

Decennialang zoeken naar gepaste ouderenzorg

De ouderenzorg wordt de afgelopen decennia gekenmerkt door een zwalkend beleid. De deltaplannen die nu voorliggen zijn gefragmenteerd en roepen de vraag op of het zorgbeleid voor de komende jaren wel is opgewassen tegen de versnelling van de vergrijzing.

ROBBERT HUIJSMAN
Senior manager bij Achmea

Al sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw is de overheid zich bewust van de indringende gevolgen van verdergaande vergrijzing voor de gezondheidszorg in het algemeen en de ouderenzorg in het bijzonder (Huijsman en Rutten, 1988). De oudere bevolking krijgt in de komende jaren steeds meer te kampen met chronische ziekten en beperkingen, waardoor ook de druk op de medische sector toeneemt. De combinatie van demografische, financiële, organisatie- en uitvoeringsproblemen plaatst de Nederlandse overheid voor een groot maatschappelijk vraagstuk. Dit roept de vraag op in hoeverre het ouderen(zorg)beleid tot nu toe succesvol is gebleken in het realiseren van zijn beleidsdoelstellingen inzake bijvoorbeeld de bevordering van zelfstandigheid van ouderen en de beheersing van de zorgkosten, en hoe

dit beleid verder kan worden verbeterd. Een van de sleutelbegrippen hierin is gepaste zorg, die zich laat onderverdelen in noodzakelijk, effectief en doelmatig (Brouwer, 2012). Het andere sleutelbegrip is substitutie van zorg, ofwel de vervanging van tweedelijns- door eerstelijnszorg, van formele door informele zorg en van intramurale door extramurale zorg. Nog immer vormen substitutie, samenhang en samenwerking de grootste uitdagingen voor de ouderenzorg. Vergrijzing en gezondheidszorg worden tot nu toe nog vooral als 'kostenposten' beschouwd in plaats van de resultante van een langetermijninvestering in menselijk kapitaal (FHI, 2007). Er is geen consensus hoe de toenemende vergrijzing zo adequaat mogelijk kan worden opgevangen binnen relatief schaarser wordende collectieve middelen. Ook het huidige kabinet en verdere kabinetten zullen zich weer voor deze uitdaging gesteld zien. Welke aanknopingspunten biedt een historische beleidsanalyse van de ouderenzorg?

OUDERENZORG IS GROEISECTOR

Vanaf 2011 neemt het aantal ouderen versneld toe door het pensioneren van de naoorlogse geboortegolf. De zogenoemde grijze druk, dat wil zeggen het percentage 65-plussers ten opzichte van het potentieel werkende deel van de bevolking (personen van 20–64 jaar), zal bij een ongewijzigde pensioenleeftijd stijgen van 26 procent in 2011 naar 49 procent in 2039. Als de pensioenleeftijd stijgt tot 67 jaar in 2040, dan re-

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

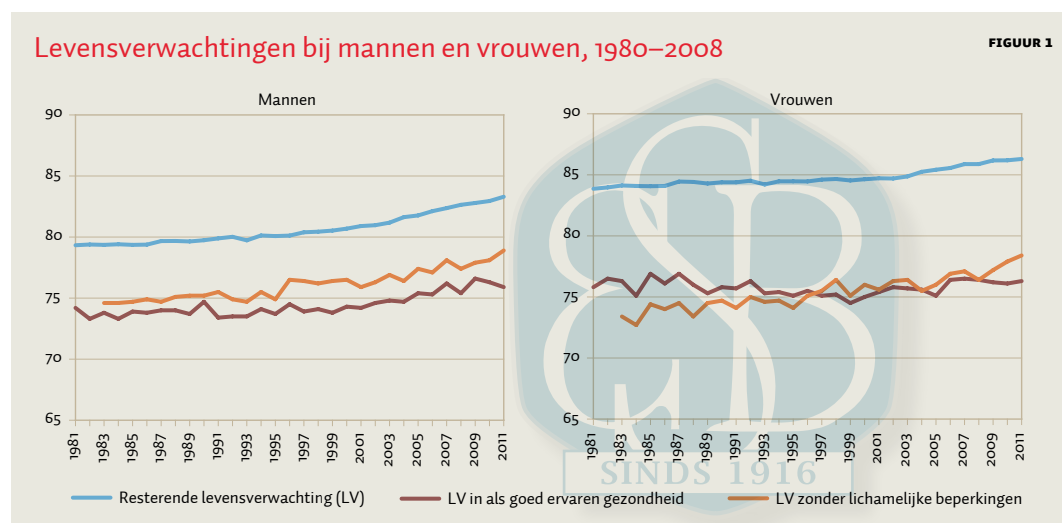
duceert de 'grijze druk' naar 43 procent (CBS, 2010). Volgens de CBS Bevolkingsprognose neemt het aantal 65-plussers toe van 2,6 miljoen nu (16 procent van de bevolking) tot een hoogtepunt van 4,6 miljoen in 2039 (26 procent). Ook onder de niet-westerse allochtone bevolking zal het aandeel 65-plussers sterk toenemen; van 4 procent in 2011 naar 6 procent in 2020 en 22 procent in 2060 (Garssen, 2011). Vanaf 2025 neemt ook de groep 80-plussers sterk toe; hun aandeel binnen het totaal aantal 65-plussers stijgt van 26 naar 33 procent. Door deze demografische ontwikkelingen zal het aantal dementerenden verdubbelen naar meer dan een half miljoen mensen in 2040. De resterende levensverwachting op 65-jarige leeftijd is 18,3 jaar voor mannen en 21,3 jaar voor vrouwen, per 2011 (figuur 1); de CBS-prognose voorziet een verdere stijging tot 21,1 respectievelijk 23,6 jaar in 2050. Vrouwen leven weliswaar langer dan mannen, maar de verschillen nemen af en het aantal jaren in gezondheid verschild niet veel. Bij de alleenwonende hoogbejaarde vrouwen treden een enkele ongunstige verschijnselen, zoals verdeduwing, slechte pensioenvoorziening en hulpbehoefte, gelijktijdig op. Het aandeel van alleenstaande hoogbejaarde vrouwen in zowel de bevolking als de gezondheidszorg zal sterk stijgen; nu al is het leeuwendeel van verzorgings- en verpleeghuisbewoners vrouw.

