minder af van de uitgaven van een eenpersoonshuishouden.

Figuur 1: Huishouduitgaven per leeftijd en generatie voor tweepersoons huishoudens (boven) en alleenstaanden (onder). LISS panel 2009-2015, CentERdata.



¹ Om de maandelijkse uitgaven aan niet-duurzame goederen te meten worden in het LISS panel uitgaven gevraagd voor de volgende categorieën: hypotheek, huur, nutsvoorzieningen, vervoer, verzekeringen, kinderopvang, alimentatie en financiële steun aan kinderen die niet (meer) thuis wonen, schulden en leningen (niet hypotheek), uitstapjes en vakantie, uitgaven voor het schoonmaken van het huis of onderhoud van de tuin, voeding binnenshuis, voeding en dranken buitenshuis, sigaretten en andere tabaksproducten, kleding, verzorgingsproducten en diensten (kapper etc.), medische verzorging en gezondheidsuitgaven die niet gedekt worden door de verzekering, bijscholing, giften en cadeautjes en overige uitgaven.

Als we het bestedingspatroon van mensen met en zonder gezondheidsproblemen met elkaar vergelijken, zien we in de periode voor de hervormingen in de langdurige zorg (tussen 2009 en 2012) dat de totale uitgaven van mensen in slechte gezondheid gemiddeld ongeveer twee procent lager zijn dan uitgaven van mensen in goede gezondheid (conditioneel op leeftijd, inkomen, huiseigenaarschap en andere achtergrondkenmerken) (Van Ooijen, Knoef en De Bresser, 2017). We zien tevens een verschuiving in de bestedingsbehoeften bij ziekte van minder zorg-gerelateerde uitgaven naar meer zorg-gerelateerde uitgaven. Oudere gepensioneerde huishoudens (75 jaar en ouder) met gezondheidsproblemen besteden relatief veel geld aan woningonderhoud en aan medische verzorging (ten opzichte van hun gezonde leeftijdsgenoten), terwijl de uitgaven aan voeding en vrijetijdsbesteding lager zijn. Met betrekking tot de financiële tevredenheid voor een gegeven inkomen zien we geen significant verschil tussen gezonde en ongezonde mensen van 75 jaar en ouder. Dit suggereert dat deze groep niet uit noodzaak bezuinigt op reguliere consumptie maar dat behoeften veranderen. In 2015 zijn de totale uitgaven van mensen met gezondheidsproblemen gemiddeld met ongeveer drie tot zes procent toegenomen ten opzichte van de periode van 2009 tot 2012. Dit is voornamelijk toe te schrijven aan hogere medische uitgaven. Resultaten gebaseerd op Europese huishoudens laten zien dat de bestedingsbehoefte gemiddeld met dertien procent toeneemt wanneer mensen fysieke problemen krijgen. Er zijn geen significante verschillen tussen Europese regio's met een ander zorgstelsel en sociale zekerheid. Daarentegen neemt de bestedingsbehoefte af wanneer de cognitieve gezondheid achteruit gaat (Kools en Knoef, 2017).

Nederlandse huishoudens vinden het belangrijk om te sparen voor zorg

Het is aannemelijk dat mensen meer gaan sparen als zij meer eigen verantwoordelijkheid krijgen voor langdurige zorg en als de onzekerheid over de hoogte van de uitgaven toeneemt. Dit zien we bijvoorbeeld in de Verenigde Staten, waar eigen betalingen voor langdurige zorg hoog zijn in vergelijking met Nederland – dit geldt zowel voor lichte zorg thuis als voor zwaardere zorg in een zorginstelling. Wel moet worden opgemerkt dat de kwaliteit van de door de overheid geleverde ouderenzorg in de Verenigde Staten laag is in vergelijking met Nederland. Huishoudens met een hoog inkomen sparen gedurende het pensioen door om extra middelen beschikbaar te hebben voor zorg. Mensen met een laag inkomen en weinig spaargeld worden daarentegen ontmoedigd om te sparen omdat de

eigen bijdrage voor langdurige zorg afhankelijk is van het vermogen en het inkomen van het huishouden. Zij zijn aangewezen op het sociaal vangnet (De Nardi et al., 2010, Ameriks et al. 2011).

In Nederland worden mensen met veel minder hoge zorgkosten geconfronteerd en daarnaast biedt het pensioen een zekere bron van inkomsten tot aan het einde van het leven. Sparen voor onvoorziene omstandigheden, het zogenaamde voorzorgmotief, is voor Nederlanders desondanks een belangrijke reden om te sparen.² Het voorzorgmotief staat voor Nederlandse huishoudens jaarlijks met stip bovenaan op de lijst met belangrijkste spaarmotieven, en zal mogelijk nog belangrijker worden wanneer mensen meer verantwoordelijk worden voor lichte langdurige zorg.

