



Sociaal en Cultureel Planbureau

Zorg en ondersteuning

Hoofdstuk 8 van Sociale en Culturele Ontwikkelingen 2024



Zorg en ondersteuning

auteurs

Evelien Eggink en Mirjam de Klerk

hoofdstuk 8 van

Koersen op kwaliteit van de samenleving

Sociale en Culturele Ontwikkelingen 2024

onder redactie van

Lotte Vermeij

Yvonne de Kluizenaar

Mark Reijnders

Marcel Coenders

Sociaal en Cultureel Planbureau

Den Haag, maart 2024, herziene versie juli 2024

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is een interdepartementaal, wetenschappelijk instituut, dat – gevraagd en ongevraagd – sociaal-wetenschappelijk onderzoek verricht. Het SCP rapporteert aan de regering, de Eerste en Tweede Kamer, de ministeries en maatschappelijke en overheidsorganisaties. Het SCP valt formeel onder de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Het SCP is opgericht bij Koninklijk Besluit op 30 maart 1973. Het Koninklijk Besluit is per 1 april 2012 vervangen door de ‘Regeling van de minister-president, Minister van Algemene Zaken, houdende de vaststelling van de Aanwijzingen voor de Planbureaus’.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2024

Eindredactie en productiebegeleiding: Future Communication, Utrecht

Opmaak binnenwerk: Xerox, Den Haag

Omslagontwerp: Xerox, Den Haag

Foto omslag: ANP | Hollandse Hoogte | Anjo de Haan

Copyright

U mag citeren uit SCP-rapporten, mits u de bron vermeldt.

U mag SCP-bestanden op een server plaatsen mits:

- 1 het digitale bestand (rapport) intact blijft;
- 2 u de bron vermeldt;
- 3 u de meest actuele versie van het bestand beschikbaar stelt, bijvoorbeeld na verwerking van een erratum.

Data

SCP-databestanden, gebruikt in onze rapporten, zijn in principe beschikbaar voor gebruik door derden via DANS: www.dans.knaw.nl.

Contact

Sociaal en Cultureel Planbureau

Postbus 16164

2500 BD Den Haag

www.scp.nl

info@scp.nl

Via onze website kunt u zich kosteloos abonneren op een elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

8 Zorg en ondersteuning

Veel mensen vinden een goede gezondheid het belangrijkste in het leven (zie bv. Boelhouwer 2010).¹ De gezondheidszorg staat in de top 5 van prioriteiten die mensen noemen voor een nieuw kabinet (Geurkink et al. 2023). Mensen willen op goede zorg en ondersteuning kunnen rekenen wanneer zij die nodig hebben. Maar de toegang en de kwaliteit van de zorg staan onder druk als gevolg van een stijgende vraag naar zorg. Die hangt onder meer samen met een toename in het aantal ouderen, in het aantal mensen dat verschillende gezondheidsproblemen tegelijk zal hebben en in de medische mogelijkheden (Staatscommissie Demografische Ontwikkelingen 2050 2024).² Daarnaast zal het tekort aan zorgpersoneel blijven toenemen (Den Broeder et al. 2023; Olsthoorn en Roeters 2023). Bij ongewijzigd beleid zal het aandeel van de beroepsbevolking dat in de zorg werkt naar verwachting moeten groeien van een zesde in 2019 tot een kwart in 2040 om aan de toenemende vraag te voldoen (WRR 2021). Het idee dat het ook in de toekomst kunnen blijven bieden van (voldoende) gezondheidszorg een probleem is, wordt breed gedeeld in de bevolking (Den Ridder et al. 2019).

De politiek kan ervoor kiezen om naar verhouding steeds meer geld uit te geven aan zorg en ondersteuning. Dan is er minder te besteden aan andere beleidsterreinen, zoals sociale zekerheid, klimaat, veiligheid, of onderwijs (WRR 2021). In 2019 gaf bijna driekwart van de bevolking aan dat zij meer geld aan zorg wil uitgeven, ook als dat ten koste gaat van andere domeinen (Den Ridder et al. 2019). Dergelijke afwegingen en keuzes kunnen weliswaar positieve effecten opleveren op het terrein van zorg, maar kunnen een bedreiging vormen voor andere terreinen en aspecten van de kwaliteit van de samenleving (zie de hoofdstukken 6, 7 en 9).

Om de zorgkosten te beheersen en de toegang en de kwaliteit van zorg en ondersteuning te waarborgen, moet de overheid keuzes maken (zie Plaisier et al. 2023a). Ook zorgorganisaties, zoals de Nederlandse Zorgautoriteit, Zorgverzekeraars Nederland en koepelorganisaties in de zorg, wijzen op de noodzaak van het maken van keuzes (Actiz 2023; NZa 2023; Zorgverzekeraars Nederland 2023). De voorstellen die de politieke partijen hebben gedaan lijken niet voldoende om de zorgkosten te kunnen beheersen (Plaisier et al. 2023a). Aanvullende keuzes zijn dus nodig.

In *Kwesties voor het kiezen 2023* schetste het SCP een aantal belangrijke politieke keuzes die van belang zijn voor de houdbaarheid van de zorg en ondersteuning (Plaisier et al. 2023a). We gaan in dit hoofdstuk dieper in op een aantal onderdelen daarvan:

- 1 Welke zorg en ondersteuning blijft de overheid bieden, en welke niet?
- 2 Kunnen mensen meer voor elkaar doen?
- 3 Kan de overheid meer eigen betalingen vragen van mensen?

Dit type keuzes heeft direct gevolgen voor de zorg die mensen kunnen krijgen. Het gaat daarbij niet alleen om de kwaliteit van leven (van mensen die zorg en ondersteuning nodig hebben of van mantelzorgers), maar ook om een rechtvaardige verdeling.

Zorg en ondersteuning vatten we in dit hoofdstuk breed op: soms gaat het vooral over de curatieve zorg (bv. bij preventie of eigen bijdragen), soms meer over ondersteuning vanuit het sociaal domein³ (bv. bij mantelzorg). Voordat we ingaan op de keuzes ten aanzien van zorg en ondersteuning, staan we kort stil bij het feit dat het gebruik van zorg sterk samenhangt met hulpbronnen, zoals gezondheid, opleiding en inkomen.

¹ Ook recentere gegevens geven dit aan: bijna de helft van de volwassen bevolking vindt gezondheid het belangrijkste in het leven (bron: SCP/CBS (NIB'21 en '22)).

² In Nederland is het recht op zorg volgens de stand van wetenschap en praktijk wettelijk vastgelegd, waardoor de zorguitgaven automatisch mogen groeien om geld vrij te maken voor kwaliteitsverbetering, zoals nieuwe behandelingen of medicijnen (Studiegroep Begrotingsruimte 2023).

³ Het sociaal domein omvat de taken die gemeenten hebben als het gaat om die ondersteuning die zijn vastgelegd in de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015 (Wmo), de Jeugdwet en (hier minder relevant) de Participatiewet. Het sociaal domein is te beschouwen als een vangnet voor mensen die het niet zelf of met hulp van hun omgeving redden.

8.1 Beleidskeuzes en wat mensen ervan (onder)vinden

8.1.1 Verschillen in zorggebruik naar hulpbronnen

Zorg en ondersteuning zijn belangrijke voorzieningen voor veel mensen. Zo heeft jaarlijks twee derde van de bevolking contact met de huisarts en een derde met een medisch specialist (CBS StatLine 2023a). In het sociaal domein krijgt per jaar bijna 7% van de bevolking ondersteuning op basis van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), zoals hulp bij het huishouden of vervoersvoorzieningen (Schellingerhout et al. 2021), en 9% van de jeugdigen krijgt jeugdzorg (CBS StatLine 2023b). Jaarlijks krijgt ongeveer 2% van de bevolking verpleeghuiszorg op basis van de Wet langdurige zorg (WLz) (CBS StatLine 2023c).

