

PATRICK JEURISSEN

Feitelijke perspectieven op de financiële solidariteit van de zorg

SAMENVATTING

We stellen in dit artikel dat de uitkomsten van de arrangementen die de financiële solidariteit inkaderen door de stelselhervormingen maar beperkt zijn veranderd en dat daarbij de laagste inkomens zijn ontzien. Autonome groei van de solidariteitsoverdrachten wordt met name gegeneerd door stijgende kosten. De zorgkosten zijn erg scheef verdeeld en daardoor leiden groeiende zorguitgaven tot meer risicosolidariteit. Deze trend is nog niet gestopt en dit duidt erop dat diegenen die menen dat een verdere uitgavenstijging onhoudbaar is, gebaat zijn bij meer doelmatigheid. Die visie kent veel supporters binnen het politieke spectrum. Tegelijkertijd is zo'n verbetering van doelmatigheid inzet van politieke strijd. Het zal immers gevestigde belangen raken.

TREFWOORDEN:

(financiële) toegankelijkheid, solidariteit, solidariteits-overdrachten, zorg

INLEIDING

Solidariteit duidt op een bewustzijn van saamhorigheid en de bereidheid de consequenties te dragen, ook als deze niet sporen met het eigenbelang. Deze bijdrage analyseert een aantal feitelijke perspectieven op de solidariteit in de financiering van onze zorg. Wij hanteren daarbij de veronderstelling dat de maximale solidariteit waartoe het col-

lectief bereid is bij te dragen, mede wordt bepaald door de financiële omvang daarvan en de besteding van deze middelen. Daarnaast gaan wij er ook van uit dat de kans dat men denkt ooit zelf gebruik te moeten maken van zorg, bijdraagt aan de bereidheid om daar ook collectief voor te betalen.

Sommige andere bijdrages van deze bundel bevatten normatieve zienswijzen op het vraagstuk van de solidariteit in de zorg. Deze zienswijzen zijn vooral gestoeld op het bestaan van wederzijdse verplichtingen tussen de leden van een gemeenschap.¹ Zulke verplichtingen zijn op hun beurt weer mede ingebed in (religieuze) overtuigingen, zoals de christelijke plicht tot naastenliefde. Genezing van zieken komt in het Nieuwe Testament dan ook prominent naar voren als een van Christus' goede werken. De sociale leer van de katholieke kerk spreekt met betrekking tot de zorg bijvoorbeeld van een recht op een ziekteverzekering.² Onze beschouwing steunt vooral op de aanname dat ook het delen van gezamenlijke risico's en het profijtbeginsel de mate van solidariteit beïnvloeden.

In de dagelijkse politieke realiteit domineert veelal de klassieke vraag van Harold Lasswell: 'who gets what, when and how?' Uiteraard wordt de uitkomst van deze disputen mede bepaald door bestaande instituties en arrangementen. Voor wat betreft de gezondheidszorg, zijn deze arrangementen het afgelopen decennium in ons land ingrijpend hervormd. Het bespreken en analyseren van de invloed hiervan op de solidariteit in de zorg is het doel van dit hoofdstuk.

We zullen enkele solidariteitsconcepten definiëren die wij benutten bij de verdere uitwerking van ons perspectief. Vervolgens stellen we ons de vraag waarom er solidariteit bestaat binnen de financiering van de zorg en worden de belangrijkste ontwikkelingen binnen de solidariteit in het afgelopen decennium conceptueel-operationeel uitgewerkt. We concluderen dat de financiële solidariteitsoverdrachten in de zorg erg groot zijn en dat ook noodzake-

lijkerwijs zullen blijven, maar dat de aanpassingen binnen sommige arrangementen laten zien dat er ook 'grenzen' bestaan. Meer doelmatigheid blijft de belangrijkste politieke strategie om de behoefte aan steeds meer zorg te bekostigen.

