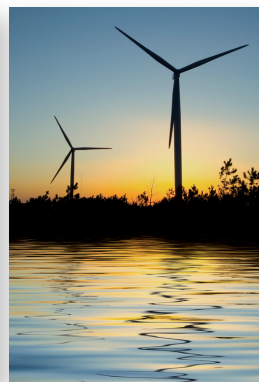




Economische Berichten

■ nr. 19 ■ 24 september 2014



Afhankelijkheid en zorg: Zorgen voor morgen?

De veroudering van de bevolking zal de komende jaren een steeds grotere groep mensen confronteren met afhankelijkheid en de daarmee verbonden kosten. Naast een forse uitbreiding van het formele zorgaanbod vereist dit ook inspanningen om de kosten van het afhankelijkheidsrisico betaalbaar te houden. Uit een door KBC uitgevoerde enquête bij 622 personen tussen 50 en 75 jaar blijkt dat 69% zich in meer of mindere mate zorgen maakt over het leven na pensionering. 58% van de personen die zich hierover zorgen maakt, is bezorgd over de beschikbaarheid en kwaliteit van zorg in geval van afhankelijkheid. 47% is bezorgd over de betaalbaarheid van zorg. Uiteraard wenst iedereen zo lang mogelijk gezond te blijven, maar daarna vormen het behoud van financiële onafhankelijkheid en het zo lang mogelijk in de eigen woning kunnen blijven de twee belangrijkste wensen van de bevroegden. De enquête toont dat er bovenop de publieke financiering van zorg ruimte is voor aanvullende private verzekeringsproducten, temeer daar de publieke financiering allicht hoe langer hoe minder in de dekking van de afhankelijkheidskosten kan voorzien. 76% van de bevroegden heeft interesse in dergelijke verzekeringsproducten.

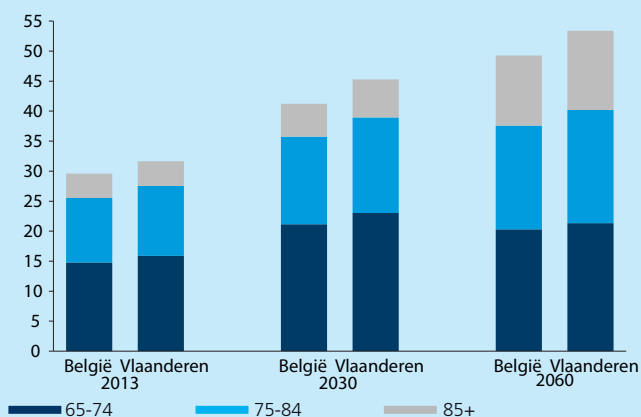
Demografisch perspectief

De bevolking in de westerse landen is bezig aan een trendmatige veroudering. Terwijl de groei van de totale bevolking zal stilvallen, zal het aantal bejaarden aanzienlijk toenemen. Het gecombineerd effect van de daling van de nataliteit tijdens de voorbije decennia enerzijds en van de stijgende levensverwachting anderzijds zal de komende jaren op kruissnelheid komen. Het aantal geboortes per vrouw in België is gedaald tot gemiddeld 1,8 in 2013, tegenover nog 2,3 in 1950. De gemiddelde levensverwachting bij de geboorte steeg daarentegen van 62 jaar voor mannen en 67 jaar voor vrouwen in 1950 naar respectievelijk 78 jaar en 83 jaar in 2013. Volgens de jongste vooruitzichten van het Federaal Planbureau blijft de nataliteit op lange termijn op iets hoger dan 1,8, maar zal de levensverwachting bij de geboorte in 2060 oplopen tot 86 jaar voor mannen en 88 jaar voor vrouwen.

Een sterke toename van het aantal 65-plussers is hiervan het gevolg. Voor elke 100 Belgen op actieve leeftijd (20 tot 64 jaar) zijn er vandaag 30 Belgen ouder dan 65 jaar. In 2060 zullen er dat 49 zijn. De groep hoogbejaarden (85-plussers) zal nog sterker groeien. Voor elke 100 Belgen op actieve leeftijd zullen er in 2060 12 Belgen ouder zijn dan 85 jaar, tegenover 4 vandaag. Vanaf 2040 is de toename van het aantal 65-plussers zelfs uitsluitend aan de 85-plussers toe te schrijven. Binnen de groep van de senioren doet zich dus een uitgesproken veroudering voor, de zogenoemde verzilvering. Grafiek 1 illustreert dat deze verouderings- en verzilveringstendens in Vlaanderen nog meer uitgesproken zal zijn dan gemiddeld in België.