De Nederlandse ouderenzorg is een miljardenbedrijf (tabel 1), dat in het licht van de vergrijzing zo adequaat mogelijk moet worden georganiseerd. De

drie basisvoorzieningen voor ouderen betreffen de thuiszorg – hieronder valt de persoonlijke zorg via de AWBZ en huishoudelijke zorg via de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) – de verzorgings- en de verpleeghuizen. De totale kosten hiervan bedroegen in 2010 15 miljard euro. Door de heffing van inkomensafhankelijke eigen bijdragen van cliënten zelf bedragen de collectieve lasten circa 11 miljard en zijn daarmee goed voor 22 procent van de totale kosten van de gezondheidszorg. Intramuraal zorg voor ouderen is mogelijk in circa 1300 verzorgingshuizen en ongeveer 340 verpleeghuizen met een capaciteit van circa 100.000 respectievelijk 65.000 plaatsen. In deze instellingen wordt circa 7 procent van de bevolking van 65 jaar en ouder verzorgd en verpleegd. De bewoners zijn veelal hoogbejaarden vanaf 80 jaar; de gemiddelde leeftijd in verzorgingshuizen ligt zelfs rond de 85 jaar. Internationaal gezien is de institutionele capaciteit een van de hoogste, ondanks de relatieve krimp die zich sinds het eind van de jaren tachtig van de vorige eeuw voltrekt.

Ouderen blijken ook veel gebruik te maken van algemeen toegankelijke voorzieningen, naast de hiervoor genoemde specifieke voorzieningen. De thuiszorg, voorheen wijkverpleging en gezinsverzorging, wordt verstrekt door ruim 250 deels private organisaties met een omzet van circa 5 miljard die zich voor driekwart op ouderen richten.

Het beroep op zorg loopt bij vrijwel alle voorzieningen exponentieel op met de leeftijd. Ouderen doen



De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

Kosten van de ouderenzorg (in miljoen euro)

TABEL 1

	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010
Thuiszorg (inclusief PGB)	898	1.055	1.268	1.429	2.110	4.155	5.584*
Verzorgingshuizen	1.473	1.884	2.106	2.371	3.128	3.678	4.031
Verpleeghuizen	1.285	1.606	1.871	2.496	2.872	3.873	5.541
Totale ouderenzorg	3.657	4.545	5.245	6.296	7.839	11.707	15.156
Kosten totale gezondheidszorg	17.310	21.771	26.658	35.148	46.919	67.674	87.596
Percentage van 65-plussers in totale zorgkosten	nb	nb	nb	nb	42,1	41,6	42,4

* Inclusief 1,3 miljard euro huishoudelijke verzorging die in 2007 overging van AWBZ naar Wmo.

nu al een fors beroep op de totale gezondheidszorg. Thans wordt ruim 42 procent van de totale kosten veroorzaakt door 65-plussers en de kosten voor ouderenzorg lopen al jaren gestaag op (tabel 2). Het RIVM (2010) verwacht dat de volumekosten van de ouderenzorg in de toekomst met 4,5 procent per jaar stijgen, voor het eerst harder dan andere zorgsectoren vanwege de versnelling van de vergrijzing.