VORMEN VAN SOLIDARITEIT

Wij bespreken de ontwikkelingen in de solidariteit in de zorg met behulp van drie begrippenparen. Op de eerste plaats kan onderscheid worden gemaakt tussen verplichte en vrijwillige solidariteit. Zo zijn mensen verplicht om een basisverzekering voor hun zorg af te sluiten. Deze verzekering 'dwingt' de nodige solidariteit af tussen netto-betalers en netto-ontvangers. Veel zorgsolidariteit is echter vrijwillig. Denk bijvoorbeeld aan de keuze voor een aanvullende zorgverzekering. Het is financieel echter van groter belang dat veel zorg nog steeds om niet wordt verstrekt, bijvoorbeeld door vrijwilligers of door de vele mantelzorgers. Zonder al deze vrijwillige zorg zou de betaalbaarheid van met name de langdurige zorg onder grote druk komen te staan. De overheid legt tot op zekere hoogte ook een claim op deze vrijwillige solidariteit. Dit zit verscholen achter termen als gebruikelijke zorg (de zorg die men wordt geacht aan partner of familielid te geven) binnen de formele indicatiestelling voor de Wet langdurige zorg of een concept als keukentafelgesprekken (bedoeld wordt een inventarisatie door de gemeente over wat de zorgvrager nog zelf kan doen, al dan niet met behulp van zijn sociale netwerk). De Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) is nadrukkelijk bedoeld om de verbindingen tussen verplichte en vrijwillige solidariteit beter te benutten. Juist omdat veel zorg een vrijwillig karakter heeft, zijn vraagstukken van eigen verantwoordelijkheid nooit ver weg.

De eigen verantwoordelijkheid komt nadrukkelijk terug in het onderscheid tussen geclausuleerde en ongeclausuleerde solidariteit. Ongeclausuleerde solidariteit legt

geen of minder beperkingen op aan patiënten of cliënten. Tegelijkertijd verwacht ze minder van zijn bijdrage in de behandelrelatie. Geclausuleerde solidariteit stelt wel ‘eisen’ of beperkingen aan de patiënt of cliënt. Een van de redenen waarom het legitiem lijkt de solidariteit niet te clausuleren, is dat de patiënt er niets aan kan doen dat hij ziek is geworden. Clausules kunnen bijvoorbeeld liggen in het zelfbeschikkingsrecht, bijvoorbeeld bij de keuze voor een bepaalde leefstijl. Clausules in de solidariteit hoeven niet alleen betrekking te hebben op de formele arrangementen, zoals de hoogte van de eigen bijdragen of restricties bij een persoonsgebonden budget. In principe kunnen clausules de behandelrelatie rechtstreeks raken. Bijvoorbeeld bij de vraag of er een recht bestaat op behandeling als deze vanuit wetenschappelijk oogpunt zinloos is; of wanneer de effectiviteit van de behandeling samenhangt met de leefstijl en therapietrouw van de patiënt (denk aan de levertransplantatie voor een alcoholist); en ze kunnen ook behandelaars uitsluiten van vergoeding via het collectief en daarmee de ‘vrije artsenukeuze’ belemmeren. Clausules kunnen behandelaars natuurlijk ook meer positieve opdrachten meegeven, bijvoorbeeld het standaard aanbieden van shared-decision making.

Het was lange tijd min of meer vanzelfsprekend dat de solidariteit in de zorg weinig clausules kende.³ Ziekte werd lange tijd geduid in termen van pech of geluk en nog weer daarvoor werd er ook vaak de hand van God in gezien. Met de snelle ontwikkeling van de life sciences in de afgelopen decennia is echter ook het belang van leefstijl bij het ontstaan en behandeling van veel (chronische) aandoeningen meer op de voorgrond gekomen. De *veil of ignorance* van John Rawls – de idee dat mensen achter een sluier van onwetendheid op basis van een rationele afweging kiezen voor een maatschappij waarin verliezers konden rekenen op solidariteit en compensatie door het collectief – bestond lange tijd ook als een feitelijke werkelijkheid binnen grote delen van de zorg, maar komt nu door het screenen

van allerlei risico's steeds meer onder druk te staan. Daarmee kan ook het perspectief veranderen op hoe binnen een collectief arrangement met dit soort vragen wordt omgegaan. Dit is soms ook wettelijk vastgelegd. Zo stelt artikel 1 van de Duitse Gesetzliche Krankenversicherung:

Versicherten sind für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an gesundheitlichen Vorsorgemaßnahmen sowie durch aktive Mitwirkung an Krankenbehandlung und Rehabilitation dazu beitragen, den Eintritt von Krankheit und Behinderung zu vermeiden oder ihre Folgen zu überwinden.⁴

Binnen de openbare financiën en de verzekeringseconomie is het verschil tussen inkomens- en risicosolidariteit een van de kernconcepten. Indien de mensen met een hoger inkomen meer bijdragen dan mensen met een lager inkomen spreekt men van inkomenssolidariteit. Dit wordt bijvoorbeeld gerealiseerd door een progressieve inkomensbelasting of door een inkomensafhankelijke premie in een zorgverzekering. Hiernaast kunnen mensen met een lager inkomen een tegemoetkoming krijgen in de kosten van zorg of van een zorgverzekering. Dat laatste gebeurt in ons land met behulp van een zorgtoeslag. Risicosolidariteit veronderstelt dat mensen met een ongelijk risico toch evenveel bijdragen aan de financiering van deze risico's. Een instrument om dit binnen een verzekering te bereiken is een verbod op premiedifferentiatie. Een verzekeraar vraagt dan evenveel premie voor oudere als voor jongere verzekerden. Eigen betalingen bij zorggebruik tasten de feitelijke risicosolidariteit aan omdat de zorggebruikers deze bijdragen moeten betalen.⁵ Omdat mensen met een lager inkomen vaker ziek zijn en ook korter leven, bestaat er in de praktijk de nodige overlap tussen inkomens- en risicosolidariteit. Dit kan dan weer een reden vormen om de groep met een lager inkomen niet te confronteren met een