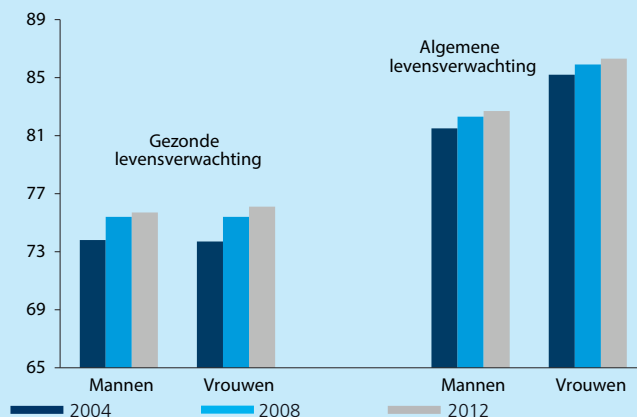
Deze ontwikkeling heeft belangrijke gevolgen voor de financiering van de sociale zekerheid. In socialezekerheidsstelsels die

Grafiek 1 - Vergrijzing en verzilvering in België en Vlaanderen
(in % van de bevolking op actieve leeftijd)



Bron: Bevolkingsvooruitzichten Federaal Planbureau

Grafiek 2 - Levensverwachting van 65-jarige Belgen



Bron: Eurostat (EHLEIS)

op repartitie zijn gebaseerd – zoals het Belgische – doet de veroudering de verhouding tussen bijdragebetalers en uitkeringsgerechtigden krimpen. Hierdoor worden de overheidsuitgaven voor pensioenen en gezondheidszorgen onder opwaartse druk gezet. Door de stijgende levensduur van de bejaarden wordt de gemiddelde uitkeringsperiode alsmaar langer. Bovendien nemen bij hoogbejaarden de uitgaven voor gezondheidszorgen meer dan evenredig toe, gezien de intense medische (en hoe langer hoe meer ook technologische) begeleiding waarmee het verouderingsproces op hoge leeftijd gepaard gaat.

Hoewel langer leven ook alsmaar meer gepaard gaat met langer gezond leven, blijft de kloof tussen de 'gezonde levensverwachting' en de algemene levensverwachting groot. Volgens Eurostat-cijfers heeft een 65-jarige Belg nog 10,7 (mannen) à 11,1 (vrouwen) gezonde levensjaren in het verschiet. Dat is respectievelijk 7 (mannen) en 10,2 (vrouwen) jaren minder dan het totaal aantal jaren waarop hij of zij nog mag rekenen (zie grafiek 2). Los van de uitgaven voor acute gezondheidszorgen, heeft die kloof een belangrijke impact op de uitgaven voor de zogenoemde 'langdurige' zorg. Dat is de zorg die personen nodig hebben wanneer zij voor lange tijd (vaak definitief) afhankelijk worden, omdat ze te maken krijgen met activiteitsbeperkingen. In België bedragen de publieke uitgaven daarvoor vandaag zo'n 2,3% van het bbp. Dat is een half procent meer dan gemiddeld in Europa. Naargelang de gehanteerde uitgangshypothesen zullen de langdurige-zorguitgaven tegen 2060 oplopen tot naar raming 4,7 à 5,2% van het bbp (1).

Afhankelijkheid

Vooral de verzilvering heeft als gevolg dat een toenemende bevolkingsgroep niet meer in staat zal zijn om volledig autonoom in de eigen dagelijkse behoeften te voorzien. Vooral hoogbejaarden hebben het moeilijk om zelf voor hun persoonlijke verzorging in te staan, om zich te voeden, om zich

zelfstandig te verplaatsen, en dergelijke. Veroudering creëert met andere woorden een toenemend afhankelijkheidsrisico.

Afhankelijkheid is het onvermogen van individuen om een aantal levensnoodzakelijke handelingen zelfstandig uit te voeren, zodat zij daarvoor een beroep moeten doen op hulp van derden. Wie met dat onvermogen krijgt af te rekenen, wordt geconfronteerd met meerkosten die momenteel niet of slechts gedeeltelijk door de sociale zekerheid zijn gedekt. Afhankelijkheid komt voor in verschillende gradaties die meestal worden gemeten aan de hand van biometrische schalen. De meest gekende is deze van de Amerikaanse gerontoloog Katz. Deze schaal is gebaseerd op de mate waarin individuen nog zelfstandig een aantal dagelijkse fysieke taken – de zogenoemde *Activities of Daily Living* (ADL) – kunnen vervullen, namelijk zich wassen, zich kleden, zich verplaatsen, naar het toilet gaan, continent blijven en zich voeden (2). Katz veronderstelt een bepaalde rangorde in het uitvallen van deze activiteiten op grond van onderzoeksresultaten die zouden aantonen dat afhankelijkheid zich het eerst uit in het zich niet meer kunnen wassen, nadien in het zich niet langer zelf kunnen kleden, verplaatsen, enzovoort. Op die manier komt hij tot een afhankelijkheidsscore (zie tabel 1). De Katz-schaal wordt in de medische sector vaak gebruikt om de graad van afhankelijkheid vast te stellen.