De huishoudelijke hulp die voorheen vanuit de AWBZ werd gefinancierd, ligt sinds 2007 in het gemeentelijk domein als onderdeel van de Wmo. Euvel van deze overgang is dat het macrozicht op het gebruik en de kosten van dit type zorg is vervaagd, wat al eerder was gebeurd met de omzetting van voorzieninggerichte naar functionele aanspraken in de AWBZ. Hierdoor is het aantal plaatsen in verzorgings- en verpleeghuizen niet langer een relevante tel-eenheid, maar bijvoorbeeld het aantal uren in de functies ‘persoonlijke verzorging’ of ‘verpleging’, ongeacht de plaats waar die functie wordt ingezet, thuis of institutioneel. Door dergelijke herschikkingen wordt de ouderenzorg thans uitgevoerd vanuit ten minste drie afzonderlijke regelsystemen, namelijk de Zorgverzekeringswet (ziekenhuis, revalidatie), de AWBZ (verzorgings- en verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties), en de Wmo (hulpmiddelen en vervoer, mantelzorg, persoonsalarmering, maaltijdvoorziening, huishoudelijke verzorging en groepsgerichte begeleiding van kwetsbare ouderen). Daarnaast speelt ook de sociale huisvesting een grote rol met beschutte woonvormen in de wijk, aanleunwoningen bij verzorgingshuizen en groepswonen voor dementerende ouderen buiten de verpleeghuizen. Dit gesegmenteerde overheidsbeleid stelt lokale zorgorganisaties voor extra uitdagingen om te komen tot integrale zorgarrangementen voor ouderen.

Gemiddelde jaarlijkse groei (ouderen) zorguitgaven over de periode 1994–2010 (in procenten)

TABEL 2

Periode	Totaal	Prijs	Volume		
			Totaal	Demografie	Overig
Totale gezondheidszorg					
1994–1999	5,1	2,8	2,3	1,1	1,2
1999–2003	9,7	5,7	4,0	1,1	2,9
2003–2005	3,8	0,0	3,9	1,0	2,9
2005–2007	5,0	1,9	3,1	1,0	2,0
2007–2010	5,3	1,1	4,2	1,3	2,9
Ouderenzorg					
1999–2003	13,3	5,1	8,1	1,8	6,3
2003–2005	1,8	-1,0	2,8	1,8	1,0
2005–2007	5,6	0,6	5,0	2,3	2,7
2007–2010	5,1	1,1	4,0	2,5	1,5

Bron: Slobbe et al., 2011

HISTORISCH OVERZICHT VAN OUDERENZORGBELEID
Een overzicht van het naoorlogse overheidsbeleid voor de ouderenzorg dient om de doelstellingen die daarin werden nagevolgd te traceren. In navolging van het be-

leidshistorische evaluatieonderzoek van Blommestijn (1990) over de periode 1955–1985 en de aanvulling daarop door Huijsman en De Klerk (1997), onderscheiden wij inmiddels zes deelperioden in het naoorlogse ouderen(zorg)beleid. Uit deze beleidshistorie zijn zeven beleidsdoelen te distilleren, namelijk: decentralisatie, deregulering, verschuiving van intra- naar extramuraal en van professionele naar informele zorg (beide vormen van substitutie), van categoriaal beleid speciaal voor ouderen naar algemeen beleid voor alle doelgroepen, van bescherming naar zelfstandigheid van ouderen en van sectoraal naar integraal beleid. Tabel 3 geeft een overzicht van deze verschillende naoorlogse perioden.

Groei zonder beleid (1955–1970)

Het ouderenbeleid beperkte zich na de Tweede Wereldoorlog aanvankelijk tot huisvestings- en inkomensbeleid. De huisvestingspijler was ingegeven door de naoorlogse woningnood, deels opgelost door grootschalige bouw van bejaardenhuizen, de latere verzorgingshuizen. De ongebreidelde groei vroeg om staatstoezicht op de instellingen, hetgeen in 1963 resulteerde in de Wet op de bejaardenoorden. Huisvestingbeleid evolueerde hierdoor tot intramuraal ouderenbeleid. Vanuit centraal overheidsbeleid met veel nieuwe wet- en regelgeving kwamen er ook voor thuiswonende ouderen allerlei specifieke voorzieningen, zoals gezinsverzorging, dienstencentra en zogeheten gecoördineerd ouderenwerk.