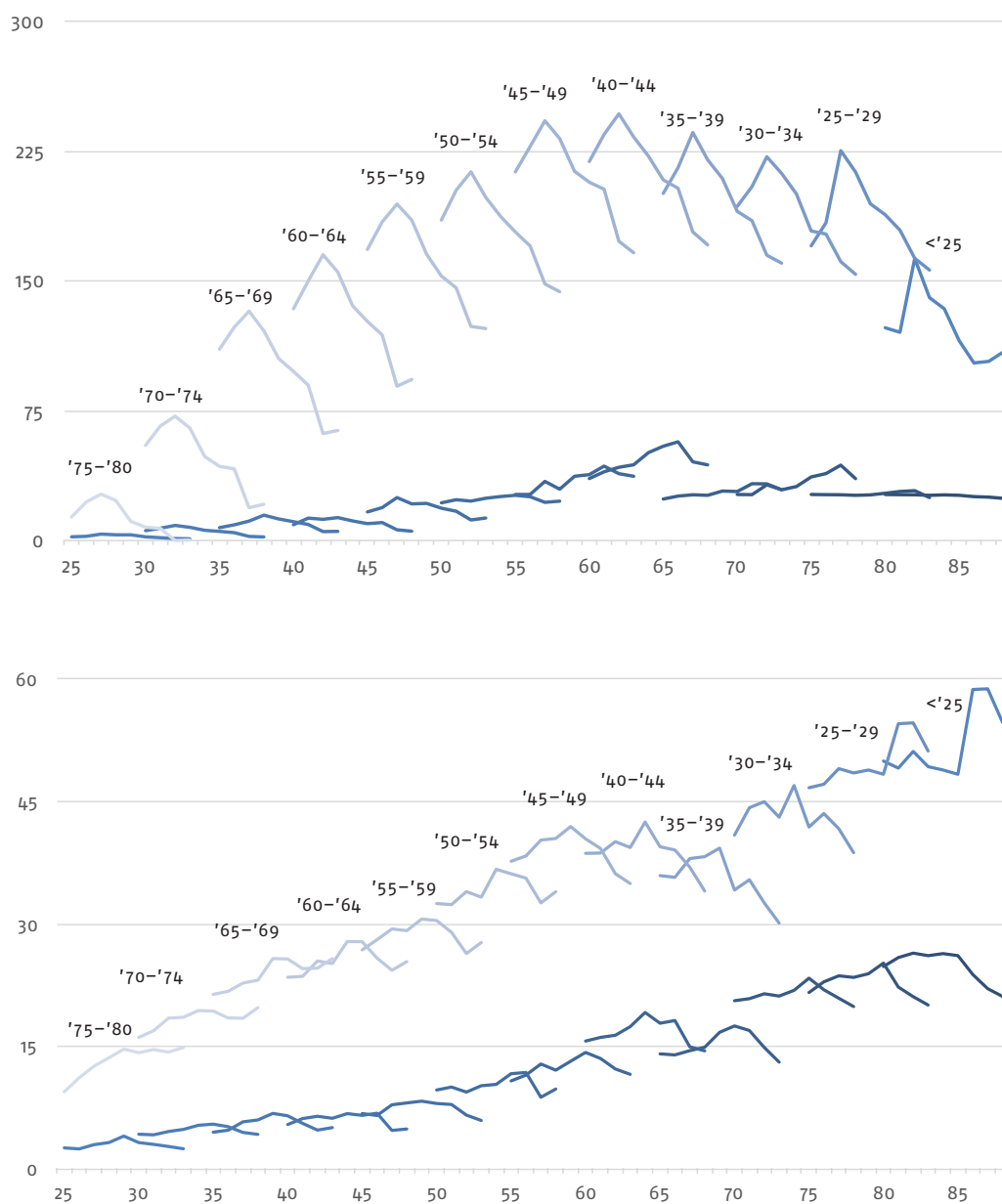
In januari 2016 hebben we een vragenlijst over ouderenzorg uitgezet onder mensen van 40 jaar en ouder.³ Hieruit blijkt dat mensen inderdaad verwachten dat hun totale uitgaven stijgen als zij hulp nodig hebben bij de dagelijkse bezigheden. Bijna driekwart van de bevolking (leeftijd 40 jaar en ouder) verwacht dat hun totale uitgaven sterk toenemen (43%) of enigszins toenemen (30%) als zij hulp nodig hebben bij de dagelijkse bezigheden. Dit geldt in het bijzonder voor mensen die, behalve van hun partner, geen hulp verwachten van anderen, zoals familieleden of burens. Het merendeel van de bevolking verwacht dat het pensioeninkomen niet toereikend is om deze hogere uitgaven te kunnen bekostigen als zij thuiszorg nodig hebben. Onder deze groep mensen legt ongeveer de helft uit voorzorg geld opzij voor het geval van ziekte. Terwijl de overige helft niet van plan is om hier geld voor opzij te leggen. De laatste groep mensen heeft vaker een laag inkomen, en is daarom in het geval van ziekte vaker afhankelijk van zorgvoorzieningen vanuit de overheid.