Tabel 1 - Illustratie Katz-schaal

Klasse van afhankelijkheid	Afhankelijkheid inzake	Katz-schaal niet-dementerende bewoners woonzorgcentra
Zelfredzaam	Geen	O
Matig afhankelijk	Zich wassen	A
	Zich kleden	B
Zwaar afhankelijk	Zich verplaatsen	B
	Naar het toilet gaan	B
Zeer zwaar afhankelijk	Continent blijven	C
	Zich voeden	C

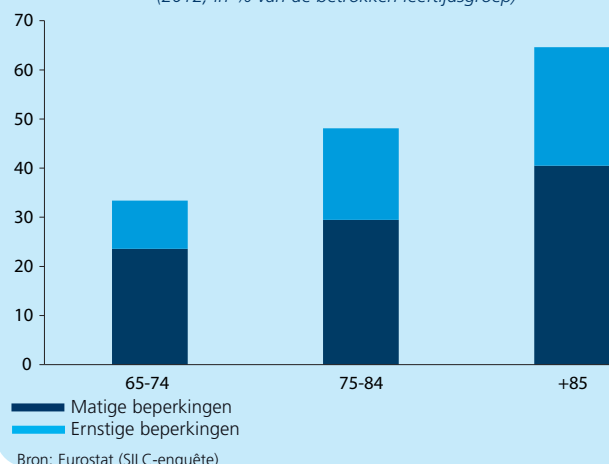
Studies tonen aan dat er een sterk verband bestaat tussen afhankelijkheid en leeftijd. Uit een enquête van Eurostat blijkt dat 33% van de Belgische bevolking uit de leeftijdsklasse van 65 tot 74 jaar door gezondheidsproblemen kampt met matige tot ernstige langdurige activiteitsbeperkingen (zie grafiek 3). Bij de leeftijdsklasse vanaf 75 jaar loopt dit percentage al op tot 48%, om verder te stijgen tot 65% bij de 85-plussers. Dit verband is ook zeer uitgesproken voor dementie. Bij de leeftijdsgroep van de 80-jarigen lijdt 12% aan een of andere vorm van dementie, terwijl dit bij de 90-jarigen oploopt tot 26% bij mannen en zelfs 38% bij vrouwen. Daarnaast neemt ook de graad van afhankelijkheid toe met de leeftijd. Een kleine 10% van de 65- tot 74-jarigen ondervindt volgens de enquête van Eurostat ernstige langdurige ADL-beperkingen en is dus zwaar afhankelijk. Bij de 85-plussers kampt al bijna een kwart met een ernstige langdurige ADL-beperking.

Zowel de kans om afhankelijk te worden als de intensiteit van de afhankelijkheid zijn dus positief gecorreleerd met de leeftijd. De sterke groei van de groep (hoog)bejaarden en de verdere stijging van de levensverwachting impliceren dat allicht een toenemend deel van de bevolking gedurende een langere levensperiode met een gemiddeld zwaardere afhankelijkheid zal worden geconfronteerd. De medische vooruitgang, een goede preventie en gezonde leef- en voedingsgewoonten kunnen chronische ouderdomsziekten uitstellen en verzachten, maar de impact hiervan is voorlopig moeilijk te kwantificeren. Een precieze inschatting van het toekomstige aantal zorgbehoevenden is dus moeilijk. Volgens ramingen zou het aantal Belgen dat gedurende minstens drie maanden hulp nodig heeft bij het zelfstandig verrichten van dagelijkse fysieke taken (ADL's) of wordt geconfronteerd met ernstige cognitieve beperkingen, oplopen tot circa 1.165.000 tegen 2060, vergeleken met 566.000 in 2007 (3).