De inkomenspijler werd in deze eerste periode van ouderenbeleid geslagen. Componenten zijn de invoering van de bejaardenverzekering tegen ziektekosten in 1956 – die vooruitliep op de Ziektenfondswet van 1964 – en de AOW in 1957, als opvolger van de Noodwet Drees uit 1947. Het stelsel van sociale zekerheid kreeg zijn definitieve vorm met de Algemene bijstandswet (1964), de Wet op de arbeidsongeschiktheidverzekering (1966), de Ziektewet (1967) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (1967), waarin in 1968 ook de Voorlopige Erkenning Verpleeghuizen van 1961 haar plek kreeg. In deze periode werd ook de Interdepartementale Stuurgroep Bejaardenbeleid (1967) gevormd. Deze Stuurgroep, die ruim veertig jaar zou bestaan, bracht de eerste Nota bejaardenbeleid (1970) uit.

Ouderenzorgbeleid zonder groei (1970–1983)

De tweede periode kenmerkt zich door overheidsambities om een interdepartementaal ouderenbeleid te entameren, gericht op het bevorderen van een geïntegreerd

samenstel van voorzieningen. Dit werd uitgewerkt in de tweede Nota bejaardenbeleid (1975). Het doel was om enerzijds bejaarden te laten participeren in de samenleving en hun zelfstandige woonsituatie te kunnen handhaven, en anderzijds het zorgvolume te stabiliseren, omdat de uitbundige groei uit de vorige periode door de oliecrises niet langer mogelijk was. De onderlinge afstemming tussen de sterk in aantal gegroeide voorzieningen werd tot een van de kernpunten in het ouderenbeleid verheven. Een van de doelstellingen in de tweede Nota bejaardenbeleid betrof het ‘gesloten circuit’: “een systeem van voorzieningen waarvan de elementen zodanig logisch en organisatorisch met elkaar zijn verbonden, dat het geheel in staat is de welzijns- en gezondheidsbehoeften van ouderen, althans voor zover dat redelijkerwijs vanuit instellingen en voorzieningen kan geschieden, integraal te behartigen.” En: “Idealiter moeten de voorzieningen hun aanbiedings-, toelatings- of openingseisen baseren op dezelfde meetlat, de mate van validiteit (...) Iedere voorziening neemt als het ware

Wisselende beleidsdoelen in het ouderenbeleid sinds 1955

TABEL 3

	1955–1970 Groei zonder beleid	1970–1983 Beleid zonder groei	1983–1992 Substitutie en kosten-beheersing	1992–1996 Zoeken naar wegen	1996–2006 Modernise-ring AWBZ	2007– Nieuwe stelsels
Decentralisatie	–	+	++	o	o	+
Deregulering	--	–	+	--	+	–
Van intra- naar extramuraal zorg	+	+	++	+	+	+/-
Van formele naar informele zorg	--	–	+	+	-/+	+
Van categoriaal naar algemeen beleid	–	--	+	+	+	o
Van bescherming naar zelfstandigheid	–	+	++	++	+	++
Van sectoraal naar integraal beleid	–	+	++	+	-/+	-/+

Bron: Blommestijn, 1990; Huijsman en De Klerk, 1997; eigen berekeningen

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

een bepaald deel van de meelkat voor haar rekening.” Zo’n integraal perspectief moest ook bijdragen aan terugdringing van de capaciteit in verzorgingshuizen tot 7 procent. In 1975 lag het feitelijke percentage op 9,5 procent van alle 65-plussers. In de derde nota, Bouwstenen voor een ouderenbeleid (1981), kwam nog meer accent op de eigen verantwoordelijkheid en onderlinge hulpverlening door informele zorg en vrijwilligerswerk, waarop de professionele hulp aanvullend moet functioneren. Het substitutiebeleid werd geboren.

Substitutie en kostenbeheersing (1983–1992)

Nieuwe demografische prognoses en verslechterende economische omstandigheden brachten het kabinet-Lubbers I in 1983 tot herziening van het ouderenbeleid. De financiering van de ouderenzorg dreigde bij gelijkblijvend beleid onbetaalbaar te worden, zo werd toen al gesteld. Daarom werd (verdere) verscherping