Huishoudens houden gedurende pensionering een financiële buffer aan voor onverwachte uitgaven

Figuur 2 geeft voor een doorsnee huishouden de ontwikkeling van het netto vermogen en het netto financiële vermogen weer tussen 2005 en 2013. Het netto vermogen is het verschil van alle bezittingen (bank en spaartegoeden, effecten, onroerend goed, en ondernemers vermogen) en schulden (hypotheekschuld

2 Spaarmotieven worden jaarlijks gevraagd in het DNB household survey, een onderzoek onder zo'n 2000 huishoudens representatief voor de Nederlandse bevolking, uitgevoerd door CentERdata.

3 Dit onderzoek is uitgevoerd in het LISS panel van CentERdata, een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking.



Figuur 2: Huishoud netto vermogen (boven) en netto financieel vermogen (onder), mediaan per leeftijd en generatie voor tweepersoons huishoudens (lichtblauw) en alleenstaanden (donkerblauw). CBS 2005-2013, in reële termen (x1000).

en overige in de belastingaangifte opgegeven schulden).⁴ Het netto financiële vermogen is het vermogen exclusief de eigen woning en de hypotheek. We baseren ons op huishoudens waarvan de leden gedurende de periode van 2005 tot

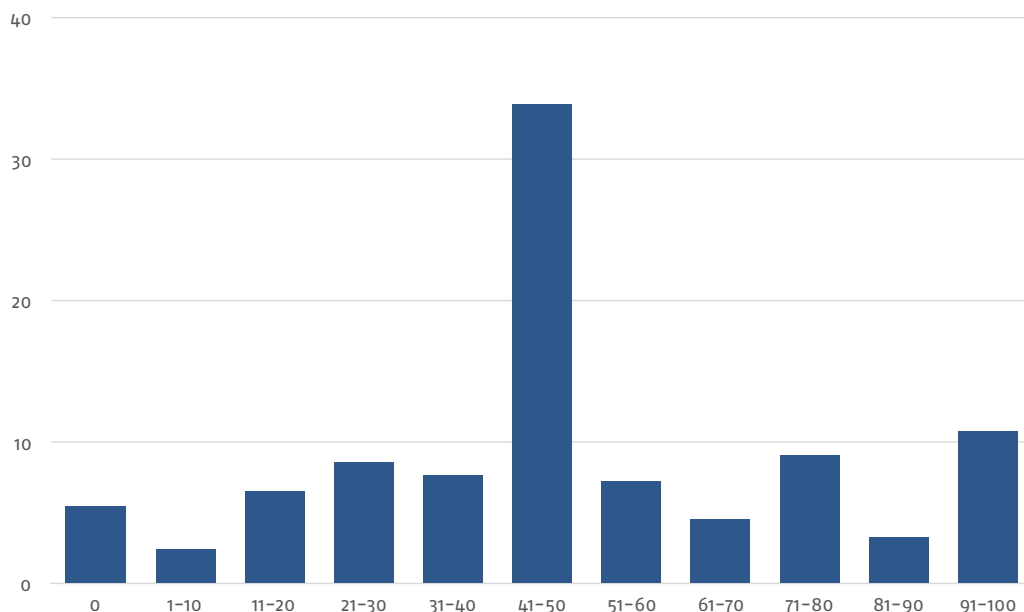
⁴ Deze vermogensgegevens zijn afkomstig uit het Inkomenspanelonderzoek van het CBS: een representatieve steekproef van ongeveer honderdduizend huishoudens die over tijd worden gevolgd. De vermogensgegevens zijn afkomstig van de Belastingdienst aangevuld met gegevens van onder andere financiële instellingen.