Mantelzorg op de terugweg

Afhankelijke personen vallen voor opvang en verzorging nog steeds in belangrijke mate terug op informele hulp binnen het gezin, of door familieleden, burens of vrijwilligers. Het gaat hierbij vooral over het bieden van een luisterend oor, het wasen, het klaarzetten van medicatie en het bereiden van maaltijden. Volgens OESO-cijfers opereren in België circa 12% van de 50-plussers als informele zorgverstreker of mantelzorger, waarvan zelfs bijna de helft meer dan 10 uren per week (4). Vaak gaat het om een aanvulling op de formele, professionele zorg. Volgens Eurostat-cijfers zou ongeveer 31% van alle 65-plussers in België op de een of andere manier ontvanger zijn van informele zorg. Bij de 80-plussers loopt dat op tot 54%. Dat is meer dan in de meeste andere Europese landen, waar deze cijfers gemiddeld 27% en 46% bedragen (5).

Grafiek 3 - Belgen met een langdurige activiteitsbeperking door gezondheidsproblemen
(2012, in % van de betrokken leeftijdsgroep)



Het staat quasi vast dat het aandeel van deze informele hulp in het totale zorgaanbod de komende decennia significant zal dalen. Dat is onder meer te wijten aan de demografische verschuiving. De leeftijdsklasse tussen 50 en 65 jaar is het best vertegenwoordigd in de groep van de mantelzorgers. Vandaag zijn er voor elke 100 Belgen tussen 50 en 65 jaar 12 hoogbejaarden (ouder dan 85 jaar). In 2060 zal dit aantal zijn gestegen tot 34. Daarbij voegt zich de stijgende arbeidsparticipatie van vrouwen

en het toenemende aantal tweeverdienersgezinnen die, naast andere huishoudelijke taken, ook de opvangfunctie van afhankelijke familieleden steeds meer aan de markt uitbesteden. Onder invloed van de demografische ontwikkeling zullen in de komende decennia bovendien systemen van vervroegde pensionering worden afgebouwd, ten einde hun beslag op het draagvlak van de sociale zekerheid te verlichten. Door

de cumul van deze effecten zal het in omvang zeer belangrijk informele zorgaanbod gaandeweg krimpen. De keerzijde hiervan is dat de vraag naar formele zorgvoorzieningen toeneemt. Dat wordt nog versterkt doordat in het spoor van de verzilvering vooral de zwaardere afhankelijkheidsvormen wellicht sterk zullen toenemen, waarvoor informele thuiszorg of mantelzorg precies minder geschikt is.

Formele zorg onder druk

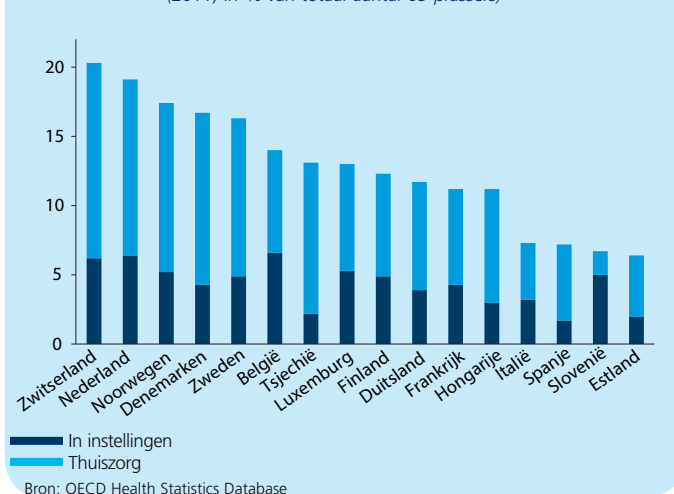
Afhankelijke bejaarden maken nu al in ruime mate gebruik van professionele hulp, zowel thuis als in woonzorgcentra (ROB's en RVT's) (6) of assistentiewoningen. Een woonzorgcentrum is een voorziening waar aan gebruikers van 65 jaar of ouder, die er permanent verblijven, huisvesting en zorg wordt aangeboden. In assistentiewoningen, de vroegere serviceflats, ontvangen de ouderen zorg- en hulpomkadering, maar deze is minder inten-

sief dan in de woonzorgcentra (7). De professionele thuiszorg omvat de diensten voor thuiszorg van de ziekenfondsen en de diensten voor gezins- en bejaardenhulp. Op gemeentelijk vlak organiseren tal van OCMW's diensten zoals maaltijdbezorging en poets- en klusjesdiensten. Daarnaast bestaat ook nog een commercieel circuit voor hulp in het huishouden, bij administratieve besommeringen, en dergelijke.