eigen betaling of deze anderszins te compenseren. In het laatste geval hoeft de compensatie niet altijd ‘zichtbaar’ of ‘voelbaar’ te zijn voor de betrokkene. Zo bestaat er een administratieve scheiding tussen het betalen van zorgpremie en het ontvangen van een zorgtoeslag.

De precieze omvang van de solidariteit kunnen we uitdrukken in de solidariteitsoverdrachten. Daarmee kunnen de netto-betalers en de netto-ontvangers in een zeker jaar of over een langere periode in kaart worden gebracht. Dit zijn feitelijk schattingen, omdat er geen data voorhanden zijn over de hele levensloop van de deelnemers of omdat de omvang en de precieze waarde van de informele zorg moeilijk valt te becijferen. Het Centraal Planbureau (CPB) heeft met die beperkingen toch geprobeerd om de overdrachten gedurende de levensloop zo goed mogelijk in kaart te brengen.⁶ Mensen met een lager opleidingsniveau kwamen daaruit naar voren als netto-ontvangers, vooral van langdurige zorg, terwijl mensen met hogere opleidingen netto-betalers aan het systeem zouden zijn.

WAAROM IS ER SOLIDARITEIT IN DE FINANCIERING VAN ZORG NOODZAKELIJK?

Waarom bestaat er zoveel verplichte solidariteit in de zorg? Het antwoord op die vraag is dat vrijwillige solidariteit, de norm tot de komst van de verzorgingsstaat, niet meer volstaat om voor iedereen de noodzakelijke zorg te genereren die bovendien voldoet aan de stand van de medische wetenschap (bijvoorbeeld nieuwe maar dure technologieën) én daarnaast ook voldoet aan de maatschappelijke verwachtingen van de kwaliteit van zorg (bijvoorbeeld voldoende privacy in een verpleeghuis). Zonder een verplicht minimum aan risico- en inkomenssolidariteit komt de toegang tot deze zorg voor de slechte risico's en/of de lagere- en middeninkomens in het gedrang. Dit heeft veel te maken met het feit dat zorg steeds duurder wordt en dat de uitgaven scheef zijn verdeeld over de bevolking.

De kosten van opname in een verpleeghuis bedragen inmiddels zo'n zeventigduizend euro per jaar en de gemiddelde uitgaven voor elk van de duurste 1% van de patiënten in de Zorgverzekeringswet zijn ongeveer even hoog. Veel mensen maken bovendien gebruik van curatieve én langdurige zorg. Indien mensen dit soort bedragen zelf moeten betalen, dreigt voor velen een persoonlijk faillissement. Op een vrije markt zouden verzekeraars bovendien proberen juist deze groep zoveel mogelijk te weigeren, dan wel om ze een heel hoge premie in rekening te brengen, die velen niet zullen kunnen betalen.

Doordat de zorguitgaven de komende decennia zullen blijven groeien, onder meer door technologische ontwikkelingen, vergrijzing en de groei van de bevolking, nemen de persoonlijke financiële consequenties van ziekte verder toe. Omdat deze risico's zijn gecollectiviseerd binnen sociale verzekeringen en voorzieningen, nemen ook de solidariteitsoverdrachten tussen de netto-betalers en netto-ontvangers stilzwijgend toe. Dat kan op termijn het draagvlak voor de bestaande arrangementen aantasten. Dit hangt ook af van de uitkomst van het politieke proces: who gets what, when and how? Door de zorg doelmatiger te leveren, kunnen lastige politieke keuzes worden ontlopen of uitgesteld. Keuzes die wel gemaakt worden gaan dan ook vaak over zaken met marginale budgettaire consequenties, zoals de vraag of de rollator of de pil in het pakket moet zitten. Deze discussies zijn echter niet zonder belang voor de achterban van de diverse partijen. De argumentatie ten aanzien van de solidariteitsvragen wordt gescherpt en maatschappelijk uitvergroet, nieuwe paden worden verkend en soms voorbereid. Tegelijkertijd blijft de zoektocht naar meer doelmatigheid de breedst gedeelde strategie om de stijgende zorguitgaven het hoofd te bieden. Deze opvatting is dan ook nooit ver weg in het debat over de toekomst van de zorg.