2013 niet zijn overleden. We zien dus de ontwikkeling van vermogens voor een vaste groep huishoudens.⁵ Elke lijn volgt een generatie die ouder wordt. Een substantieel deel van de ouderen beschikt over de nodige financiële buffers voor onverwachte uitgaven als de gezondheid verslechtert. Een doorsnee tweepersoons huishouden met een lid van 70 jaar of ouder, beschikt over ongeveer 40 duizend euro aan financiële bezittingen en over een totaal vermogen (inclusief de eigen woning) van ongeveer 190 duizend euro (zie ook Van Ooijen et al. 2015 en Knoef et al. 2017). Voor zover kapitaal uit de eigen woning kan worden opgenomen – hier zitten wel kanttekeningen aan – kan dit bedrag worden aangewend om noodzakelijke aanpassingen in de woning aan te brengen, hulp in te kopen en hulpmiddelen aan te schaffen. Een doorsnee eenpersoons huishouden heeft minder spaargeld en een aanzienlijk lager netto vermogen omdat zij minder vaak een eigen woning bezitten. Zij hebben vanuit hun vermogen beperkt ruimte om zorg aan huis met eigen middelen betalen en zijn door het ontbreken van een partner vaker afhankelijk van zorgvoorziening door de overheid.

Figuur 2 laat tevens zien dat het erop lijkt dat de vermogensdaling van gepensioneerden vooral te maken heeft met de economische malaise en dat gepensioneerden niet bewust ontsparen na pensionering, zelfs niet op oude leeftijd. Er zijn een aantal belangrijke verklaringen waarom mensen tijdens het pensioen door blijven sparen: afnemende bestedingsbehoeften (wat niet door mensen is voorzien), het willen nalaten van vermogen, of het uit voorzorg aanhouden van een financiële buffer om bijvoorbeeld hogere uitgaven aan hulp en ondersteuning op te kunnen brengen als de gezondheid verslechtert.

Het is niet zonder meer mogelijk om het belang van het sparen voor een erfenis en sparen uit voorzorg te onderscheiden, omdat het gespaarde vermogen beide doelen kan dienen: als mensen bij overlijden niet al hun vermogen hebben hoeven te gebruiken voor zorg, ontlene zij nut aan het nalaten van dit vermogen (Dynan et al., 2002). Om het relatieve belang van sparen uit voorzorg en sparen voor een erfenis te kunnen meten hebben wij respondenten in de vragenlijst over ouderenzorg de hypothetische gedachte voorgelegd dat zij "morgen een prijs met een geldbedrag van 100 duizend euro winnen". Mensen wordt gevraagd dit bedrag te verdelen over een "langdurige zorg kluis" en een

5 Als we alle huishoudens meenemen in de analyse, dan observeren we voor iedere generatie een fictieve toename van het vermogen over de tijd, doordat mensen met een laag inkomen gemiddeld eerder overlijden dan vermogende mensen. Aan de andere kant zorgt deze selectie ervoor dat we, in het bijzonder voor de oudere cohorten, de relatief welvarende huishoudens selecteren.



Figuur 3: Hoe zou u het geldbedrag van 100 duizend euro verdeelen over beide kluisen? Percentage in de langdurige zorg kluis.

“erfenis kluis”. Het bedrag in de erfenis kluis zal worden nagelaten aan de erfgenamen na hun overlijden en kan niet worden besteed aan andere uitgaven. Het geld in de langdurige zorg kluis kan door de deelnemer (en partner) enkel worden gebruikt om extra langdurige zorg mee te bekostigen. Het geld dat is weggezet voor langdurige zorg kan wederom niet worden besteed aan andere uitgaven of worden nagelaten aan de erfgenamen.⁶

Figuur 3 laat zien dat ongeveer een derde van de mensen het geldbedrag evenredig over de kluisen verdeelt. Slechts 5% wil het volledige bedrag aan een erfenis besteden, terwijl ongeveer 10% het geldbedrag volledig wil benutten voor langdurige zorg. We zien dus dat zowel het voorzorgmotief als het erfenismotief voor veel mensen van belang zijn. Ameriks et al. (2011) vinden een vergelijkbaar patroon voor de Verenigde Staten, waar 17% het bedrag evenredig verdeelt, 11% alles in een erfenis stopt en 17% het bedrag volledig reserveert voor zorg. Dit suggereert dat de twee motieven in beide landen een rol van betekenis spelen voor de spaarbeslissingen van huishoudens.

⁶ Deze vraag is gesteld aan mensen van 40 jaar en ouder in het LISS panel van CentERdata, een representatieve steekproef uit de Nederlandse bevolking.