In België ontvangt circa 14% van alle 65-plussers formele langdurige zorg, waarvan 6,6% in zorginstellingen en 7,4% in de thuiszorg. Binnen Europa kent ons land een verhoudingsgewijs klein aandeel van thuiszorg in het geheel van de professionele zorg (zie grafiek 4). Het voorbije decennium was de groei van zorg in instellingen in België bijna dubbel zo groot als die van thuiszorg. De residentiële ouderenzorg is in België dus relatief belangrijk, vooral voor hoogbejaarden: 46% van de 90- tot 94-jarigen woont in een woonzorgcentrum, voor de 95-plussers is dat 72%. Voor ouderen van 75 tot 79 jaar blijft dat beperkt tot minder dan 3%, voor die van 60 tot 74 jaar is dat amper 0,6%. De uitbreiding en de diversificatie van het zorgaanbod hebben niet belet dat er in Vlaanderen nu al een tekort aan formele zorgvoorzieningen bestaat, met wachtlijsten tot gevolg. Met de terugval van het informele zorgaanbod, ligt het in de lijn der verwachtingen dat de druk op het formele circuit de komende jaren nog zal toenemen. Deze oplopende druk kan vandaag het scherpst worden aangetoond op basis van de discrepantie tussen het werkelijke en het geprogrammeerde aantal plaatsen in de Vlaamse woonzorgcentra. In de veronderstelling dat de geprogrammeerde aantallen voldoen aan de huidige zorgvraag, geeft tabel 2 een inzicht in enerzijds de actuele druk en anderzijds het aantal plaatsen dat de komende jaren nodig is om de gevolgen van de vergrijzing op te vangen.

Momenteel heeft Vlaanderen ruim 72.000 woongelegenheden in woonzorgcentra en ruim 16.000 in assistentiewoningen. Het ziet ernaar uit dat het formele zorgaanbod (residentieel of thuis) de komende jaren aanzienlijk dient te worden uitgebreid. Het Federale Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg berekende dat er voor heel België tot 2025 in de residentiële zorg jaarlijks 1.600 tot 3.500 plaatsen moeten bijkomen, naargelang de assumptie die wordt gemaakt voor de thuiszorg (8). Ter vergelijking: tussen 2000 en 2011 kwamen er minder dan 800 plaatsen per jaar bij. De noodzaak aan extra plaatsen in woonzorgcentra zal mee in de hand worden gewerkt doordat vooral de groep van de hoogbejaarden - met de zwaarste zorg-

Grafiek 4 - Aandeel 65-plussers dat langdurige zorg ontvangt (2011, in % van totaal aantal 65-plussers)



behoeften - de sterkste groei zal kennen. De druk zal allicht wel wat worden getemperd door technologische innovaties die momenteel in volle ontwikkeling zijn, zoals videocommunicatie, valdetectiesystemen of huishoudelijke robots, waardoor zorgbehoevenden langer thuis kunnen blijven. Dat neemt niet weg dat het een enorme uitdaging zal zijn om ook voor de thuiszorg voldoende gekwalificeerd verplegend en verzorgend personeel te vinden, op een moment dat door de vergrijzing de bevolking op beroepsactieve leeftijd zal krimpen. Wanneer het formele zorgaanbod de komende jaren niet of onvoldoende kan worden uitgebreid, zal de schaarste aan zorg de prijs ervan onder opwaartse druk zetten. De uitdaging inzake uitbreiding van het aanbod wordt nog vergroot door de jongste staatshervorming: de overdracht van beleidsbevoegdheid inzake ouderenzorg naar de regio's is maar gedeeltelijk gepaard gegaan met de overdracht van de middelen. Op die wijze is een deel van de vergrijzingsfactuur van het federale niveau verplaatst naar de regio's.

Beperkte financiële tegemoetkomingen

Door de groeiende behoefte aan formele zorg wordt dus ook de vraag naar de financiering ervan prangender. De overheid neemt hiervan een aanzienlijk deel voor haar rekening. Dat gebeurt niet alleen door het rechtstreeks subsidiëren van investeringen en personeel, maar ook door het financieel ondersteunen van de afhankelijke bejaarden. 65-plussers met een verminderde zelfredzaamheid komen in aanmerking voor een tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, waarvan de hoogte afhangt van de graad van afhankelijkheid en van het gezinsinkomen. In de praktijk heeft deze tegemoetkoming een beperkt bereik, wat deels verband houdt met een gebrek aan informatie

Tabel 2 - Werkelijk versus geprogrammeerd aantal plaatsen in de Vlaamse woonzorgcentra (aantal woongelegenheden)

Nodig aantal in 2013: (programmacijfer van 2008)	Bestaand aantal in 2013: (werkelijk cijfer)	Invullingsgraad behoefden:
81.456	69.902	85,82%
Bestaand aantal in 2014: (werkelijk cijfer)	Nodig aantal in 2019: (programmacijfer van 2014)	Reeds toegekende en aangevraagde vergunningen:
72.147	95.404	19.323

Bron: Agentschap Zorg en Gezondheid

hierover. Nogal wat ouderen die voor deze tegemoetkoming in aanmerking komen, kennen de regeling onvoldoende en maken er daarom geen gebruik van.