In een recente studie voegt het CPB daaraan een relatief nieuwe dimensie toe door te wijzen op verschillen in

preferenties voor het collectieve niveau van de zorg. Het stelt dat mensen met een lager en met een hoger inkomen verschillende verwachtingen hebben ten aanzien van het voorzieningenniveau in de gezondheidszorg. Dit geldt bijvoorbeeld voor de wooncomponent in de ouderenzorg, de vrije artskeuze, de aard van de verzorging en voor medisch ‘minder noodzakelijke’ zorg. Hogere inkomens zouden hier meer voor willen betalen dan de lagere inkomens. Ze hebben andere voorkeuren. Omdat dit soort verstrekkingen door de collectieve financiering verplicht ten laste van de toekomstige inkomensgroei worden gebracht, gaan deze verschillen in preferenties steeds meer wringen, aldus het Planbureau.⁷

Anders gezegd, lagere inkomens zouden misschien desgevraagd liever opteren voor een auto of een vakantie, terwijl hogere inkomens misschien liever meer privacy willen in een verpleeghuis in plaats van een spreekwoordelijke tweede auto of een tweede vakantie. Het Planbureau wijst vervolgens naar Australië als een voorbeeld waar National Health Service en een private verzekering (voor hogere inkomens) goed naast elkaar zouden functioneren en tegemoetkomt aan deze verschillen in voorkeuren. Daarentegen heeft in veel landen met een sociale verzekering het aloude onderscheid tussen eerste, tweede en derde klasse verzekerden juist allengs aan belang verloren. Het planbureau zegt het niet, maar juist landen met een door de staat georganiseerde National Health Service kennen vaak een goed ontwikkeld privaat supplement of complement waardoor er meer verschillen zijn tussen ‘rijk’ en ‘arm’ in het voorzieningenniveau.

ONTWIKKELINGEN IN DE SOLIDARITEIT VAN DE ZORG

Deze paragraaf beschrijft hoe de verschillende vormen van solidariteit zijn gepositioneerd binnen ons zorgstelsel. Drie hervormingen in de arrangementen vormen daarbij de natuurlijke breukvlakken:

90

1. In 2006 verviel het onderscheid tussen particuliere verzekering en ziekenfonds. Hiervoor in plaats kwam een privaatrechtelijke basisverzekering met publieke randvoorwaarden.
2. In 2007 werd de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) gecreëerd. Deze bundelde bestaande subsidies op het welzijnsterrein met aanspraken op huishoudelijke zorg en op woonvoorzieningen. De Wmo wordt uitgevoerd door gemeenten en is sterk uitgebreid in 2015.
3. De Algemene Wet Bijzondere Zorgkosten werd in 2015 opgeheven. De Wet op de langdurige zorg (Wlz) moet voortaan die mensen opvangen die continu zorg nodig hebben.

DE OUDE STELSLS: PARTICULIERE VERZEKERING, ZIEKENFONDS EN AWBZ

Particuliere verzekering en ziekenfonds

De solidariteitsoverdrachten binnen de curatieve zorg hingen in het oude systeem samen met de vraag of men particulier verzekerd was (mensen met een hoger inkomen) of onder het ziekenfonds viel (mensen met een lager of middeninkomen). De particuliere verzekering betrof een vrijwillige verzekering, het ziekenfonds was echter verplicht. Binnen de particuliere verzekeringen bestond bovendien geen inkomenssolidariteit en was de risicosolidariteit beperkt.⁸ In de praktijk hadden clausules binnen particuliere verzekeringen ook meer betekenis dan binnen ziekenfondsen (restitutie impliceert bijvoorbeeld een wat stringenter pakketomschrijving door middel van een gesloten lijst en doordat men hogere eigen bijdragen calculeerde dan in het ziekenfonds). Door de lange historie van de contractplicht boden de ziekenfondsen bovendien de facto ook vrije artsenkeuze en verschilden ze materieel nauwelijks van particuliere restitutiepólissen. De pakketten waren eveneens verregaand naar elkaar toegegroeid. Zo daalde het aantal particuliere polissen op basis van klasse 1 of 2,

waarin zaken als eigen kamers werden geregeld, snel, van 22,7% in 1985 naar 1,6% in 2005. Met uitzondering van de uitvoeringskosten, zo'n 5% hoger in de particuliere verzekering, zijn ook de tarieven van de medische behandelingen in de jaren negentig geharmoniseerd, wat gunstige effecten had op de particuliere premieontwikkeling.⁹