3. Voorkeuren rondom langdurige zorg

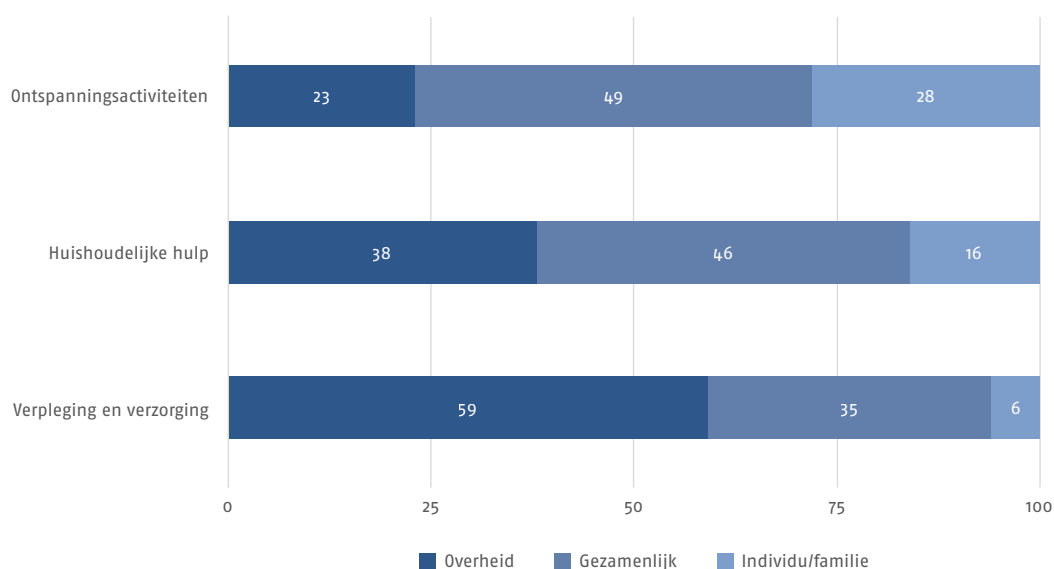
Mensen vinden medische zorg een taak van de overheid en ontspanningsactiviteiten een eigen verantwoordelijkheid

Hoe staan mensen zelf tegenover het uitgangspunt van de recente hervormingen, dat hulpbehoevende ouderen zorg gedeeltelijk zelf moeten gaan regelen? Uit onze vragenlijst over ouderenzorg blijkt dat bijna een derde van de respondenten positief reageert op meer eigen verantwoordelijkheid met betrekking tot ouderenzorg. Zij zijn het "eens" of "helemaal eens" met de stelling dat er pas aanspraak kan worden gemaakt op hulp vanuit de overheid als mensen zorg niet zelf kunnen betalen en als zorg door naasten niet mogelijk is. Bijna 44 procent van de respondenten antwoordt dat zij het "oneens" of "helemaal oneens" zijn met dit uitgangspunt. Deze laatste groep mensen is vaker hulpbehoevend, verwacht minder snel terug te kunnen vallen op hulp uit het sociale netwerk en is lager opgeleid. Het is juist deze groep mensen voor wie de overheid een sociaal vangnet biedt.

Het is opvallend dat mensen van 65 jaar en ouder veel vaker positief staan tegenover meer eigen verantwoordelijkheid in de zorg dan jongere mensen. Vrouwen zijn het minder vaak eens met de stelling dat het goed is dat mensen meer zelf verantwoordelijk worden, mogelijk omdat mantelzorgtaken vaker bij vrouwen dan bij mannen terecht komen. Daarnaast zijn zij op oude leeftijd vaker afhankelijk van langdurige zorg (omdat ze over het algemeen jonger zijn dan hun partner en langer leven).

Figuur 4 laat zien dat er brede steun is onder Nederlanders voor eigen verantwoordelijkheid voor niet-medische aspecten van zorg zoals ontspanning, terwijl

Figuur 4: Voorkeuren verantwoordelijkheid ouderenzorg. LISS panel 2015.



een meerderheid de verantwoordelijkheid voor medische zorg bij de overheid legt. Mensen zien noodzakelijke verpleging en verzorging over het algemeen als een taak voor de overheid (59% van de respondenten), al vinden veel mensen dat zij zelf, of de familie, hier ook aan kunnen bijdragen (35% van de respondenten). Een minderheid vindt dat mensen hier grotendeels zelf voor verantwoordelijk zijn (6% van de respondenten). Huishoudelijke hulp wordt in mindere mate een overheidstaak bevonden: 38% vindt het vooral een taak van de overheid, terwijl 46% het een gezamenlijke verantwoordelijkheid vindt van de overheid en de mensen zelf, en 16% vindt het vooral een taak van mensen zelf en hun familie. Tot slot zien mensen ontspanningsactiviteiten voornamelijk als een eigen verantwoordelijkheid (28%) of gezamenlijke verantwoordelijkheid (49%), en veel minder vaak (23%) als een taak van de overheid.