Mensen met weinig hulpbronnen maken vaker gebruik van zorg en ondersteuning dan anderen (zie bv. CBS StatLine 2023d; Pommer et al. 2018).⁴ Hiervoor is er een aantal redenen, zoals bestaande sociaal-economische verschillen in gezondheid (zie hoofdstuk 2). Niet alleen zijn hun leefomstandigheden en -omgeving minder gunstig (RVS 2020; SER 2023), maar ook kost gezond gedrag mensen met weinig hulpbronnen meer moeite dan anderen (zie bv. Kloosterman et al. 2023). Mensen met minder hulpbronnen hebben ook minder financiële mogelijkheden om particuliere zorg in te schakelen (Woittiez et al. 2019). Daarnaast hebben zij vaak een kleiner sociaal netwerk, zodat het verkrijgen van informele hulp lastiger is. Zij zijn dus vaker dan anderen aangewezen op zorg van de overheid.

Hulpbronnen als opleiding, inkomen en gezondheid hangen vaak onderling samen (De Klerk et al. 2023; Vrooman et al. 2023). Mensen met weinig hulpbronnen hebben niet alleen vaak een slechtere gezondheid, maar vaak ook geringere administratieve en gezondheidsvaardigheden die nodig zijn om zorg aan te vragen (Heijmans et al. 2018).⁵ Mensen met weinig hulpbronnen maken zich dan ook meer persoonlijke zorgen over de zorg en ondersteuning dan mensen die minder vaak zorg nodig hebben (Den Ridder et al. 2019). Dit alles overziend zijn mensen met weinig hulpbronnen dus vaker afhankelijk van collectieve zorg en ondersteuning dan anderen, en zullen zij in het algemeen meer gevolgen ondervinden van beleidskeuzes.

8.1.2 Welke zorg en ondersteuning blijft de overheid bieden, en welke niet?

De eerste keuze die de politiek moet maken als het gaat om de houdbaarheid van de zorg, betreft de vraag welke zorg en ondersteuning mensen minimaal van de overheid kunnen verwachten en welke niet. We gaan in op de vraag waar onder- en bovengrenzen van de zorg en ondersteuning zouden moeten liggen, of de overheid meer moet inzetten op preventie en wat gevolgen van aanscherping zouden zijn voor mensen met meer en minder hulpbronnen. En wat zijn de opinies van burgers hierover?

Onder- en bovengrenzen aan de zorg

Binnen het sociaal domein lijken mensen met complexe ondersteuningsbehoeften minder goed geholpen te worden: bijvoorbeeld in de jeugdzorg, waar wachtlijsten zijn voor de jeugdbescherming (Kromhout et al. 2020). Gemeenten lijken voorrang te geven aan lichte (goedkopere) hulp voor een grote groep mensen boven zware (duurdere) hulpvormen voor een kleine groep mensen in een kwetsbare positie.⁶ Dit roept de vraag op welke keuzes de politiek wil maken. Wat zijn de ondergrenzen van de zorg: wat zou de overheid minimaal moeten bieden zodat mensen met ernstige problematiek niet door een ondergrens zakken? Het gaat hier om de kwaliteit van leven en de brede bestaanszekerheid van mensen, die over meer gaat dan alleen hun financiële situatie (Goderis et al. 2023; zie ook hoofdstuk 9). Waar deze grens precies moet liggen, is niet objectief vast te stellen.

⁴ Een uitzondering is de jeugdzorg. Daar maken juist mensen met een hoger inkomen vaker gebruik van, met name de lichtere vormen van jeugdzorg (Hilderink et al. 2020; Schellingerhout 2020). Dit komt vooral doordat zij de weg naar hulp beter weten te vinden (Van Yperen et al. 2019).

⁵ Gezondheidsvaardigheden zijn 'de vaardigheden van individuen om informatie over gezondheid te verkrijgen, te begrijpen, te beoordelen en te gebruiken bij het nemen van gezondheidsgerelateerde beslissingen' (Heijmans et al. 2018: 1). Deze vaardigheden zijn nodig om zorg of ondersteuning aan te vragen.

⁶ Hier spelen financiële prikkels een rol die het voor gemeenten en private uitvoerders gunstiger maken om voorrang te geven aan het bieden van lichte ondersteuning (Stam 2020).

Te lage grenzen kunnen leiden tot veel zorggebruik. Te hoge grenzen kunnen tot verergering van gezondheidsproblemen leiden, met alle gevolgen van dien voor de kwaliteit van leven, participatie en zorgkosten op de lange termijn.

Aan de andere kant is het de vraag waar de bovengrenzen van de zorg liggen: moeten en kunnen alle problemen van mensen wel met (publiek gefinancierde) zorg worden opgelost (zie ook Plaisier et al. 2023a)? Denk aan het lopende debat over de reikwijdte van de jeugdzorg (TK 2022/2023a), of de mate waarin mensen huishoudelijke hulp via de Wmo moeten kunnen krijgen. Bij de medische zorg gaat het om de vraag wat noodzakelijke zorg is en welke zorg via het basispakket vergoed wordt. Bij het bepalen wat wel of niet wordt vergoed, kan ook worden gekeken naar de mogelijke gezondheidswinst (WRR 2021). Denk daarbij bijvoorbeeld aan de vraag of levensverlengende behandelingen altijd moeten worden uitgevoerd of – zoals de meeste mensen vinden – alleen bij voldoende kwaliteit van leven (ZiN 2022).⁷

Inzetten op preventie?

Bij het stellen van grenzen aan de zorg kan het gaan om de keuze tussen meer nadruk op het voorkomen van gezondheidsproblemen of zware zorg (preventie), of meer nadruk op de *behandeling* van gezondheidsproblemen. Zo is de gedachte in het sociaal domein dat het gebruik van lichte voorzieningen het gebruik van zwaardere voorzieningen kan voorkomen ('afschaling') (TK 2013/2014). Investeren in gezondheid en gezond gedrag (preventie) kan kwetsbaarheid van mensen voorkomen en hun kwaliteit van leven ten goede komen (Plaisier et al. 2023b). Hiermee kan het bijdragen aan meer participatie, duurzame inzetbaarheid op de arbeidsmarkt en meer belastinginkomsten, zo is de gedachte (Jeurissen et al. 2018). Preventie is het uitgangspunt van verschillende overheidsprogramma's.⁸ Een ruime meerderheid van de bevolking ondersteunt het idee dat de zorg meer gericht moet zijn op preventie dan op behandeling en dat een gezonde leefstijl meer aandacht moet krijgen (ZiN 2022). Ruim twee derde van de burgers geeft aan het er (helemaal) mee eens te zijn dat de overheid gezond leven als doel heeft. De verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl zou volgens de burger wel bij mensen zelf moeten liggen, maar zowel burgers als overheid zouden hieraan meer moeten doen (Wagemans et al. 2023; zie ook tabel 8.1). Mensen zouden onder meer zelf gezond gedrag moeten aanleren en hulp zoeken als dat niet lukt, en de overheid zou gezond gedrag moeten stimuleren (zie tabel B8.1 en B8.2 in de bijlage, te raadplegen via www.scp.nl bij deze publicatie).

Het is echter lastig om te bepalen of en onder welke condities preventie effectief is, ook omdat de effecten vaak pas op langere termijn zichtbaar zijn (zie bv. Boot en Knapen 2013; Tuenten et al. 2021). Tot nu toe heeft de inzet vanuit het Nationaal Preventieakkoord de verwachtingen niet waar kunnen maken. Er zijn betere of intensievere implementatie van de bestaande maatregelen of aanvullende maatregelen nodig om de gezondheid te verbeteren (RIVM 2024). Ook is bijvoorbeeld de verwachte afschaling van de ondersteuning vanuit het sociaal domein (nog) niet van de grond gekomen: het gebruik van zowel lichtere als zwaardere zorgvormen nam toe (Schellingerhout et al. 2021).⁹ Het lijkt daarom verstandig om de verwachtingen ten aanzien van kostenbesparing via preventie, zeker op korte termijn, te temperen (Reijnders et al. 2023).

Verskillende gevolgen voor mensen met veel en weinig economische hulpbronnen

Bij het aanscherpen van de grenzen van de zorg en ondersteuning bestaat het risico dat dit met name neerslaat bij mensen met weinig hulpbronnen, die vaker op hulp van de overheid zijn aangewezen. Het is van belang te zorgen dat er voor hen voldoende toegang tot zorg blijft om een goede kwaliteit van leven te kunnen waarborgen. Het verruimen van de grenzen kan leiden tot meer zorggebruik, niet alleen bij mensen met weinig hulpbronnen, maar ook bij mensen met veel hulpbronnen. Deze laatste groep zou dan mogelijk hulp vanuit haar netwerk of particuliere hulp inruilen voor publiek gefinancierde hulp. Dit zou de druk op de zorg nog meer vergroten.