Op een denkbeeldig continuüm van netto-ontvangers en netto-betalers was de particuliere verzekering vooral gunstig voor de hogere inkomens, voor jongeren, voor mensen met gunstige risico's en voor paren zonder kinderen. Het ziekenfonds was vooral gunstig voor kostwinners met een laag inkomen. Partner en kinderen waren immers min of meer gratis meeverzekerd. Aan de andere kant waren tweeverdieners zonder kinderen en met inkomens net onder de ziekenfondsgrens de grootste netto-betalers in dit systeem.¹⁰

AWBZ

De AWBZ was de verplichte verzekering voor de langdurige zorg. In de praktijk deden de mensen met een lager inkomen een veel groter beroep op deze verstrekkingen dan zij met een hoger inkomen.¹¹ Het persoonsgebonden budget, sinds 1995 onderdeel van de AWBZ, vormt daarop wel een belangrijke uitzondering.¹² De AWBZ werd gefinancierd vanuit sociale premies, rijksbijdragen en (inkomensafhankelijke) eigen bijdragen. Omdat de AWBZ-premie werd behandeld als integraal onderdeel van de belastingheffing, was de impact van premieveranderingen voor de inkomenssolidariteit beperkt. De door de AWBZ gegenereerde solidariteit hing vooral samen met de steeds toenemende werkingssfeer van deze regeling voor nieuwe doelgroepen. Daarbij kan men denken aan de RIAGG, de thuiszorg, de verzorgingshuizen, de abortusklinieken en de huishoudelijke hulp die geleidelijk allemaal onder deze regeling werden gebracht. We kunnen echter ook denken aan de introductie van minder geclausuleerde omschrijvingen van wat onder verzekerde zorg wordt verstaan. Denk aan de komst

van het persoonsgebonden budget in 1995 of aan de functionele omschrijvingen (met name begeleiding) in 2003. Hierdoor nam de risicosolidariteit binnen dit systeem snel toe. De premie steeg dan ook van 5,25% (1990) naar 13,45% in 2005 bij een inkomensgrens van dertigduizend euro in dat laatste jaar. Dit was mede mogelijk doordat de AWBZ de mogelijkheid voor een aparte subsidieregeling kende, waardoor overhevelingen eenvoudig inpasbaar waren zonder directe budgettaire consequenties. Die kwamen later omdat deze voorzieningen al snel als echte of pseudo-aanspraken werden gezien. De AWBZ kon zo functioneren als vangnet voor ingrepen in aanpalende terreinen van de verzorgingsstaat. Wel kon bij de indicatiestelling voor de AWBZ gebruik worden gemaakt van een clausule waarin gebruikelijke zorg, bijvoorbeeld door naaste familieleden, niet hoefde te worden vergoed.

ZORGVERZEKERINGSWET, WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING EN WET LANGDURIGE ZORG

Curatieve zorg

De nieuwe private basisverzekering, in 2006 door een centrumrechts kabinet ingevoerd, leidde in eerste instantie tot méér solidariteit. De premie voor de nieuwe basisverzekering was voor de helft inkomensafhankelijk (tot een inkomen van zo'n dertigduizend euro) en voor de andere helft nominaal vastgesteld, aanvankelijk zo'n duizend euro per jaar per verzekerde. De zorgkosten voor kinderen werden voortaan bekostigd uit algemene middelen. De vrijwillige solidariteit binnen de particuliere verzekeringen werd afgeschaft. De risico- en inkomenssolidariteit werd daarvoor uitgebouwd via onder meer het verbod op premiedifferentiatie en een gedeeltelijk inkomensafhankelijke premie. Het nieuwe systeem was ook gunstig voor particulier verzekerden met kinderen die daar voortaan geen premie meer voor hoefden te betalen.

Mensen met een lager inkomen, circa 25.000 euro voor alleenstaanden en veertigduizend euro voor meerpersoonshuishoudens, kregen nu een zogenaamde zorgtoeslag om de nominale premie betaalbaar te houden (maximaal 403 euro respectievelijk 1.155 euro). Bij de start van de nieuwe verzekering ging het al meteen om meer dan vijf miljoen huishoudens. Veel chronisch zieken konden bovendien een beroep doen op (nieuwe) regelingen die hen moesten compenseren voor extra kosten die niet waren verzekerd, maar samenhangen met hun aandoening (Wet tegemoetkoming chronisch zieken, Wtcg). Veel mensen kregen ook compensatie voor het eigen risico als ze dit jaar in jaar uit moesten betalen (Compensatie eigen risico, CER). Dit alles droeg ook bij aan meer risicosolidariteit.