Er is veel diversiteit in de bereidheid om te betalen voor thuiszorg

Aan welke mate van zorg en ondersteuning hebben mensen behoefte als zij in de toekomst hulpbehoevend worden?

Om de preferenties rondom verzekerde ouderenzorg in Nederland te meten hebben we respondenten in de vragenlijst over ouderenzorg gevraagd naar hun voorkeur voor een hypothetische thuiszorgverzekering. Deze verzekering vergoedt een bepaalde hoeveelheid zorg en ondersteuning als mensen elke dag hulp nodig hebben. Verpleging wordt vergoed via de zorgverzekering. Er wordt tevens vermeld dat voor mensen met een laag inkomen een minimale hoeveelheid zorg wordt vergoed vanuit de overheid (1 uur huishoudelijke hulp per week en 45 minuten persoonlijke verzorging per dag). Dit is een gestileerde werkelijkheid van een sociaal vangnet om de keuzemogelijkheden van mensen zo realistisch mogelijk te maken.

De respondenten maken tienmaal een keuze tussen twee thuiszorgpakketten die verschillen in premie en samenstelling. We specificeren de volgende kenmerken:

- het aantal uren per week huishoudelijke hulp (zoals schoonmaken en wassen);
- persoonlijke verzorging (zoals hulp bij aan- en uitkleden en douchen);
- persoonlijke begeleiding (zoals het regelen van dagelijkse zaken, activiteiten en dagopvang);
- een eventueel maandelijks budget voor diensten en hulpmiddelen;
- en een eventuele eenmalige vergoeding voor woningaanpassingen.

Uit de samenstelling van de zorgpakketten die de respondent als beste alternatief opgeeft, kunnen we de bereidheid om te betalen voor een bepaald kenmerk bepalen.

Na afloop van het experiment hebben we de respondenten gevraagd of zij daadwerkelijk interesse hebben in een dergelijke verzekering. Ongeveer de helft van de mensen geeft aan interesse te hebben in verzekerde thuiszorg. De resultaten laten verder zien dat mensen gemiddeld genomen het meest over hebben voor het verzekeren van huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging. Mensen zijn minder bereid om te betalen voor verzekerde persoonlijke begeleiding en gezelschap of een maandelijks budget voor hulpmiddelen zoals een rolstoel of rollator. In een verzekering die een eenmalige uitkering geeft om de woning aan te passen in geval van slechte gezondheid hebben mensen geen interesse.

Wanneer we verschillende sociaaleconomische groepen vergelijken, zien we dat mensen met een hoog inkomen over het algemeen bereid zijn meer aan verzekerde thuiszorg uit te geven dan mensen met een laag inkomen. Het hebben van een partner reduceert de vraag naar verzekerde thuiszorg, en vrouwen hechten meer waarde aan verzekerde thuiszorg dan mannen - vermoedelijk omdat ze door een hogere levensverwachting te zijner tijd minder vaak een partner hebben om op terug te vallen. We vinden geen verschillen in de bereidheid om te betalen tussen verschillende leeftijdsgroepen (in de vraagstelling hebben we duidelijk gemaakt dat de verzekering op 40-jarige leeftijd is afgesloten, zodat oudere mensen hier geen voordeel aan ontleen).

Een deel van de mensen geeft aan een erfenis na te willen laten in ruil voor mantelzorg

Als mensen meer zelf verantwoordelijk zijn voor thuiszorg, kan een deel van de zorgvraag worden opgevangen door mantelzorgers. We hebben mensen gevraagd of ze verwachten dat er naast hun eventuele partner iemand in de nabije omgeving bereid is om voor een langere periode zorg (huishoudelijke taken, begeleiding of persoonlijke verzorging) aan hen te verlenen. Slechts een kleine groep mensen verwacht zeker (6%) of waarschijnlijk (17%) terug te kunnen vallen op het sociale netwerk als zij hulpbehoevend zijn. Bijna de helft van de mensen verwacht niet te kunnen rekenen op mantelzorg. Mensen die verwachten terug te kunnen vallen op mantelzorgers zijn minder bereid om te betalen voor meer uitgebreide (verzekerde) thuiszorg.