⁷ Het Zorginstituut Nederland adviseert onder meer over passende zorg, over welke zorg in de basisverzekering thuishoort en voor welke patiënten een bepaalde behandeling wel of niet noodzakelijk is.

⁸ Bijvoorbeeld het Nationaal Preventieakkoord, Integraal Zorgakkoord (IZA), Gezond en Actief Leven Akkoord (GALA) en de Hervormingsagenda Jeugd (zie resp. VWS 2018; TK 2022/2023b, 2022/2023a; VWS 2023a).

⁹ Dit speelt in sterke mate bij de jeugdzorg.

De meningen over investeringen in preventie in de zorg en ondersteuning verschillen tussen mensen met veel en weinig hulpbronnen. Mensen met alleen een basis-/vmbo-opleiding of een lager inkomen leggen de verantwoordelijkheid voor een gezonde leefstijl minder bij de burger dan anderen (tabel 8.1). Op de vraag wat burgers zouden moeten doen, geven zij minder vaak dan anderen aan dat burgers gezond gedrag moeten aanleren en ongezond gedrag moeten afleren. Op de vraag wat de overheid zou moeten doen, vinden mensen met alleen een basis-/vmbo-opleiding minder vaak dan anderen dat de overheid ongezond gedrag moet ontmoedigen of verbieden, en willen zij juist vaker voorlichting dan anderen (tabel B8.1 en B8.2 in de bijlage). Mensen met weinig hulpbronnen voelen zich verantwoordelijk voor een gezonde leefstijl, maar willen daarbij vaker dan mensen met veel hulpbronnen hulp om dat te bereiken.

Tabel 8.1 Opinies over gezond leven, naar opleiding en inkomen, bevolking 18 jaar en ouder, 2022 (in procenten)

	totaal	opleiding			inkomen				
		havo, bo, vmbo	vwo, mbo	hbo, wo	kwintiel				
					1 ^e	2 ^e	3 ^e	4 ^e	5 ^e
gezond leven is overheidsdoel^a									
(helemaal) mee eens	70	63	65	80	65	67	67	69	81
heel veel verantwoordelijkheid voor^b									
burgers	67	58	67	73	55	61	68	72	76
gemeenten	40	40	43	37	40	42	40	39	38
landelijke overheid	48	46	50	47	45	48	48	49	50

a Vraagstelling: 'Hoe oneens of eens bent u het ermee dat de overheid tot doel heeft dat mensen zo gezond mogelijk leven?' Dit verschilt significant naar opleiding en inkomen.

b Vraagstelling: 'Hoeveel verantwoordelijkheid nemen de partijen hieronder nu om ervoor te zorgen dat mensen zo gezond mogelijk leven?' De opinies over de taak van burgers en van de landelijke overheid verschillen significant naar opleiding en inkomen.

Bron: SCP (VV'22)

Omdat mensen met verschillende hulpbronnen ook verschillen in gezondheidsgedrag, zal het bereik en de effecten van preventie afhangen van het type interventie dat wordt ingezet (Busch en Lucht 2012). Door de interventies goed af te stemmen op de mensen met weinig hulpbronnen, die ze het meest nodig hebben, kan het bereik worden vergroot en kan de meeste gezondheids- of welzijns winst worden behaald. Naast deze interventies is het van belang om ook de leefomstandigheden van mensen te verbeteren: als mensen bijvoorbeeld schulden hebben, zal leefstijl voor hen minder prioriteit hebben (RIVM en Pharos 2018).

Kortom, een scherpere afbakening van zorg en ondersteuning zal mensen met weinig hulpbronnen meer raken dan anderen. Een afbakening van de ondergrens van zorg is lastig te bepalen.

8.1.3 Kunnen mensen meer voor elkaar doen?

De tweede politieke keuze betreft het al dan niet inzetten op meer mantelzorg. Veel mensen geven al mantelzorg (zie hoofdstuk 3). Het is de vraag of mensen meer mantelzorg kunnen en willen geven dan zij nu doen. In deze paragraaf gaan we na in hoeverre mensen meer voor elkaar kunnen en willen doen, en of er daarbij verschillen zijn tussen mensen met veel of weinig hulpbronnen. We kijken daarbij ook naar opvattingen van burgers.

De vraag naar (mantel)zorg in de thuissituatie stijgt, zowel door de vergrijzing als door het beleid van langer thuis wonen. Niet alleen vraagt het beleid van ouderen – ook van ouderen met een zware hulpbehoefte – om langer zelfstandig te wonen, waardoor de vraag naar zorg thuis toeneemt (VWS 2022). Ook worden mensen geacht eerst na te gaan of het eigen netwerk ondersteuning kan bieden, voordat zij bij de gemeente aankloppen voor ondersteuning uit het sociaal domein (TK 2013/2014).

Dit beleid zou niet alleen de zorg houdbaarder moeten maken, maar ook moeten leiden tot meer redzaamheid en een meer zorgzame samenleving (Kromhout et al. 2018).

Waar de overheid steeds meer nadruk legt op hulp uit het netwerk, zien we dat burgers vinden dat de zorg voor mensen met gezondheidsproblemen meer een taak voor de overheid is dan voor burgers, en dat de overheid juist meer verantwoordelijkheid zou moeten nemen dan ze nu doet (Wagemans et al. 2023). Ditzelfde beeld gaat op voor de zorg aan hulpbehoevende ouders (De Boer et al. 2020). Een minderheid vindt het goed dat de overheid verwacht dat mensen voor elkaar zorgen als iemand chronisch ziek is of een beperking heeft, of dat mensen die vanwege een langdurige ziekte of beperking hulp nodig hebben, deze hulp zoveel mogelijk van familie, vrienden of burens moeten krijgen (zie tabel 8.2).

In de opvattingen over zorgen voor anderen zien we enige verschillen tussen mensen met veel en weinig economische hulpbronnen. Zo vinden mensen met alleen een basis-/vmbo-opleiding en met een laag inkomen vaker dat (vooral) de overheid een taak heeft om voor mensen met langdurige beperkingen te zorgen. Verder vinden mensen met alleen een basis-/vmbo-opleiding minder vaak dat mensen voor hun ouders moeten zorgen als deze hulp nodig hebben (tabel 8.2).

Tabel 8.2 Mening of zorg voor anderen vooral een taak voor de overheid of voor de familie is, naar opleiding en inkomen, bevolking 18 jaar en ouder, 2021/2022 (in procenten)

	totaal	opleiding			inkomen				
		havo, bo, vmbo	vwo, mbo	hbo, wo	kwintiel				
					1^e	2^e	3^e	4^e	5^e
zorg voor ouders^a									
vooral overheid	11	19	11	14	15	14	11	9	7
meer overheid	57	55	56	55	54	58	56	59	57
meer familie	30	21	30	27	28	25	31	30	33
vooral familie	3	5	3	4	3	3	2	2	3
voor ouders zorgen^b									
(helemaal) eens	38	37	37	39	40	36	40	35	37
verwachting overheid^c									
(helemaal) eens	23	25	22	24	24	22	25	22	23
hulp familie^d									
(helemaal) eens	15	14	14	16	16	13	14	15	15

a Vraagstelling: 'Vindt u zorg voor hulpbehoevende ouders een taak voor: (...)'. Dit verschilt significant naar opleiding en inkomen.

b Vraagstelling: 'Mensen zouden voor hun ouders moeten zorgen als deze hulp nodig hebben.' Dit verschilt significant naar opleiding.

c Vraagstelling: 'Het is goed dat de overheid verwacht dat mensen voor elkaar zorgen als iemand chronisch ziek is of een beperking heeft.' Dit verschilt significant naar opleiding of inkomen.

d Vraagstelling: 'Als mensen vanwege een langdurige ziekte of beperking hulp nodig hebben, moeten zij deze hulp zoveel mogelijk van familie, vrienden of burens krijgen.' Dit verschilt significant naar opleiding of inkomen.