De risicosolidariteit was al toegenomen doordat de eigen betalingen van patiënten waren afgenomen. Impliciete publieke garanties (macronacalculatie en de hoge ex-post nacalculaties voor verzekeraars) zorgden dat de prijs van het eigen risico aanvankelijk erg laag was. 95% van de verzekerden had daardoor behalve de verplichte no-claim (2006 en 2007) of het verplichte eigen risico (2008) geen vrijwillig eigen risico, terwijl dit in de voormalige particuliere verzekering voor velen juist wel het geval was. Hiernaast had 92% van de bevolking gekozen voor een aanvullende verzekering, dit waren er ook meer dan in het oude systeem. In het eerste jaar van het nieuwe stelsel namen de kosten van de verzekerde zorg daardoor met bijna 9% toe, veel meer dan de economische groei.¹³ Voor de schatkist kwamen daarbovenop nog de kosten voor de zorgtoeslag die uit de algemene middelen worden gefinancierd (2,5 miljard euro in 2006).

Na de transitie

De vele compensaties zorgden bij de invoering van het nieuwe stelsel dus voor meer solidariteit. Hoe is dat nu, tien jaar later? Enkele maatregelen hebben een behoorlijke invloed op de solidariteit gehad. Het eigen risico steeg in

zowel 2012 als 2013 substantieel. Veelgebruikers van zorg betalen daardoor nu circa 225 euro per jaar meer dan in 2006. Tegelijkertijd is de zorgtoeslag in 2008 voor mensen met een lager inkomen fors verhoogd ter compensatie van de overgang van de no-claim naar een systeem met eigen risico. In 2012 zijn enkel de mensen met de laagste inkomens nog gecompenseerd voor de stijging van het eigen risico. Omdat bovendien steeds meer mensen kiezen voor een vrijwillig eigen risico en juist minder vaak voor een aanvullende verzekering, liggen de eigen betalingen in de praktijk vaak hoger dan het verplichte eigen risico. Specifieke compensatieregelingen (CER en Wtcg) zijn inmiddels weer afgeschaft of met een forse bezuiniging overgeheveld naar de gemeenten. Hierdoor lijkt de risicosolidariteit binnen het arrangement voor de curatieve zorg weer wat afgenomen.

Tegelijkertijd zijn maatregelen genomen met positieve consequenties voor de inkomenssolidariteit. In 2012 is de inkomensdrempel voor de inkomensafhankelijke premie met zo'n 17.000 euro opgetrokken tot vijftigduizend euro, waardoor hogere inkomens meer premie zijn gaan betalen. Het beschikbare bedrag voor de zorgtoeslag is tegelijkertijd herverdeeld in de richting van de allerlaagste inkomens (ter compensatie voor het gestegen eigen risico). Mensen die recht hebben op de maximale zorgtoeslag betalen daardoor in 2015 zelfs een kleiner deel van de nominale premie dan in 2006 (tabel 1). De consequentie daarvan is wel dat de groep met inkomens tussen de circa 25.000 en 35.000 euro (vijftigduizend voor meerpersoonshuishoudens) er feitelijk op achteruit is gegaan. In 2016 (37%) is het aantal huishoudens dat recht heeft op de zorgtoeslag een heel stuk lager dan in 2006 (56%). De maatregelen die zijn genomen hebben echter de groei van de zorgtoeslag niet weten te stoppen. In 2016 wordt er bijna twee miljard meer uitgeven aan zorgtoeslag dan in 2006. Omdat de zorgtoeslag steeds wordt aangepast aan de gemiddelde premie in de markt, hebben de hogere inkomens meer voordeel van het feit dat de werkelijke gemiddelde premie vaak lager

is uitgekomen dan verwacht in de begroting. Het betreft cumulatief ruim driehonderd euro sinds 2006, en dit is vooral sinds 2013 gerealiseerd (tabel 1). Bij mensen die een zorgtoeslag ontvangen vindt er feitelijk een afroming van dit voordeel plaats in het eerstvolgende jaar.

Tabel 1. Kerncijfers premieontwikkeling (eenpersoonshuishoudens, euro's en procenten)

	2006	2010	2012	2013	2014	2015	2016
Verwachte premie Zvw	1.015	1.085	1.222	1.288	1.226	1.211	1.243
Premie gemiddeld	1.028	1.095	1.226	1.213	1.098	1.158	1.204
Verschil	-13	-10	-4	75	128	53	39
Eigen risico	no-claim	165	220	350	360	375	385
Premie max. zorgtoeslag	536	481	550	381	464	466	446
Inkomensafhankelijk	6,50%	7,05%	7,10%	7,75%	7,50%	6,95%	6,75%
Drempelinkomen	30.015	33.189	50.064	50.853	51.414	51.976	52.763
Premie AWBZ, Wlz	12,55%	12,15%	12,15%	12,65%	12,65%	9,65%	9,65%
Drempelinkomen	30.632	32.127	33.863	33.363	33.363	33.589	33.715
Zorgtoeslag #	56%	63%	62%	50%	43%	36%	37%
Zorgtoeslag (€ mrd.)	2.5	3.9	4.6	5.0	3.8	4.0	4.4