De overheid zag kansen om de economische consequenties van vergrijzing te keren met een nationaal substitutiebeleid dat bovendien tegemoet zou komen aan door ouderen zelf gewenste ‘zorg op maat’

van indicatiecriteria en (intramurale) capaciteitsnormen noodzakelijk geacht, omdat de beoogde substitutie van intra- naar extramurale zorg niet spontaan plaats bleek te vinden. De overheid beoogde een accentverlegging van ‘de anonieme, collectief gefinancierde solidariteit’ naar ‘de individueel en in de gemeenschap gevoelde en persoonlijk tot uitvoering gebrachte, op intermenselijke relaties gebaseerde solidariteit’. De ‘zorgzame samenleving’ deed haar intrede, als een algemene beleids invalshoek voor iedere burger, niet uitsluitend ouderen. Ter bevordering van de zelfstandigheid van thuiswonende ouderen werden via het zogenoemde flankerend beleid de wijkfuncties van verzorgingshuizen geïntroduceerd. In een vernietigende beleidsevaluatie concludeerde de Algemene Rekenkamer (1985) echter dat de harmo-

nisatie van de instrumenten financiering, planning en wetgeving in het ouderenbeleid nauwelijks gestalte had gekregen. De overheid zag kansen om de economische consequenties van vergrijzing te keren met een nationaal substitutiebeleid dat bovendien tegemoet zou komen aan door ouderen zelf gewenste ‘zorg op maat’ (Nota zorg voor ouderen, 1985). Met als additionele impuls het advies van de Commissie Structuur en financiering van de gezondheidszorg, het zogenoemde plan-Dekker (1986), werden in de jaren 1988–1991 grootschalige demonstratie-experimenten voor substitutie in de ouderenzorg uitgevoerd teneinde verschuiving van intramurale naar extramurale zorg en van formele naar informele hulp te realiseren, en daarbij de lokale partijen van zorgaanbieders, zorgvragers, gemeenten en verzekeraars meer verantwoordelijkheid te laten nemen, waarmee een beleid van decentralisatie werd ingezet.

Zoeken naar nieuwe wegen (1992–1996)

De nationale inzet op substitutie werd doorkruist door tegenvallende resultaten van de demonstratie-experimenten en de teloorgang van het plan-Simons, de opvolger van plan-Dekker. Bovendien plaatste de voortvarende verbouwing van traditionele verzorgingshuizen naar moderne woonzorgcomplexen de rijksoverheid voor een nieuw beleidsvraagstuk: de huisvestingscomponent werd zodanig ‘opgeplust’ dat het Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieu zich te weer stelde tegen plannen van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur om de verzorgingshuizen als integrale aanspraak van woon- en zorgfuncties onder de AWBZ te brengen. Er ontstond een politieke impasse, eind 1993 gemarkeerd met de instelling van de Commissie Modernisering Ouderenzorg. Deze commissie-Welschen benadrukte de ondraagbare financiële consequenties van vergrijzing als het moderniserings- en substitutiebeleid niet zou slagen. Centraal in dit advies staat het onderbrengen van de totale ouderenzorg in één samenhangend financieringskader (AWBZ), met de zorgverzekeraars als regisserende uitvoeringsorganen van regionale zorgvernieuwing, via een nieuw te creëren fonds waarin de gegroeide wirwar van vernieuwingssubsidies en innovatieregelingen zou moeten worden gebundeld en gedereguleerd. De commissie stelde een straf substitutiebeleid voor, met gelijktijdige reductie van intramurale capaciteit en aanzienlijke uitbreiding van de zorg thuis. Hierdoor zou een volumegroei van 1 procent per jaar voldoende zijn om de vergrijzing tot het jaar 2015 op te vangen (Huijsman *et al.*, 1994).

Verkeerde prikkels in het systeem zouden moeten worden opgelost door het invoeren van een onafhankelijke, objectieve en integrale indicatiestelling en het realiseren van regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders (decentralisatie). Ook werd voorgesteld de vermogenstoets voor verzorgingshuizen af te schaffen, de verschillende eigen-bijdragen-systemen in de extra- en intramurale zorg te harmoniseren en zo allerlei perverse prikkels uit het systeem te halen. Aanvankelijk mocht het advies van de commissie-Welschen op veel steun rekenen, maar door de kabinetsformatie in 1994 bleef een reactie uit tot september 1995. De modernisering van de diverse 'care'-sectoren, waaronder de ouderenzorg, raakte echter toch in een stroomversnelling, maar de al langer bepleite scheiding van woon- en zorgfuncties ontbeerde politieke consensus.