Daarnaast bestaat er ook een publieke Vlaamse Zorgverzekering. Iedereen ouder dan 25 jaar betaalt een verplichte bijdrage van 25 euro per jaar (10 euro voor personen met een laag inkomen). Zorgbehoevenden ontvangen een vaste maandelijkse uitkering van 130 euro. Eind 2012 ontvingen circa 225.000 zorgbehoevenden een uitkering van de Vlaamse Zorgverzekering. Twee derden daarvan verbleef thuis. De geïnde premies dekken evenwel maar een derde van de uitgaven van de zorgverzekering. De nieuwe Vlaamse regering besliste daarom om de jaarlijkse bijdrage voor de zorgverzekering op te trekken naar 50 euro (25 euro voor personen met een laag inkomen).

De financiële tegemoetkomingen van de overheid zijn hoe dan ook beperkt en dekken lang niet de volledige kosten van afhankelijkheid, zij het dat de juiste omvang van deze kosten moeilijk precies is te bepalen en sterk gerelateerd is aan de graad van afhankelijkheid. Voor de bewoners van woonzorgcentra is de situatie het scherpst in kaart te brengen. Hun verblijf kost gemiddeld ongeveer 1.500 euro per maand, te verhogen met supplementen voor bijvoorbeeld dokter, kapper en wasserij. Het pensioen - gemiddeld circa 1.000 à 1.100 euro per maand - is dan ook vaak onvoldoende om de kosten te dragen, waardoor het opgebouwde vermogen of - wanneer dit is uitgeput - de kinderen dienen te worden aangesproken.

Tot op heden is de financiële impact van de thuiszorg minder groot, zeker wanneer de zorgbehoevende eigenaar is van zijn woning en een groot deel van de thuiszorg kan worden verricht door mantelzorgers. Het ligt echter in de lijn der verwachtingen dat ook daar de pensioenen hoe langer hoe minder voldoende zullen zijn om de zorgkosten op te vangen. De overheid probeert om opnames in woonzorgcentra zo lang mogelijk uit te stellen, waardoor het zorgprofiel van de thuis verzorgden toeneemt. Deze toename van de gemiddelde afhankelijkheid alsook de demografische druk op het aantal mantelzorgers zullen ertoe leiden dat ook hier vaker een beroep dient te worden gedaan op duurdere formele hulp. Bovendien ontwikkelt er zich een markt van technologische innovaties die het mogelijk maken om langer thuis te blijven, maar ook hieraan hangt vaak een hoge kostprijs.

Private zorgverzekeringen

De uitdaging bestaat erin om de kosten van het afhankelijkheidsrisico betaalbaar te houden voor de groeiende bevolkingsgroep die in de toekomst door dit risico zal worden getroffen en tegelijk deze kosten voor de gehele gemeenschap zo beperkt

mogelijk te houden. Een evenwicht tussen beide kan bereikt worden door het organiseren van verzekeringsformules die specifiek zijn gericht op het afdekken van het afhankelijkheidsrisico. In diverse landen ontwikkelden zich private zorgverzekeringen, die fungeren als aanvulling bij de publieke systemen. Met een penetratiegraad van respectievelijk 15% en 5% in de bevolkingsgroep ouder dan 40 jaar, zijn Frankrijk en de Verenigde Staten koplopers inzake private zorgverzekeringen. In België is de markt van private zorgverzekeringen vooralsnog beperkt. In

essentie voorzien dergelijke verzekeringen in een periodieke uitkering indien de verzekerde niet langer zelfstandig een aantal dagelijkse fysieke taken (ADL's) kan vervullen. Meestal bevatten deze klassieke verzekeringen een wachttijd - die bij ziekten zoals dementie kan oplopen tot langer dan een jaar - en een eigenrisicotermijn. De eigenrisicotermijn is het aantal maanden die de verzekerde met eigen middelen

dient te overbruggen, nadat de zorgbehoevendheid is erkend door de verzekeraar.