Bron: SCP/CBS (NIB'21 en '22)

Respondenten die de zorg voor anderen als de verantwoordelijkheid van de overheid zien, is gevraagd welke taken zij voor de overheid weggelegd zien. Zij noemen vooral het ondersteunen van mantelzorgers en vrijwilligers bij het geven van hulp, hen met een vergoeding te belonen en te regelen dat professionele zorgverleners hen af en toe kunnen afwisselen. Dat laatste noemen mensen met maximaal een havo-, vwo- of mbo-opleiding of mensen met een laag inkomen minder vaak dan anderen. Mensen zien voor burgers vooral taken weggelegd bij het doen van een boodschap of klusje voor familie, burens of vrienden, en bij het bieden van zorg of begeleiding aan familieleden. Een beduidend kleiner aandeel noemt zich aanmelden als vrijwilliger; mensen met een hbo- of wo-opleiding iets vaker dan mensen met een andere opleiding (zie tabellen B8.3 en B8.4 in de bijlage).

De mogelijkheden voor meer hulp uit het netwerk zijn beperkt. Zo zegt maar een kwart van de mensen die noch mantelzorger noch vrijwilliger in de zorg zijn, te willen én te kunnen helpen (De Klerk et al. 2017). Of zij ook echt gaan helpen, zal ervan afhangen wie er hulp nodig heeft. Belangrijke redenen om geen (extra) hulp te geven zijn gebrek aan tijd of een slechte gezondheid, maar ook reisafstand en de onderlinge relatie (De Klerk et al. 2015). Overigens willen hulpontvangers ook niet altijd informele zorg ontvangen, bijvoorbeeld omdat zij anderen niet tot last willen zijn (CBS 2020).

Deel van de mantelzorgers is ernstig belast; ondersteuning belangrijk

Veel mantelzorgers krijgen een fijn gevoel door het helpen (De Boer et al. 2019). Echter, ongeveer een op de tien mantelzorgers is ernstig belast door de mantelzorg die ze biedt (De Boer et al. 2020). Die belasting uit zich onder meer in gezondheidsproblemen en een hoge tijdsdruk. Ook kan het geven van mantelzorg ten koste gaan van deelname aan het onderwijs of de arbeidsmarkt. Zo werken mantelzorgers minder uren dan anderen, en kampen zij vaker met langdurig verzuim (Josten et al. 2022; zie ook hoofdstuk 3). Daarnaast zijn de studieprestaties van jongere mantelzorgers lager dan van anderen (De Boer en De Roos 2022; Van Tienen et al. 2018). Overbelasting kan ook gevolgen hebben voor de hulpontvanger: overvraagde mantelzorgers geven bijvoorbeeld vaker aan hun geduld te verliezen (De Boer et al. 2019).

Dit laat zien hoe belangrijk het is om overbelasting te voorkomen. Hiertoe kunnen gemeenten vanuit de Wmo bijvoorbeeld een financiële tegemoetkoming inzetten of respijtzorg, zoals een tijdelijke opname (VWS 2023b). Maar wachtlijsten en administratieve procedures belemmeren het gebruik daarvan (MantelzorgNL 2024; Ross 2020). Werkgevers en onderwijsinstellingen kunnen een rol spelen met bijvoorbeeld verlofregelingen, flexibel werk en begrip van de leidinggevende of de onderwijsinstelling (De Boer et al. 2020). Ook zouden zij bijvoorbeeld meer aandacht kunnen hebben voor de competenties die (jonge) mantelzorgers opdoen (De Roos en De Boer 2023). Mantelzorgers geven aan het meest geholpen te zijn met begrip en waardering en met een financiële tegemoetkoming (De Boer et al. 2020).

Een grotere inzet op mantelzorg kan ervoor zorgen dat mensen zich (meer dan nu) verplicht voelen om te helpen, bijvoorbeeld omdat er niemand anders beschikbaar is of de hulpbehoevende alleen door deze persoon geholpen wil worden. Hierdoor kan de belasting voor mantelzorgers toenemen, vooral bij de mantelzorg aan partners en kinderen (De Klerk et al. 2015). Onduidelijk is wat de gevolgen van meer mantelzorg zijn voor de kwaliteit van de zorg.

Als mantelzorg en arbeid lastig te combineren zijn gaan vrouwen, vaker dan mannen, structureel minder uren werken. Dat doen zij in plaats van een dag vrij te nemen of afspraken te maken met hun leidinggevende (bv. over thuiswerken, andere werktijden of werkinhoud), zoals mannen vaker doen (Plaisier et al. 2017). Dit kan de economische zelfstandigheid van vrouwen onder druk zetten. Omdat vrouwen vaker dan mannen mantelzorgtaken op zich nemen (De Boer et al. 2020), zal de steeds grotere druk op de informele hulp vooral voor hen gevolgen hebben.

Samengevat gaat de tweede politieke keuze over het al dan niet inzetten op meer mantelzorg. Burgers vinden dat (vooral) de overheid verantwoordelijk is voor de zorg. Mensen willen elkaar wel helpen, maar de mogelijkheden van het netwerk moeten niet worden overschat. Anderzijds geven veel mensen mantelzorg en doen de meeste mensen dat met plezier. Meer aandacht voor bijvoorbeeld de competenties die mensen opdoen bij het mantelzorgen kan mogelijk het potentieel aan mantelzorgers vergroten.

8.1.4 Kan de overheid meer eigen betalingen vragen van mensen?

Een derde politieke keuze betreft het aanpassen van de eigen betalingen van mensen om de overheidsuitgaven in de zorg te dekken.¹⁰ Eigen betalingen worden bijvoorbeeld hoger als het basispakket kleiner wordt of eigen risico's hoger worden. Ook worden eigen betalingen hoger als de eigen bijdragen toenemen, zoals de voorgenomen herinvoering van een inkomensafhankelijke eigen

¹⁰ Op andere mogelijkheden voor besparingen, zoals efficiënter werken of de inzet van meer technologie, gaan we in dit hoofdstuk niet in.

bijdrage in de Wmo (TK 2022/2023c), of als nieuwe eigen bijdragen worden ingevoerd, zoals een eigen bijdrage op de wijkverpleging (Rijksoverheid 2023).¹¹ Internationaal gezien zijn de zorgkosten voor burgers (premies en eigen betalingen) in Nederland beperkt (Jeurissen et al. 2018; WRR 2021). Toch vindt een derde van de volwassenen de kosten die zij zelf voor de zorg moeten betalen nu al hoog (Meijer 2023). Mensen met een laag inkomen krijgen vaker zorg dan anderen, maar hun uitgaven worden voor een deel gecompenseerd door lagere eigen bijdragen (waar deze inkomensafhankelijk zijn, zoals in de Wlz) en de zorgtoeslag (zie bv. Olsthoorn et al. 2017). Mensen met minder hulpbronnen zijn vaker persoonlijk bezorgd over de betaalbaarheid van de zorg dan anderen (Den Ridder et al. 2019).

Wanneer de eigen betalingen worden verhoogd, kan dat ook effect hebben op het zorggebruik en de verdeling daarvan. Afhankelijk van de exacte invulling kan dit meer of minder rechtvaardig uitpakken (WRR 2021; zie ook RVS 2023). Enerzijds kan een hogere eigen bijdrage ten koste gaan van de gelijke toegang tot zorg. Anderzijds kan dit doorwerken in de solidariteit in het zorgstelsel. Mensen met een hoger inkomen betalen op verschillende manieren meer dan mensen met een lager inkomen. De vraag is hoe mensen tegen deze zaken aankijken, welke gevolgen dit heeft voor het zorggebruik, en bij welke groepen.