Modernisering AWBZ (1997 tot 2006)

In 1997 gingen de verzorgingshuizen over naar de AWBZ en zijn de wijkverpleging (sinds 1980 in de AWBZ) en gezinsverzorging (sinds 1989 in AWBZ) geïntegreerd tot één AWBZ-verstrekking thuiszorg. Ook is gestart met de implementatie van onafhankelijke, objectieve en geïntegreerde indicatiestelling voor verzorging en verpleging via 84 Regionale Indicatie Organen (RIO's) onder verantwoordelijkheid van de gemeenten. In 1998 kwam de regionale uitvoering van de AWBZ in handen van zorgkantoren, een richting naar decentralisatie en deregulering. Per elk van de 32 regio's voert een zorgkantoor namens alle zorgverzekeraars de hele AWBZ uit, met als doel het zorgaanbod in een specifieke regio zo goed mogelijk af te stemmen op de zorgvraag. Het indiceren werd vervolgens vanaf 2003 omgebouwd van voorzieningen- naar functiegericht, een transformatie van sectoraal naar integraal beleid. Beoogd werd zo om sectorale schotten op te heffen, marktwerking tussen zorgaanbieders mogelijk te maken en substitutie te bevorderen. In plaats van een vast totaalpakket af te nemen, krijgt de verzekerde een combinatie van functies toegesneden op de concrete zorgvraag. De verzekerde kan per functie kiezen of hij of zij gebruikmaakt van zorg in natura (ZIN) of een persoonsgebonden budget (PGB). Helaas had dit als onbedoeld bijeffect dat meer mensen en nieuwe doelgroepen een beroep konden doen op de AWBZ, bijvoorbeeld op hulp bij de administratie en boodschappen doen (Van Gorp *et al.*, 2009). Om te komen tot uniforme en onafhankelijke indicatiestelling, werden in 2005 de RIO's gefuseerd tot één Centrum Indica-

tiestelling Zorg (CIZ). Het domein waarover het CIZ indiceert, aanvankelijk vooral ouderenzorg, werd in 1999 uitgebreid met de gehandicaptenzorg en in 2003 met de geestelijke gezondheidszorg voor chronisch zieken. Circa 70 procent van het jaarlijks aantal van thans bijna 1 miljoen CIZ-indicaties betreft nog immer ouderen. Het CIZ, dat toeziet op personen vanaf 18 jaar, en ook het Bureau Jeugdzorg, dat zich richt op personen tot 18 jaar, werden de poortwachters voor publiek gefinancierde AWBZ-zorg. Zij beoordelen of een persoon hiervoor in aanmerking komt en leggen dat vast in een wettelijk vereist indicatiebesluit. Het CIZ stuurt dat naar het zorgkantoor, dat contractafspraken maakt met zorgaanbieders en erop toeziet dat cliënten met een indicatiebesluit op efficiënte wijze passende zorg krijgen. Voor een intramuraal verblijf wordt sinds 2006 geïndiceerd via zorgzwaartepakketten, waarop vervolgens in 2009 ook de financiering van verzorgings- en verpleeghuizen is gebaseerd. Ook de contracteerplicht van zorgkantoren jegens intramurale instellingen is toen opgeheven, wat in 2004 al was gebeurd voor de extramurale zorg.

Van collectieve AWBZ naar gemeentelijk Wmo (vanaf 2007)

In 2007 is de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) ingevoerd. De Wmo is de wettelijke vertaling van het door het kabinet-Balkenende II ontwikkelde beleid om meer maatschappelijke ondersteuning bij de gemeenten neer te leggen, omdat gemeenten bij uitstek geschikt zijn om voorzieningen te ontwikkelen die afgestemd zijn op lokale omstandigheden, een verdere vorm van decentralisatie. Als gevolg hiervan werd de functie 'huishoudelijke verzorging' overgeheveld van de AWBZ naar de Wmo. Een wettelijk verankerde aanspraak werd daarmee weer een gesubsidieerde lokale voorziening. In 2009 ging ook de ondersteunende en activerende begeleiding naar de Wmo, in 2011 gevolgd door de overige onderdelen van de functiebegeleiding. Diverse adviesorganen kwamen in 2008 met adviezen hoe de AWBZ verder hervormd (SER) of zelfs opgeheven (RVZ) kan worden. De overheid nam de handschoen op en publiceerde in 2010 een eerste stapel Brede Heroverwegingsrapporten, met ook verschillende scenario's voor de langdurige ouderenzorg. Het PGB groeide zo hard dat het aan zijn succes ten onder dreigde te gaan, en werd in 2011 sterk teruggebracht. Na jaren discussie besloot het kabinet-Rutte bovendien om de zorgkantoren op te heffen en de zorgverzekeraars de opdracht te geven de AWBZ di-

rect voor eigen verzekerden uit te voeren. Achtergrond van deze stap is dat er een directe klantrelatie met de eigen zorgverzekeraar ontstaat en de aansluiting tussen 'cure' en 'care', de ketenzorg, beter mogelijk wordt. Dit zou per 2013 ingaan, ware het niet dat het kabinet demissionair is geworden en AWBZ-wijzigingen weer controversieel zijn verklaard.