In onze enquête geeft ongeveer twintig procent van de mensen aan meer geld na te willen laten aan de kinderen of bijzondere personen die goed voor hen zorgen op de oude dag. Dit wordt het strategisch erfenismotief genoemd. We vinden dat respondenten met een strategisch erfenismotief minder bereid zijn om te betalen voor verzekerde persoonlijke verzorging. Waarschijnlijk hebben deze mensen een voorkeur voor informele zorg boven formele zorg en willen zij mantelzorgers graag belonen voor hun hulp.

Een punt van zorg is dat mensen met een laag inkomen gemiddeld meer zorg nodig hebben en minder financiële middelen hebben voor formele zorg. Bij een verschuiving van de verantwoordelijkheid komt daarom vooral aan de onderkant van de inkomens- en vermogensverdeling meer druk op mantelzorgers te liggen. Omdat mantelzorg fysiek en mentaal zwaar kan zijn, zeker in combinatie met arbeid of studie, kan dit voor extra ongelijkheid zorgen.

Een vrijwillige verzekering voor thuiszorg kan tot ongewenste selectie-effecten leiden

Een vrijwillige verzekering voor thuiszorg zorgt ervoor dat mensen die zorg zelf moeten bekostigen en ook hoge eisen stellen aan ouderenzorg – en die niet terug (willen) vallen op mantelzorg – niet onnodig veel sparen. Voor thuiszorg geldt namelijk dat de duur en intensiteit onzeker zijn. Sommige mensen zijn gedurende een lange periode afhankelijk van hulp en ondersteuning, terwijl andere mensen tot laat in het leven zelfredzaam blijven en de eigen betalingen beperkt zijn (al zijn de kosten van thuiszorg lager en minder scheef verdeeld dan langdurige zorg in een instelling).

Conditioneel op leeftijd, inkomen, gezinssamenstelling, opleiding, gezondheid en mate van risico-afkeer zien we dat mensen die verwachten relatief lang thuiszorg nodig te hebben, meer waarde aan verzekerde thuiszorg hechten. Dit zou tot averechtse selectie kunnen leiden, maar alleen als mensen hun verwachte thuiszorg goed in kunnen schatten en als zij zelf meer weten dan de verzekeraars.

Een oplossingsrichting is om de verzekering voor lichte langdurige zorg al op tijd te organiseren, bijvoorbeeld rond de leeftijd van 60 of 65 jaar. Mensen hebben dan nog weinig individuele informatie over hoe lang zij thuiszorg nodig zullen gaan hebben. Risicoselectie kan mogelijk voorkomen worden door een vrijwillige verzekering voor thuiszorg te combineren met pensioen (Murtaugh et al, 2001). Namelijk, wanneer de levensverwachting negatief gecorreleerd is met de zorg-

vraag betalen mensen met een kortere levensverwachting relatief veel voor hun pensioen, maar dat wordt dan gecompenseerd door hogere verwachte zorgkosten.⁷ In de Verenigde Staten ligt dit meer voor de hand dan in Nederland, omdat mensen daar meer regie hebben over de invulling en opbouw van hun pensioen.

⁷ Hussem, Van Ewijk, Ter Rele en Wong (2016) vinden dat mensen met een laag inkomen, die over het algemeen relatief kort leven, een hogere zorgvraag hebben. Aan de andere kant vinden ze ook dat de langdurige zorgkosten in de periode voor overlijden hoger zijn voor de oudste leeftijdsgroepen (de mensen die lang leven).

4. Conclusies en beleidsimplicaties

In deze Netspar Brief gaan we na wat de mogelijkheden zijn en wat de bereidheid van mensen is om zelf verantwoordelijk te zijn voor lichte zorg. Eigen verantwoordelijkheid voor lichte zorg kan administratieve lasten verlagen en onnodige zorg voorkomen. Mensen hebben dan meer keuzevrijheid en kunnen op zoek gaan naar goedkopere alternatieven. Een deel van de mensen regelt lichte zorg bijvoorbeeld graag in eigen kring, eventueel in ruil voor een erfenis. Door de hervormingen in de langdurige zorg, verwacht een grote groep mensen dat hun uitgaven bij ziekte in de toekomst sterk toenemen. Ruim de helft van de mensen verwacht dat het pensioeninkomen niet voldoende is om dit te bekostigen. Extra vermogen is dan noodzakelijk. Mensen vinden het over het algemeen belangrijk om te sparen voor onvoorziene omstandigheden en een doorsnee gepensioneerd huishouden heeft redelijk wat inkomen en vermogen om lichte zorg te bekostigen.