In de Verenigde Staten wordt vooral gewerkt met kostendekkende uitkeringen, die zijn begrensd tot een in de polis bepaald maximum bedrag en termijn. In 2012 varieerde de kostprijs van een private zorgverzekering voor een 55-jarige van 1.285 euro tot 2.530 euro per jaar. In geval van zorgbehoevendheid ontvangt de verzekerde een dagelijkse kostenvergoeding met een maximum van circa 110 euro per dag. De uitkeringsduur is vaak beperkt in de tijd (bijvoorbeeld 3 jaar). In Frankrijk wordt meestal gewerkt met eenmalige of met vaste uitkeringen, die niet zijn begrensd in de tijd. De kostprijs van een zorgverzekering (die volledige en gedeeltelijke zorgbehoevendheid dekt) voor een 60-jarige ligt daar veeleer in de buurt van 40 tot 140 euro per maand. In geval van zware zorgbehoevendheid ontvangt de verzekerde dan ofwel een levenslange en/of een eenmalige uitkering. Ongeveer 45% van de private zorgverzekeringen in Frankrijk maken deel uit van een groepsverzekering.

De publieke financiering zal allicht hoe langer hoe minder in de dekking van de afhankelijkheidskosten kunnen voorzien. Het ziet er dus naar uit dat aanvullende verzekeringen in de toekomst ook binnen een Belgische context een groter aandeel zullen krijgen in de financiering van de totale zorgkosten. Tegen deze achtergrond kan de overheid - zoals in het buitenland - maatregelen nemen die het kader creëren waarbinnen actieven worden aangemoedigd om zich voor de bereiden op deze problematiek. Dit kan door het fiscaal aftrekbaar maken van verzekeringspremies die worden betaald in het kader van een particuliere zorgverzekering voor zichzelf of desgevallend ook voor de ouders (cf. onderhoudsgeld). Een andere mogelijkheid is het toepassen van een verminderde taxatie op het deel van het aanvullend pensioen bij pensionering dat wordt aangewend voor het financieren van een zorgverzekering.

KBC-enquête: Zorgen over het leven na pensionering

In opdracht van KBC werd bij 622 Vlamingen tussen 50 en 75 jaar oud een onderzoek verricht naar de visie over hun leven na pensionering. Uit de enquête blijkt dat 69% zich daar soms zorgen over maakt, waarvan bijna een kwart zelfs regelmatig tot vaak. Dat gaat dan vooral over: (1) de beschikbaarheid en kwaliteit van zorg bij zorgbehoevendheid (beide 58%), (2) de gezondheid (50%), en (3) de betaalbaarheid van zorg bij zorgbehoevendheid (47%). Wanneer het hebben van een goede gezondheid buiten beschouwing wordt gelaten – wat veruit de belangrijkste wens is van de bevroagden – dan komen het financieel zelfredzaam blijven (58%) en het zo lang mogelijk zelfstandig in de eigen woning kunnen blijven wonen (32%) als de belangrijkste wensen naar voren.

Nog maar een vijfde van de bevroagden heeft concrete stappen ondernomen (of is ermee bezig) om zich voor te bereiden op het leven na pensionering. In bijna de helft van de gevallen gebeurt dat door het opzij zetten van spaargelden. Diegenen die nog geen stappen hebben ondernomen, rekenen vooral op

hun wettelijk pensioen (32%), op pensioensparen (32%) of op een uitkering uit de groepsverzekering (26%).

Het aantal mensen dat al concrete stappen heeft ondernomen, is weliswaar beperkt, maar 76% van de bevroagden vertoont

wel interesse in een of andere vorm van private zorgverzekering die tussenkomen in geval van zware zorgbehoevendheid. Ruim een kwart van de bevroagden verkiest een klassieke zorgverzekering die voorziet in een

periodieke uitkering in geval van zorgbehoevendheid, maar de bereidheid tot betalen ligt voor een dergelijke verzekering meestal wel een stuk lager dan de verzekeringspremie die nodig is om een dergelijk product te commercialiseren. Ruim 60% van de bevroagden verkiest daarentegen om zelf een bedrag opzij te zetten, mits aan twee voorwaarden is voldaan. Ten eerste dient het opzij gezet bedrag beschikbaar te zijn voor de nabestaanden bij overlijden (zonder zorgbehoevendheid). Ten tweede dient er de zekerheid te zijn dat bij zware zorgbehoevendheid de zorgkosten (levenslang) worden betaald.