Medio juni 2012 heeft de Taskforce Beheersing Zorguitgaven in opdracht van de ministeries van VWS en Financiën een nieuw heroverwegingsrapport doen verschijnen. De Taskforce vindt dat mensen hun langdurige zorg meer zelf moeten regelen en dat in hun eigen omgeving moeten doen. Vergoeding van huishoudelijke zorg en hulpmiddelen moet worden beperkt tot de laagste inkomens. De eerdere verschuiving van AWBZ naar Wmo wordt nu een verschuiving van formele naar informele zorg. Naarmate iemand meer vermogen heeft, moet die meer zelf bijdragen aan de langdurige zorg, de herintrede van de vermogenstoets. Een kern van zware intramurale zorg, onder andere gehandicaptenzorg, blijft vooralsnog in de AWBZ. Verder stelt de Taskforce voor om huishoudelijke verzorging uit de Wmo te schrappen (van formele naar informele zorg), een deel van de AWBZ-functies verzorging, verpleging en de maatschappelijke opvang naar de Wmo over te hevelen (van bescherming naar zelfstandigheid en decentralisatie) en nog sterker aan te sturen op extramuralisering (van intra- naar extramurale zorg). Ten slotte zou er meer ruimte en verantwoordelijkheid voor cliënten moeten komen door meer regie en hogere bijdragen.

SCHUIVEND BELEIDSSYSTEEM

Samenvattend (tabel 3) kan gesteld worden dat het zelfstandigheidsstreven, de kostenbeheersing en het substitutiebeleid als hoofddoelstellingen al decennialang het ouderenzorgbeleid domineren, maar dat de instrumenten om dat te bewerkstelligen in de tijd zijn verschoven en niet altijd even consistent of effectief blijken. Als nevendoelelstelling verscheen in de jaren zeventig ook het bevorderen van samenhang en integraliteit in het beleid, gevolgd door functionele decentralisatie rond de eeuwwisseling. Echter, in tegenspraak tot de beleden circuit- of systeemoriëntatie, heeft het beleid tot nu toe eerder geleid tot verdergaande fragmentatie in verschillende deelstelsels (Zvw, AWBZ en Wmo). Een voorbeeld is de thuiszorg, die in de vorige eeuw eerst werd geïntegreerd na fusie van wijkverpleging met gezinsverzorging, en vervolgens

in één financieringsstelsel werd ondergebracht als een wettelijk verankerde AWBZ-aanspraak, maar daarna werd opgeknipt in functies, die de afgelopen jaren in stappen werden verstrooid over AWBZ en Wmo zonder wettelijke aanspraak. Inmiddels zijn er plannen om de huishoudelijke functie geheel te schrappen uit de Wmo. Dat lijkt vanuit de beleidshistorie een consistente uitwerking van substitutie van formele naar informele zorg, maar er is geen onderliggende visie op de samenhang en wisselwerking tussen extra- en intramurale zorgvoorzieningen. Internationaal bezien blijft de institutiegraad in Nederland uitzonderlijk, net als de collectieve financiering van de intramurale combinatie van zorg met wonen. Het bevreemdt daarom des te meer dat het kabinet-Rutte juist de intramurale zorg een impuls met 1 miljard euro gaf voor uitbreiding met circa 12.000 medewerkers. Bovendien heeft het CIZ de indicatie voor intramuraal verblijf afgeschaft voor 80-plussers, wat zich lastig verhoudt tot beleidsdoelen als substitutie en zelfredzaamheid.

Vanaf eind vorige eeuw ontstaan complicerende combinaties van enerzijds decentralisatie naar zorgkantoren (AWBZ) en gemeenten (Wmo), en anderzijds centralisatie door landelijk gestandaardiseerde indicatiestelling voor een uniform AWBZ-pakket voor ouderen. Centrale sturing, aanbod- en kostenbeheersing blijven uiteindelijk toch de dominante paradigma's. Daardoor blijft een meer consequent innovatief zorgbeleid voor ouderen problematisch, getuige onder meer de jarenlange discussie over scheiden van wonen en zorg, en over het opheffen van de zorgkantoren zodat de verzekeraars de AWBZ kunnen uitvoeren voor eigen verzekerden en zo ook meer vraaggerichtheid en samenhang met de Zvw te realiseren.