Een vrijwillige private verzekering voor thuiszorg kan ervoor zorgen dat mensen die hoge eisen stellen aan thuiszorg en die niet terug willen vallen op mantelzorg niet onnodig veel sparen. Ongeveer de helft van de mensen geeft aan interesse te hebben in verzekerde thuiszorg. Mensen hebben gemiddeld genomen het meest over voor het verzekeren van huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging en zijn minder bereid om te betalen voor het verzekeren van begeleiding en hulpmiddelen. Een verzekering om de woning aan te kunnen passen vindt men niet belangrijk. Om ongewenste selectie-effecten te voorkomen is het verstandig om mensen over de verzekering te laten beslissen voor een zekere leeftijd, bijvoorbeeld 60 jaar. Een ander aandachtspunt is welke instantie uiteindelijk bepaalt wanneer een beroep op de verzekering gedaan mag worden.

Tot slot is extra aandacht nodig voor mensen met een laag inkomen. Het is onwaarschijnlijk dat deze mensen zich vrijwillig verzekeren, terwijl zij ook weinig financiële middelen hebben om lichte thuiszorg zelf te betalen. Tegelijkertijd hebben mensen met een laag inkomen wel een bovengemiddelde zorgvraag en dat kan er toe leiden dat er bij deze groep mensen meer druk ligt op mantelzorgers. Mantelzorg kan fysiek en mentaal zwaar zijn, zeker in combinatie met betaalde arbeid of studie en er moet voorkomen worden dat dit tot kansongelijkheid leidt. Ook voor mensen met een laag inkomen die wel terug kunnen vallen op mantelzorg kan een vangnet voor noodzakelijke zorg en ondersteuning belangrijk zijn om overbelasting van mantelzorgers te voorkomen.

Referenties

- Ameriks, Caplin, Laufer, & Van Nieuwerburgh (2011). The joy of giving or assisted living? Using strategic surveys to separate public care aversion from bequest motives. *The Journal of Finance*, 66 (2), 519–561.
- De Nardi, French, & Jones (2010). Why do the elderly save? The role of medical expenses. *Journal of Political Economy*, 118 (1), 39–75.
- Dynan, Skinner & Zeldes (2002). The importance of bequests and life-cycle saving in capital accumulation: A new answer. *The American Economic Review* 92(2), 274–278.
- Gradus & Van Asselt (2011). De langdurige zorg vergeleken in Nederland en Duitsland. *ESB* 96 (4607), 202–204.
- Hussem, Van Ewijk, Ter Rele & Wong (2016). The ability to pay for longterm care in the Netherlands: a life-cycle perspective. *De Economist*, 164(2), 209–234.
- Knoef, Been, Caminada, Goudswaard & Rhuggenaath. (2017). De toereikendheid van pensioenopbouw na de crisis en pensioenhervormingen. Netspar Design paper 68.
- Kools en Knoef (2017). Health and the Marginal Utility of Consumption: Estimating Health State Dependence using Equivalence Scales. Netspar discussion paper DP 04/2017–008. (Beleidsversie te verschijnen als Netspar Design paper).
- Murtaugh, Spillman, and Warshawsky (2001). "In sickness and in health: An annuity approach to financing long-term care and retirement income." *Journal of Risk and Insurance* 68(2), 225–253.
- NIBUD (2016). Zorguitgaven van chronische zieken en mensen met een beperking in 2011 en 2016 vergeleken.
- Van Duin & Stoeldraier (2014). Projecties van de gezonde levensverwachting tot 2030. CBS Bevolkingstrends juni 2014.
- Van Ewijk, Van der Horst & Besseling (2013), Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit. Toekomst voor de zorg, Centraal Plan Bureau.
- Van Ooijen, De Bresser & Knoef (2017). Analyzing expenditures of Dutch elderly, Netspar Design Paper (te verschijnen).
- Van Ooijen, Alessie & Kalwij (2015). Saving behavior and portfolio choice after retirement. *De Economist* 163(3), 353–404.
- Verbeek-Oudijk, Woittiez, Eggink & Putman (2014). Who cares in Europe: A comparison of long-term care for the over 50-s in sixteen European countries. SCP publicatie 2014–9.



Dit is een uitgave van:
Netspar
Postbus 90153
5000 LE Tilburg
Telefoon 013 466 2109
E-mail info@netspar.nl
www.netspar.nl

Mei 2017