47% van de bevroagden maakt zich zorgen over de betaalbaarheid van zorg bij zorgbehoevendheid.

Het KBC-Zorgplan: een nieuw concept

De omvang van de markt van private zorgverzekeringen blijft in België vooralsnog beperkt, terwijl uit een door KBC uitgevoerde enquête blijkt dat 76% van de bevroagden voor een dergelijk product interesse toont (zie kader hierboven). Uit deze enquête komen twee factoren naar boven die deze paradox kunnen verklaren. Ten eerste vertoont amper een kwart van de bevroagden belangstelling in een klassiek verzekeringsproduct. Bovendien ligt de bereidheid tot betalen vaak een stuk lager dan de vereiste verzekeringspremies. Ruim de helft van de bevroagden wil maximaal een verzekeringspremie van 40 euro per maand betalen voor een dergelijk product, waarvan het grootste deel zelfs minder dan 30 euro per maand. Ten tweede verkiest ruim 60% van de bevroagden om zelf een bedrag opzij te zetten voor hun eventuele zorgbehoevendheid, dat beschikbaar blijft voor de nabestaanden in geval van overlijden (zonder voorafgaande zorgbehoevendheid). Bovendien wensen zij ook de zekerheid dat bij zware, langdurige zorgbehoevendheid de kosten levenslang kunnen worden betaald.

De overlevingsduur in een toestand van zware zorgbehoevendheid is echter onmogelijk in te schatten en zal van situatie tot situatie sterk verschillen. Zo bedraagt de overlevingsduur – in een toestand van zware zorgbehoevendheid – bij dementie

gemiddeld genomen 2 à 10 jaar. Deze hoge graad van onzekerheid zal maken dat veiligheidshalve in de praktijk veel meer geld voor de oude dag wordt opzij gezet dan strikt genomen noodzakelijk is. Via de verzekeringstechniek is hier echter een oplossing voor te vinden.

Vertrekkende van deze cliëntenbehoeften ontwikkelde KBC Verzekeringen een nieuw productconcept van zorgverzekeringen, het 'KBC-Zorgplan'. In dit product, dat uniek is op de Europese markt, bepaalt de cliënt welk bedrag hij maandelijks denkt nodig te hebben in geval van zware (Katz B), permanente zorgbehoevendheid (fysiek of psychisch). Op basis hiervan en gegeven internationale biometrische informatie bepaalt KBC Verzekeringen het bedrag dat moet worden opzij gezet om de te verwachte periode van zware, permanente zorgbehoevendheid te overbruggen. Met de op dit bedrag toegekende gegarandeerde rente wordt de verzekeringspremie betaald voor een aanvullende waarborg zorg. De verzekering garandeert dat, wanneer de cliënt nog in leven is na het verstrijken van de verwachte periode van permanente, zware zorgbehoevendheid, KBC Verzekeringen levenslang de door de cliënt gewenste uitkering overneemt. Bij zware, permanente zorgbehoevendheid gebruikt de cliënt dus in eerste instantie de zelf opzij gezette middelen, waarna de verzekeraar levenslang de door de cliënt gewenste uitkering overneemt.

Dergelijke formules geven de verzekerde financiële onafhankelijkheid, aangezien de rest van het vermogen en de kinderen tegen de impact van eventueel langdurige afhankelijkheid zijn beschermd. Daarenboven blijft de opzij gezette som integraal deel uitmaken van het vermogen van de verzekerde en komt die ter beschikking van de nalatenschap bij een overlijden van de verzekerde zonder voorafgaande zorgbehoefte.



Walter Asma
walter.asma@kbc.be



Johan Van Gompel
johan.vangompel@kbc.be

(1) Europese Commissie, Ageing Report 2012.

(2) S. Katz e.a. (1963), "Studies of illness in the aged. The index of ADL. A standardized measure of biological and psychosocial function", Journal of American Medical Association, p. 94-99.

(3) Peter Willemé (2010), "The Long Term Care System for the elderly in Belgium", European Network of Economic Policy Research Institutes.

(4) OESO (2011), Health at a glance 2011: OECD Indicators.

(5) SHARE database (Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe).

(6) Rustoorden en bejaardentehuizen (ROB's) en Rust- en verzorgingstehuizen (RVT's).

(7) Naast de permanente verblijven zijn er nog de centra voor kortverblijven en de dagverzorgingscentra. Die hebben evenwel niet te maken met langdurige zorg.

(8) Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (2011), "Toekomstige behoefte aan residentiële ouderenzorg in België: projecties 2011-2025", KCE report 167A.