Veel steun voor solidair zorgstelsel

In Nederland is er veel steun voor ons op solidariteit gebaseerde zorgstelsel (Den Ridder et al. 2019; WRR 2021). Zo vindt een ruime meerderheid van de bevolking het oneerlijk om hoge zorgkosten vooral te laten betalen door de mensen die (veel) zorg nodig hebben. Ook is een meerderheid bereid mee te betalen aan zorgbehandelingen waarvan zij zelf (nog) geen gebruikmaakt (ZiN 2022). Met name mensen met een goede gezondheid – en vaak veel economische hulpbronnen – zijn meer bereid (een beetje) extra te betalen voor hun zorg (ZiN 2022). Ook zijn zij, net als mensen met een hoog inkomen of een hbo-/wo-opleiding, vaker dan anderen bereid tot financiële solidariteit: meebetalen voor mensen die veel zorg nodig hebben (Meuleman et al. 2020; De Witt 2019; ZiN 2022). Mensen wegen verschillende factoren mee bij de vraag wie solidariteit verdient.¹² Zo willen mensen vaker meebetalen aan zorgkosten voor mensen die geen schuld hebben aan hun ziekte of aandoening (bv. erfelijke aanleg voor ziekten), maar minder aan de zorgkosten voor mensen met een ongezonde levensstijl of een hoog inkomen (Meijer et al. 2023a; ZiN 2022).

Gevolgen van meer eigen betalingen

Aan de andere kant zegt, ook zonder verhoging van de eigen betalingen, een op de tien mensen te bezuinigen op zorg. Deze mensen stellen zorg uit, of kunnen hun zorgverzekering niet betalen. En twee vijfde zegt dat zij zorg zou mijden als ze krap bij kas zou zitten (ZiN 2022). Dit onderschrijft het veronderstelde remgeldeffect van eigen betalingen (WRR 2021; zie ook RVS 2023). De vraag is wel wanneer dit bedoelde effect ongewenste vormen aanneemt. Een te hoge bijdrage kan ertoe leiden dat sommige mensen noodzakelijke zorg gaan mijden en hun gezondheidsproblemen verergeren (Van Esch et al. 2015; Meijer et al. 2023b). Zo leidde het invoeren van een eigen bijdrage in de geestelijke gezondheidszorg tot minder behandelingen, maar ook tot meer zwaardere zorg (Lambregts en Van Vliet 2018). Daarmee kunnen hogere eigen betalingen niet alleen leiden tot minder kwaliteit van leven, maar op termijn ook tot hogere kosten voor zowel de burger als de overheid (bv. Jeurissen et al. 2018; Rijksoverheid 2023).

Een ander bezwaar is dat de gevolgen van meer betalen voor de zorg zullen verschillen tussen inkomensgroepen. Mensen met een slechtere gezondheid – vaak mensen met minder hulpbronnen – worden het meest geraakt door hogere betalingen. Zij hebben minder vaak een aanvullende verzekering die de zorgkosten kan beperken (Bruggink 2022). Een hoger eigen risico in de Zorgverzekeringswet (Zvw) of hogere eigen bijdragen in het sociaal domein of de langdurige zorg zal

¹¹ De wijkverpleging is een onderdeel van het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw), waarvoor geen eigen bijdrage wordt geheven.

¹² In de literatuur daarover (*deservingness*) worden naast de controle over de oorzaken van hulpbehoefte (*control*), vaak ook de behoefte of het tekort (*need*), de houding en dankbaarheid van de hulpbehoevende (*attitude*), de bijdrage aan de samenleving of verzorgingsstaat (*reciprocity*), en in hoeverre iemand wordt beschouwd als deel uitmakend van dezelfde sociale groep (*identity*) onderscheiden als het gaat om de vraag wie hulp verdient (zie bv. Van Oorschot 2000).

ook vooral mensen in hun portemonnee raken die een slechtere gezondheid hebben.¹³ Als de eigen betalingen te hoog worden, zullen vooral mensen met weinig economische hulpbronnen zorg gaan mijden (zie ook Patiëntenfederatie Nederland 2023).

Mensen met veel economische hulpbronnen kunnen meer beroep op particuliere hulp doen als de eigen betalingen te hoog worden (Plaisier en Den Draak 2019). Dit versterkt het verschil tussen mensen met weinig en veel hulpbronnen. Niet alleen kan particuliere zorg voor hen goedkoper zijn als de eigen betalingen hoog zijn, maar deze zorg kan ook van betere kwaliteit zijn dan de reguliere zorg (Plaisier en Den Draak 2019). Bovendien trekt dit personeel weg uit de publieke sector, waar personeel toch al schaars is.

Kortom, een lage eigen bijdrage verlaagt (ook voor hogere inkomens) de drempel om zorg te gaan gebruiken. Dit kan dus een aanzuigende werking hebben, zoals doorrekeningen van de gevolgen van een lager eigen risico in de Zvw laten zien (Remmerswaal en Boone 2020). Hierdoor kunnen weliswaar meer mensen geholpen worden, maar de kosten zijn hoog. Wanneer vooral mensen met een hoog inkomen daar gebruik van maken, kan dit daarbij de zorg en ondersteuning aan anderen verdringen. Zo heeft het invoeren van het relatief lage abonnementstarief in de Wmo geleid tot een sterke groei in het gebruik van huishoudelijke hulp bij de midden- en hogere inkomens (CBS 2023; Onstenk et al. 2022).¹⁴ Zij betaalden eerder hun huishoudelijke hulp zelf. Sommige politieke partijen pleiten voor het verlagen of afschaffen van het eigen risico in de Zvw (zie bv. Plaisier et al. 2023a). Hiermee zullen meer mensen geholpen kunnen worden, maar dit kan ook een aanzuigende werking hebben bij mensen met een hoog inkomen, die het eigen risico ook zelf kunnen dragen. Dan zullen de zorguitgaven van de overheid fors toenemen, tenzij de verzekeringspremie of belastingen omhoog gaan.

8.2 Reflectie: politieke keuzes en burgerperspectief

Veel mensen ontvangen zorg en ondersteuning, niet alleen van de overheid maar ook van mantelzorgers of particuliere hulp. Deze zorg en ondersteuning staat echter onder druk. Bij gelijkblijvend beleid zal het begrotingstekort toenemen vanwege de stijgende vraag naar zorg, maar ook de krapte op de arbeidsmarkt speelt een grote rol in de zorg. Om de zorg en ondersteuning ook in de toekomst toegankelijk te houden zonder dat dit ten koste gaat van andere beleidsterreinen, moeten er keuzes worden gemaakt (Plaisier et al. 2023a). Welke zorg en ondersteuning biedt de overheid in de toekomst en welke niet? Wie moet die zorg geven, en wie moet daarvoor betalen?

8.2.1 Keuze 1: welke zorg en ondersteuning blijft de overheid bieden, en welke niet?

Keuzes om het gebruik van publieke zorg en ondersteuning te beperken, zullen overwegend gevolgen hebben voor de kwaliteit van leven van mensen met weinig economische hulpbronnen. Dat komt doordat zij vaker dan anderen publiek gefinancierde zorg nodig hebben. Mensen met weinig hulpbronnen hebben niet alleen vaker zorg en ondersteuning nodig, maar vinden door hun geringere gezondheidsvaardigheden en de complexiteit van het zorgsysteem ook moeilijker hun weg in het systeem. Daarnaast kunnen ze minder particuliere hulp inschakelen. Goede toegang tot zorg en ondersteuning die de overheid biedt is van belang. Wat zou de overheid minimaal moeten bieden, zodat mensen met ernstige problematiek niet door een ondergrens zakken? Wat zijn de ondergrenzen van bijvoorbeeld de kwaliteit van leven? En wat zijn de mogelijke gevolgen voor de solidariteit in de samenleving als de overheid besluit om (nog) meer te doen voor mensen in kwetsbare situaties – wat mogelijk nadelig kan zijn voor mensen die over meer hulpbronnen beschikken? Waar die grenzen liggen, is lastig te bepalen (zie ook hoofdstuk 9). Dat zijn politieke en ethische vraagstukken die in samenspraak met de samenleving beantwoord moeten worden.

¹³ Een vrijwillig eigen risico kan de premie verminderen maar de kosten extra verhogen als mensen toch zorg nodig hebben. Voor een aanvullende verzekering geldt het omgekeerde: de premie wordt hoger, maar de eventueel te betalen zorgkosten worden lager (Douven et al. 2016).

¹⁴ Het afschaffen van het abonnementstarief kan er wel toe leiden dat eigen bijdragen vanuit verschillende regelingen zich opstapelen. Ook die stapeling komt waarschijnlijk terecht bij de mensen met laag inkomen.