Bron: Begroting vws diverse jaren

Lanqdurende zorg

In 2007 werd de huishoudelijke hulp naar de nieuwe Wmo overgeheveld. Net als de facto de AWBZ wordt de Wmo gefinancierd uit algemene middelen; de inkomenssolidariteit is dan ook ongeveer gelijk, temeer omdat gemeenten geen gebruik mogen maken van een inkomenstoets. Wel kunnen gemeenten, meer dan de uitvoeringsorganen in de AWBZ (zorgkantoren) dat tot dan toe konden, deze zorg clausuleren aan de hand van de specifieke situatie van de zorgvrager (het keukentafelgesprek). De variatie in de geleverde zorg tussen gemeenten neemt dan ook toe. Dit was tot op zekere hoogte overigens ook de bedoeling van deze wetwijziging. Op landelijk niveau neemt de risicosolidariteit bij de naar de Wmo overgeheveld verstrekingen dan ook af. De uitvoeringspraktijk zal op termijn tussen

gemeenten waarschijnlijk meer gaan verschillen dan tussen zorgkantoren.

In 2015 is de AWBZ opgevolgd door de Wet langdurige zorg (Wlz). De Wlz is bedoeld voor intensieve zorg met een permanent karakter. De zorg vindt meestal plaats in een zorginstelling, maar kan ook worden verkregen met een persoonsgebonden budget of via een volledig pakket thuis. Lichtere zorg die vooral in verzorgingshuizen aan mensen met lagere inkomens wordt verleend, wordt uitgefaseerd. Extramurale zorg is inmiddels overgeheveld naar óf de Zvw (verpleging en persoonlijke verzorging) óf de Wmo (begeleiding en dagbesteding). Het tweede en derde jaar van psychiatrische zorg ging ook naar de Zvw (het eerste jaar was al in 2008 overgeheveld). De premie voor de Wlz is daardoor drie procent lager (9,65%) dan de premie van de oude AWBZ (12,65%). Overhevelingen naar de Wmo impliceren meer mogelijkheden voor clausulering en minder risicosolidariteit. Overhevelingen naar de Zvw hebben een drukkend effect op de inkomenssolidariteit doordat daar met een substantiële nominale premie wordt gewerkt. Tegelijkertijd neemt de risicosolidariteit iets toe door het kleinere belang van eigen betalingen binnen de Zvw dan voorheen binnen de AWBZ. Door de mogelijke keuze voor selectieve zorginkoop kan er in beginsel binnen de Zvw overigens ook meer met clausules worden gewerkt dan in de Wlz. De inkomenssolidariteit binnen de langdurige zorg nam verder marginaal toe doordat in 2013 een vermogensrendementsheffing werd geïntroduceerd. Een meerpersoonshuishouden moet bij gebruik van langdurige zorg een extra heffing betalen over het vrij besteedbaar vermogen boven 125.000 euro.

CONCLUSIES

Is de hoeveelheid solidariteit in de financiering van de zorg onder invloed van de stelselhervormingen nu toe- of

afgenomen? Dit artikel maakt duidelijk dat die vraag niet makkelijk valt te beantwoorden. Het is belangrijk om onderscheid te maken tussen de veranderingen binnen de arrangementen zelf en de feitelijke ontwikkelingen in de solidariteitsoverdrachten. Veranderingen in de arrangementen kenmerken zich door een groter aandeel verplichte solidariteit (met name door de opheffing van de particuliere verzekeringen); en door meer mogelijkheden voor clausulering (door mogelijkheden voor selectieve inkoop en door meer toegesneden indicatiestelling door gemeenten). Het beeld is diffuser bij ontwikkelingen van de risico- en de inkomenssolidariteit, maar het lijkt erop dat de inkomenssolidariteit iets is toegenomen. Dat geldt dan vooral voor de laagste inkomens die een beroep kunnen doen op de maximale zorgtoeslag. Hun nominale premie is lager dan tien jaar geleden. De kosten voor de zorgtoeslag zijn bovendien sterk gestegen. Hiernaast is ook de grens voor de inkomensafhankelijke zorgpremie opgetrokken met een stijging van de inkomenssolidariteit tot gevolg. Maar veel lagere middeninkomens hebben moeten inleveren op hun zorgtoeslag. Het niveau van de risicosolidariteit nam aanvankelijk ook fors toe. Dit is in de afgelopen paar jaar enigszins tenietgedaan door een combinatie van stijgende eigen betalingen, de afschaffing van enkele specifieke compensatieregelingen en door de komst van de Wmo binnen het stelsel van langdurige zorg.