In het algemeen lijken preventieve maatregelen, zoals het bevorderen van gezond gedrag, meer effect te hebben bij mensen met veel hulpbronnen (RIVM en Pharos 2018), terwijl gezond gedrag juist voor mensen met weinig hulpbronnen vaak van belang is voor hun kwaliteit van leven. Er is meer inzicht nodig in het bereik en de effectiviteit van preventie. Bij het maken van keuzes is het van belang er rekening mee te houden dat mensen met minder hulpbronnen zich minder aangesproken voelen als het gaat om gezond gedrag en daartoe minder mogelijkheden zien. Daarom is er voor hen waarschijnlijk meer of andere beleidsinzet nodig, bijvoorbeeld aandacht op scholen voor een gezondere voeding en het stimuleren van meer bewegen.

Sommige keuzes in de zorg zullen direct gevolgen hebben voor de gezondheid of het zorggebruik. Andere keuzes, zoals over preventie, zullen pas op de lange termijn te merken zijn. Van de overheid mag worden verwacht dat ze zowel naar de korte als naar de lange termijn kijkt.

8.2.2 Keuze 2: kunnen mensen meer voor elkaar doen?

De tweede keuze die de politiek zal moeten maken, betreft de vraag of het netwerk meer kan doen, zoals de overheid voorstaat. Waar de overheid de nadruk legt op een meer zorgzame samenleving, vinden burgers dat (vooral) de overheid verantwoordelijk is voor de hulp aan bijvoorbeeld hulpbehoevende ouderen. Dit vinden met name voor mensen met weinig economische hulpbronnen. Hoewel mensen elkaar wel willen helpen, zijn daar grenzen aan en de mogelijkheden van het netwerk moeten niet worden overschat. Zo zal het aantal alleenstaanden en mensen zonder kinderen groeien; zij kunnen niet automatisch een beroep doen op eerstegraads familieleden. Bovendien is een deel van het netwerk al overbelast en kan het geven van (intensieve) mantelzorg bijvoorbeeld de deelname aan de arbeidsmarkt bemoeilijken. Goede, laagdrempelige ondersteuning kan belangrijk zijn om de zorg vol te kunnen houden, zeker wanneer het beroep op deze hulp groeit. Ook is het belangrijk om het sociale netwerk te versterken waarop mensen een beroep kunnen doen bij gezondheidsproblemen. Daarnaast is het goed om ook oog te hebben voor de positieve kanten van mantelzorg. Zo kunnen mantelzorgers productiever zijn door competenties die zij opdoen bij het zorgen, of meer werkplezier of studieplezier ervaren door de combinatie van rollen (Geurts et al. 2005; McNall et al. 2010).

De overheid zet in op meer mantelzorg, maar ook op meer deelname aan de arbeidsmarkt. Er wordt met name een beroep gedaan op vrouwen om (meer) te gaan werken, terwijl zij ook vaak mantelzorg leveren. Zoals gezegd kan dit elkaar in de weg zitten (de zogenoemde ‘combinatiedruk’, zie ook hoofdstuk 3). Daarom is een integrale vormgeving van beleid gewenst op het terrein van mantelzorg, arbeid, onderwijs, vrijwilligerswerk en vrijetijdsbesteding (kortom: brede participatie), net als adequate ondersteuning. Recent worden mogelijkheden genoemd als een basisvergoeding voor mantelzorgers die professionele zorg vervangen (Peters et al. 2023; RVS 2023), of het wegnemen van drempels in bijvoorbeeld regelgeving die mensen kunnen beletten om mantelzorg te geven. Denk aan het korten op uitkeringen als mensen die mantelzorg geven hun huishouden delen met degene voor wie zij zorgen (RVS 2024). Het verdient de aandacht om deze mogelijkheden verder te verkennen.

8.2.3 Keuze 3: kan de overheid meer eigen betalingen vragen van mensen?

In het algemeen is de (financiële) solidariteit op het gebied van de zorg in Nederland hoog. Een meerderheid van de bevolking is bereid om voor elkaars zorg te betalen, met name voor mensen die veel behoefte hebben aan zorg of een laag inkomen hebben. Mensen met een hoger inkomen zijn daar meer toe bereid en in staat dan anderen. Maar mensen met weinig hulpbronnen zouden zorg kunnen gaan mijden als de zorg voor hen te duur wordt. Dit kan tot grotere gezondheidsproblemen leiden en daarmee tot hogere zorgkosten voor henzelf én de overheid op de langere termijn. Hierbij moet worden aangetekend dat de gevolgen van het mensen meer laten betalen voor hun zorg af zullen hangen van de hoogte van de betalingen. Voor een rechtvaardige verdeling is het van belang een goede afweging te maken bij wie de lasten vooral neerslaan.

Bij het maken van keuzes is het belangrijk om te bewerkstelligen dat ook mensen met weinig hulpbronnen toegang tot zorg en ondersteuning hebben, en dat tegelijkertijd het draagvlak voor het beleid op peil blijft. Op dit moment is er een groot draagvlak voor ons zorgsysteem (Den Ridder et al. 2019). Gezonde mensen betalen mee aan de zorg voor anderen; hogere inkomens betalen soms hogere eigen

bijdragen. Maar mensen maken zich zorgen over de zorg en in bredere zin over bestaanszekerheid (Den Ridder et al. 2023).

De gevolgen van maatregelen als het afschalen van de zorg en ondersteuning en meer meebetalen, lijken vooral neer te slaan bij mensen met weinig hulpbronnen. Dit kan de ongelijkheid in de samenleving vergroten, zowel in de gezondheid als in het gebruik van zorg. Voor de verschillen tussen mensen met veel of weinig hulpbronnen is het ook relevant of de eigen betalingen inkomensafhankelijk zijn of niet.

Het beperken van de mogelijkheden om publieke zorg en ondersteuning te verkrijgen of daar meer voor te moeten betalen heeft op verschillende manieren gevolgen voor de arbeidsmarkt. Mensen met voldoende financiële middelen zouden een groter beroep op particuliere zorg kunnen gaan doen. Hierdoor zou zorgpersoneel kunnen worden weggetrokken uit de publieke sector, waar de personeelskrapte al groot is. Een ander gevolg kan zijn dat mensen grotere gezondheidsproblemen krijgen en daardoor minder aan de arbeidsmarkt kunnen deelnemen. Keuzes in de zorg kunnen niet alleen gevolgen hebben voor de arbeidsmarkt, maar ook voor sociale voorzieningen. Als mensen bijvoorbeeld veel moeten betalen voor zorg, kan dat leiden tot armoede en daarmee tot extra druk op (andere) sociale voorzieningen (RVS 2023; Studiegroep Begrotingsruimte 2023). Andersom kunnen ook omstandigheden op andere levenssterreinen gevolgen hebben voor de gezondheid en daarmee voor het beroep op zorg. Zo hangt de (mentale) gezondheid ook samen met bijvoorbeeld de woning, de woonomgeving en financiële omstandigheden (Pharos 2022). Het is daarom van belang om breed te kijken naar het gezondheidsbeleid, of zoals de Sociaal-Economische Raad adviseert, het beleid in brede zin (SER 2023).

Hoewel de maatregelen die we bespreken vooral lijken neer te slaan bij de mensen met de minste hulpbronnen, zullen ook mensen met meer hulpbronnen de gevolgen merken en wellicht meer moeten mantelzorgen of meer moeten betalen. De vraag is wat de maatregelen doen met de solidariteit. In hoeverre zal dat van invloed zijn op de bereidheid om te betalen voor de zorg voor anderen? Zijn mensen met veel hulpbronnen bereid zelf zorg te betalen of te regelen als de zorg en ondersteuning wordt afgeschaald? En wat doet dit alles met het vertrouwen in de overheid (Den Ridder et al. 2023; zie ook hoofdstuk 5 en 10)? De overheid zal bij aanpassingen van het zorgstelsel een afweging moeten maken tussen de opinies en belangen van mensen met veel en weinig hulpbronnen.