We trekken de voorlopige en voorzichtige conclusie dat de arrangementen die de financiële solidariteit inkaderen maar beperkt zijn veranderd en dat daarbij vooral de allerlaagste inkomens zijn ontzien. Dit is materieel echter minder belangrijk dan de autonome groei van de solidariteitsoverdrachten die met name worden gegenereerd door de stijgende zorgkosten. Tot 2012 zijn die toegenomen met zo'n drie tot vier miljard euro per jaar. De zorgkosten zijn erg scheef verdeeld en daardoor leiden groeiende zorguitgaven in de praktijk tot vooral veel meer risicosolidariteit in de richting van de zwaardere en duurdere patiënten en

in de richting van de cliënten binnen de langdurige zorg.

Het antwoord op de vraag naar *who gets what, when and how* wordt dus vooral bepaald door de (groten)deels autonome groei van de zorguitgaven en veel minder door veranderingen in de arrangementen, ook al zijn deze ingrijpend hervormd, zoals in ons land het afgelopen decennium is gebeurd. Het is onduidelijk wat deze constatering betekent voor de lange termijn. Dit duidt er verder op dat diegenen die menen dat de stijging van de zorguitgaven op de langere termijn onhoudbaar is, hun hoop eerder moeten vestigen op meer doelmatigheid in de zorg dan op verandering van de solidariteitsarrangementen. Die doelmatigheidsvisie kent dan ook veel supporters binnen het politieke spectrum als die andere hoofddoelstelling van alle hervormingen. Tegelijkertijd is zo'n verbetering van doelmatigheid de inzet van nieuwe politieke strijd.¹⁴ Het zal immers gevestigde belangen raken. In de arbeidsintensieve zorgsector ligt het potentiële verlies aan werkgelegenheid daarbij al snel zwaar op de maag.

NOTEN

- 1 R. Verburg en R. ter Meulen, 'Solidariteit of rechtvaardigheid in de zorg? Een spanningsveld', in: *Tijdschrift voor Sociale Wetenschappen* 2005-48 nr. 1 en 2, p. 11-31.
- 2 Pauselijke Raad voor Rechtvaardigheid en Vrede, *Compendium van de Sociale Leer van de Kerk*, Licap cvba, 301, 2004, p. 180.
- 3 Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR), Den Haag: Volksgezondheid 1997.
- 4 Verzekerden dragen medeverantwoordelijkheid voor hun gezondheid; ze zouden door een gezonde leefstijl, door tijdig mee te werken aan preventieve gezondheidszorg en door therapietrouw bij curatieve en revalidatiezorg bijdragen aan herstel of aan het voorkomen van ziekte.
- 5 Overigens kan men vanuit normatieve overwegingen heel goed tot andere conclusies komen. Zo meende voormalig

- minister Hoogervorst dat eigen betalingen juist ook bijdroegen aan het draagvlak voor de totale solidariteit binnen het systeem.
- 6 Centraal Planbureau (CPB), *Gezondheid loont. Tussen keuze en solidariteit*, Den Haag 2013.
 - 7 Ibidem.
 - 8 Sinds 1986 moesten de goede risico's binnen de particuliere verzekeringen wel meebetalen aan de kosten van de slechte risico's binnen de particuliere verzekering (WTZ) en het ziekenfonds (MOOZ).
 - 9 P.P.T. Jeurissen, *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg, Signalement*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer 2005.
 - 10 EIM Onderzoek voor bedrijf en beleid, *Solidariteit in het ziektekostenstelsel, inkomens- en risicosolidariteit in het tweede compartiment*, Zoetermeer 2002.
 - 11 CPB, *Gezondheid loont*.
 - 12 P.P.T. Jeurissen, W.G.M. van der Kraan en P. Vos, 'Het persoonsgebonden budget', in: C.A. de Kam en A.P. Ros (red.), *Jaarboek Overheidsuitgaven 2008*, Sdu uitgevers, Den Haag 2008.
 - 13 Vektis, *Zorgmonitor. Jaarboek 2007. Financiering van de Zorg in 2006*, Zeist 2007.
 - 14 H.A.M. Maarse en D. Ruwaard, 'De politieke economie van de betaalbaarheid en de doelmatigheid van de zorg', in: *TPE digitaal* 2014-8,(2), p. 118-132.