Literatuur

- Actiz (2023). *Hoe moet de zorg gefinancierd worden? Analyse van de verkiezingsprogramma's 2023*. Geraadpleegd 24 januari 2024 via www.actiz.nl/hoe-moet-de-zorg-gefinancierd-worden.
- Boelhouwer, J. (2010). *Wellbeing in the Netherlands. The SCP life situation index since 1974*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A. de en S. de Roos (2022). *Kerncijfers jonge mantelzorgers in Nederland (16-24 jaar)*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A. de, I. Plaisier en M. de Klerk (2019). *Mantelzorgers in het vizier. Beleidssignalement mantelzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boer, A. de, M. de Klerk, D. Verbeek-Oudijk en I. Plaisier (2020). *Blijvende bron van zorg. Ontwikkelingen in het geven van informele hulp 2014-2019*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Boot, J.M. en M.H.J.M. Knapen (2013). *De Nederlandse gezondheidszorg*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Broeder, L. den, C. Couwenbergh, H. Hilderink en J. Polder (2023). *Opgaven voor volksgezondheid en zorg op weg naar 2050. Vooruitblik Volksgezondheid Toekomstverkenning 2024*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Bruggink, J.W. (2022). *Gezondheid, zorggebruik en verzekeringsvorm*. Geraadpleegd 29 januari 2024 via www.cbs.nl/nl-nl/longread/statistische-trends/2022/gezondheid-zorggebruik-en-verzekeringsvorm/4-conclusie.
- Busch, M.C.M. en F. van der Lucht (2012). *Effecten van preventieve interventies: zijn er verschillen tussen mensen met een lage en een hoge sociaal economische status?* Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- CBS (2020). *Bij zorgbehoefte in de toekomst wil men niet altijd mantelzorg*. Geraadpleegd 18 maart 2024 via www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/39/bij-zorgbehoefte-in-de-toekomst-wil-men-niet-altijd-mantelzorg.
- CBS (2023). *Kwart meer gebruik hulp bij het huishouden via Wmo dan in 2019*. Geraadpleegd 8 januari 2024 via www.cbs.nl/item?sc_itemid=7bod6004-1b8d-4e64-a531-fdf95337a516&sc_lang=nl-nl.
- CBS StatLine (2023a). *Gezondheid, leefstijl, zorggebruik en -aanbod, doodsoorzaken; vanaf 1900*. Geraadpleegd 18 maart 2024 via opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/37852/table?ts=1705492928109.
- CBS StatLine (2023b). *Kerncijfers over jeugdzorg*. Geraadpleegd 18 maart 2024 via opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/85099NED/table?ts=1675072479523.
- CBS StatLine (2023c). *Personen met indicatie naar gebruik Wlz-zorg; indicatie, leveringsvorm, zzp*. Geraadpleegd 9 februari 2024 via opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/84529NED/table?ts=1707474508950.
- CBS StatLine (2023d). *Gezondheid en zorggebruik; persoonskenmerken*. Geraadpleegd 31 januari 2024 via opendata.cbs.nl/#/CBS/nl/dataset/85454NED/table?dl=9BFD5.
- Douven, R., M. Remmerswaal en L. Kranendonk (2016). *Keuzegedrag verzekeren en risicosolidariteit bij vrijwillig eigen risico*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Esch, T.E.M. van, A.E.M. Brabers, C. van Dijk, P. Groenewegen en J.D. de Jong (2015). *Inzicht in zorgmijden. Aard, omvang, redenen en achtergrondkenmerken*. Utrecht: Nivel.
- Geurkink, B., E. Miltenburg en J. den Ridder (2023). *Burgerperspectieven 2023 | extra verkiezingsbericht*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Geurts, S.E.A., T.W. Taris, M.A.J. Kompier, J.S.E. Dijkers, M.L.M. Van Hooff en U.M. Kinnunen (2005). *Work-home interaction from a work psychological perspective: development and validation of a new questionnaire*. In: *Work & Stress*, jg. 19, nr. 4, p. 319-330.
- Goderis, B., D. Verbeek-Oudijk, C. Geppert en S. Muns (2023). *Bestaanszekerheid*. In: W. Huijink, D. Verbeek-Oudijk en R. Willems (red.), *Kwesties voor het kiezen. Maatschappelijke thema's voor de Tweede Kamerverkiezingen 2023*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Heijmans, M., A. Brabers en J. Rademakers (2018). *Health literacy in Nederland*. Utrecht: Nivel.
- Hilderink, A., I. Niessen, A. de Nooijer, C. van Schoubroeck, D. Schoonenberg, G. Lustermaans, C. van Helmond, L. Groen, V. Hemmelder, T. van den Broek en R. Jansen (2020). *Stelsel in groei. Een onderzoek naar financiële tekorten in de jeugdzorg*. Utrecht: Andersson Elffers Felix.
- Jeurissen, P., H. Maarse en M. Tanke (2018). *Betaalbare zorg*. Den Haag: Sdu.
- Josten, E., E. Verbakel en A. de Boer (2022). *A longitudinal study on the consequences of the take-up of informal care on work hours, labour market exit and workplace absenteeism due to illness*. In: *Ageing & Society*, p. 1-24 (doi.org/10.1017/S0144686X22000204).

- Klerk, M. de, A. de Boer, I. Plaisier, P. Schyns en S. Kooiker (2015). *Informele hulp: wie doet er wat? Omvang, aard en kenmerken van mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg en ondersteuning in 2014*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, A. de Boer, I. Plaisier en P. Schyns (2017). *Voor elkaar? Stand van de informele hulp in 2016*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Klerk, M. de, E. Eggink, I. Plaisier en K. Sadiraj (2023). *Zicht op zorgen. Kerncijfers over de problematiek, hulpbronnen, leefsituatie en ondersteuning van mensen in het sociaal domein*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kloosterman, R., M. Akkermans, C. Reep en M. Tummers-van der Aa (2023). *(On)gezonde leefstijl 2022: opvattingen, motieven en gedragingen*. Geraadpleegd 8 januari 2024 via www.cbs.nl/nl-nl/longread/rapportages/2023/on--gezonde-leefstijl-2022-opvattingen-motieven-en-gedragingen?onepage=true#c-9--Totaalbeeld.
- Kromhout, M., N. Kornalijslijper en M. de Klerk (red.) (2018). *Veranderde zorg en ondersteuning voor mensen met een beperking. Landelijke evaluatie van de Hervorming Langdurige Zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kromhout, M., P. van Echtelt en P. Feijten (2020). *Sociaal domein op koers? Verwachtingen en resultaten van vijf jaar decentraal beleid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Lambregts, T. en R. van Vliet (2018). GGZ-gebruik daalt door invoering eigen bijdrage. In: *Economisch Statistische Berichten*, jg. 103, nr. 4757, p. 20-21.
- MantelzorgNL (2024). *12670 handtekeningen tegen regelkolder overhandigd in de Tweede Kamer*. Geraadpleegd 18 maart 2024 via www.mantelzorg.nl/nieuws/12-670-handtekeningen-tegen-regelkolder-overhandigd-in-de-tweede-kamer.
- McNall, L.A., J.M. Nicklin en A.D. Masuda (2010). A meta-analytic review of the consequences associated with work-family enrichment. In: *Journal Business and Psychology*, jg. 25, nr. 3, p. 381-396.
- Meijer, M. (2023). *Bijna één op de tien Nederlanders zegt te bezuinigen op zorg*. Geraadpleegd 5 september 2023 via www.nivel.nl/nl/nieuws/bijna-een-op-de-tien-nederlanders-zegt-te-bezuinigen-op-zorg.
- Meijer, M., A. Brabers en J. de Jong (2023a). *Solidariteit in het Nederlandse zorgstelsel. Een onderzoek naar de ontwikkeling van de bereidheid om te betalen voor zorgbehandelingen van anderen tussen 2013 en 2021*. Utrecht: Nivel.
- Meijer, M., A. Brabers en J. de Jong (2023b). *Zorgmijding vanwege financiële redenen*. In: *VGE Bulletin*, jg. 5, p. 3-5.
- Meuleman, B., F. Roosma en K. Abts (2020). Welfare deservingness opinions from heuristic to measurable concept: The CARIN deservingness principles scale. In: *Social Science Research*, jg. 85, art. 102352 (doi.org/10.1016/j.ssresearch.2019.102352).
- NZa (2023). *Stand van de zorg 2023*. Utrecht: Nederlandse Zorgautoriteit.
- Olsthoorn, M. en A. Roeters (2023). *Reflectie SCP op Aanpak arbeidsmarktkrapte: Krappe arbeidsmarkt vraagt om meer mensgerichte oplossingen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Olsthoorn, M., E. Pommer, M. Ras, A. van der Torre en J.M. Wildeboer Schut (2017). *Voorzieningen verdeeld. Profijt van de overheid*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Onstenk, A., A. Slagman, M. Batterink, M. Blom, N. Bilo, R. van Haaren, R. van Weert en W. Oosterom (2022). *De boeg golf voorbij? Vierde meting monitor abonnementstarief Wmo*. Utrecht: Significant.
- Oorschot, W. van (2000). Who should get what, and why? On deservingness criteria and the conditionality of solidarity among the public. In: *Policy & Politics*, jg. 28, nr. 1, p. 33-48.
- Patiëntenfederatie Nederland (2023). *Onderzoek stapeling zorgkosten*. Utrecht: Patiëntenfederatie Nederland.
- Peters, A., H. Alderliesten, L. Hoogendijk, T. Knegt en H. Nies (2023). *Is betaling van mantelzorg de oplossing?* In: *Sociale Vraagstukken*, 22 maart 2022. Geraadpleegd 5 september 2023 via www.socialevraagstukken.nl/rubrieken/beschouwing/is-betaling-van-mantelzorgers-de-oplossing.
- Pharos (2022). *Sociaal economische Gezondheidsverschillen (SEGV)*. Geraadpleegd 31 mei 2023, via www.pharos.nl/factsheets/sociaaleconomische-gezondheidsverschillen-segv.
- Plaisier, I. en M. den Draak (2019). *Wonen met zorg. Verkenning van particuliere woonzorg voor ouderen*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, I., A. de Boer en M. de Klerk (2017). *Genderverschillen in gebruik van strategieën op het werk door mantelzorgers*. In: *Tijdschrift voor Genderstudies*, jg. 20, nr. 2, p. 147-163.

- Plaisier, I., E. Eggink, F. Bucx en M. de Klerk (2023a). Zorg en ondersteuning. In: W. Huijink, D. Verbeek-Oudijk en R. Willems (red.), *Kwesties voor het kiezen. Maatschappelijke thema's voor de Tweede Kamerverkiezingen 2023*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Plaisier, I., P. Schyns, K. Kadrouch-Outmany, A.L. Schotel en M. de Klerk (2023b). *Gezien, gehoord en geholpen willen worden. Ervaringsverhalen over gemiste ondersteuning uit het sociaal domein*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Pommer, E., J. Boelhouwer, E. Eggink, A.M. Marangos en I. Ooms (2018). *Overall rapportage sociaal domein 2017. Wisselend bewolkt*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Reijnders, M., F. Bucx, R. Schellingerhout en E. Eggink (2023). Adequate ondersteuning van mensen in kwetsbare situaties. In: D. Verbeek-Oudijk, S. Hardus, A. van den Broek en M. Reijnders (red.), *Sociale en Culturele Ontwikkelingen. Stand van Nederland 2023* (p. 70-89). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Remmerswaal, M. en J. Boone (2020). *Eigen betalingen in de Zorgverzekeringswet. Bijlage bij het rapport Zorgkeuzes in Kaart 2020*. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Ridder, J. den, P. van Houwelingen, S. Kooiker en P. Dekker (2019). *Burgerperspectieven 2019*|2. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Ridder, J. den, S. Kunst, C. Hartman en E. Miltenburg (2023). *Burgerperspectieven 2023*|2. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rijksoverheid (2023). *Niets doen is geen optie. IBO Ouderenzorg*. Den Haag: Rijksoverheid.
- RIVM (2024). *Impact van het Nationaal Preventieakkoord voor roken, overgewicht en problematisch alcoholgebruik*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- RIVM/Pharos (2018). *Gezondheidsverschillen verkleinen: wat werkt, wat niet?* Bilthoven/Utrecht: RIVM/Pharos.
- Roos, S. de en A. de Boer (2023). Mantelzorg, een lust of een last voor jongeren? In: *Sociale Vraagstukken*, 7 december 2023.
- Ross, C. (2020). *Rapport 'aanjager respijtzorg'*. Den Haag: Rijksoverheid.
- RVS (2020). *Gezondheidsverschillen voorbij*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- RVS (2023). *Met de stroom mee. Naar een duurzaam en adaptief stelsel van zorg en ondersteuning*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- RVS (2024). *Van overleven naar bloeien*. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving.
- Schellingerhout, R. (2020). *Leefsituatie van ouders met kinderen in de jeugdzorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Schellingerhout, R., E. Eggink, J. Boelhouwer en I. Ooms (2021). *Voorzieningen in 3D. Gebruik van voorzieningen in het sociaal domein 2015-2019 vanuit verschillende perspectieven: personen, huishoudens, regio's en trends*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- SER (2023). *Gezond opgroeien, wonen en werken. Naar een structurele gezondheidsaanpak en bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- Staatscommissie Demografische Ontwikkelingen 2050 (2024). *Gematigde groei*. Den Haag: Staatscommissie Demografische Ontwikkelingen 2050.
- Stam, J. (2020). *Blijvende zorg*. Den Haag: Nationale Ombudsman.
- Studiegroep Begrotingsruimte (2023). *Bijsturen met het oog op de toekomst*. Den Haag: Ministerie van Financiën.
- Tienen, I. van, A. de Boer, S. de Roos, C. van der Heijde en P. Vonk (2018). *Gezondheids- en studieuitkomsten bij mantelzorgende studenten*. Amsterdam/Den Haag: Vrije Universiteit/Universiteit van Amsterdam/Sociaal en Cultureel Planbureau.
- TK (2013/2014). *Regels inzake de gemeentelijke ondersteuning op het gebied van zelfredzaamheid, participatie, beschermd wonen en opvang. Memorie van toelichting bij de Wet maatschappelijke ondersteuning 2015*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2013/2014, 33841, nr. 3.
- TK (2022/2023a). *Hervormingsagenda jeugd*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2022/2023, 31839, nr. 917.
- TK (2022/2023b). *Integraal Zorg Akkoord: Samen werken aan gezonde zorg*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2022/2023, 31765, nr. 655.
- TK (2022/2023c). *Zorg en maatschappelijke ondersteuning. Brief regering; voortgangsbrief Wmo 2015*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2022/2023, 29538, nr. 350.
- Tuenter, T., B. van den Berg en I. Bastiaanssen (2021). *Effecten van preventie in het jeugdveld. Literatuuronderzoek*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.

- Vrooman, C., J. Boelhouwer, J. Iedema en A. van der Torre (2023). *Eigentijdse ongelijkheid. De postindustriële klassenstructuur op basis van vier typen kapitaal. Verschil in Nederland 2023*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- VWS (2018). *Nationaal Preventieakkoord. Een gezonder Nederland*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2022). *WOZO. Programma Wonen, Ondersteuning en Zorg voor Ouderen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2023a). *GALA. Gezond en Actief Leven Akkoord*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- VWS (2023b). *Mantelzorgagenda 2023-2026*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Wagemans, F. en S. Peters, m.m.v. A. Steenbekkers en S. Hoff (2023). *Roep om een overheid die verantwoordelijkheid neemt. Burgers over de verdeling van verantwoordelijkheden bij grote maatschappelijke opgaven*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Witt, S. de (2019). *Solidariteit in de gezondheidszorg; opvattingen over zorgpremie en leefstijl*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Woittiez, I., E. Eggink en D. Verbeek-Oudijk (2019). *Wat als zorg wegvalt. Een simulatie van alternatieven voor zorg en ondersteuning voor mensen met een gezondheidsbeperking*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- WRR (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*. Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid.
- Yperen, T. van, A. van de Maat en J. Prakken (2019). *Het groeiend jeugdzorggebruik. Duiding en aanpak*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut.
- ZiN (2022). *Huidige zorg in Nederland*. Diemen: Zorginstituut Nederland.
- Zorgverzekeraars Nederland (2023). *2023 wordt het jaar van stevige keuzes in de zorg!* Geraadpleegd 25 januari 2024 via www.zn.nl/actueel/2023-wordt-het-jaar-van-stevige-keuzes-in-de-zorg.

Dit is een uitgave van:

Sociaal en Cultureel Planbureau
Postbus 16164
2500 BD Den Haag
www.scp.nl
info@scp.nl