De historische beleidsanalyse toont voortdurende worsteling met de hoofdogaven om te komen tot een toekomstbestendige ouderenzorg: collectief gefinancierde zorg moet teruggaan naar de kern, zorg moet op de juiste plaats door de juiste organisatie worden verleend, onder andere door substitutie van tweede naar eerste lijn en van formele naar informele zorg, en alle partijen moeten bijdragen aan de kostenbeheersing en grotere doelmatigheid van de ouderenzorg. De aanspraken voor langdurige zorg moeten worden aangescherpt door te kijken naar zorginhoudelijke synergie en dan te bepalen welk organisatorisch systeem het best past. Tegelijkertijd vergt doelmatige ouderenzorg goede afstemming en samenwerking tussen de verschillende partijen binnen het systeem, waarmee dient

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders

te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

te worden voorkomen dat maatregelen van de ene beleidsactor als kosten neerslaan op andere beleidsactoren in andere deelstelsels.

TOEKOMSTBESTENDIG BELEID

Welke aanknopingspunten voor toekomstbestendig beleid zijn uit het voorgaande te distilleren? Om te komen tot een toekomstbestendig systeem zijn een integrale benadering en nieuwe sectoroverstijgende combinaties van zorg, huisvesting, inkomen, participatie en welzijn voor ouderen nodig, gericht op toegevoegde waarde en goede systeemvoorwaarden, met zo lang en goed mogelijk thuis wonen als sectoroverstijgend beleidsprincipe. Dat vergt een samenhangende set van prikkels tot doelmatig gezamenlijk produceren en tot afstemmen van het aanbod op de behoeften en wensen van de consument. Er is inmiddels enige ervaring met ketenzorg die samenhang tussen extra- en intramurale zorgfuncties creëert, maar de kosteneffectiviteit is nog vaak niet bekend. De kritische toetssteen zijn uiteindelijk de uitkomsten van zorg- en dienstverlening aan kwetsbare ouderen, gestuurd vanuit evidence-based structuren en ketenprocessen. Het aantonen van en sturen op toegevoegde waarde vergt beter inzicht in de relatie tussen enerzijds uitkomstindicatoren en anderzijds structuur- en procesindicatoren (Kuenen *et al.*, 2011). Hiervoor is ook meer fundamenteel en toegepast onderzoek nodig, onder andere door voortzetting van het Nationaal Programma Ouderenzorg van ZonMw waaraan alle acht academische centra deelnemen. Daarbij is wel de vraag of een te eenzijdig zorgperspectief voldoende soelaas biedt tegen de veelvormige problematiek van de vergrijzing op onder meer de arbeidsmarkt, de huisvestingssector, het onderwijs en de collectieve sector. Grote steden zoals Rotterdam werken aan masterplannen voor de ouderen zorg waarin naast het lokale zorg- en onderzoeksveld ook cliëntorganisaties, zorgverzekeraars, de sociale sector en het bedrijfsleven participeren.

De WHO (2012) heeft dementie uitgeroepen als wereldwijde 'public health priority' ("the time to act is now"), wat de vier Alzheimercentra in Amsterdam, Nijmegen, Maastricht en Rotterdam heeft aangezet tot het Deltaplan Dementie voor onderzoek en innovatie in de dementiezorg. Er is de afgelopen decennia al meermalen opgeroepen tot deltaplannen tegen de vergrijzing, voor kostenbeheersing van de ouderen zorg in het algemeen of als reactie op aanstaande dementiegolf in het bijzonder. Deze initiatieven, hoe nuttig en no-

dig ook, laten zich tot nu toe echter vooral typeren als gefragmenteerd, context- en actorgebonden en meer ontworpen vanuit aanbodvernieuwing dan vraagsturing. De omvang en urgentie van de vergrijzingsproblematiek vergen bundeling van vele publieke en private partijen teneinde de benodigde kennis, technologie, middelen, mankracht en slagkracht bij elkaar te brengen. Er is stevig leiderschap en ondernemerschap nodig om eenmaal bewezen interventies snel en breed te implementeren in de ouderen zorg, met nieuwe business- en financieringsmodellen die bedrijvigheid en rendement bevorderen.

LITERATUUR

- Blommestijn, P.J. (1990) *Ouderenbeleid in Nederland van 1955 tot 1985*. Enschede: Universiteit Twente.
- Brouwer (2012) Het complexe dossier van gepaste zorg. *ESB*, 46445, 97(96445), 6–14.
- CBS (2010) *Tempo vergrijzing loopt op*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- FHI (2007) *Healthy ageing – a challenge for Europe*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.
- Garssen, J. (2011) *Demografie van de vergrijzing*. Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Gorp, T. van, H.R. Hull en E.C. Wilcke (2009) *De AWBZ in Nederland, Zorgthermometer*. Zeist: Vektis.
- Huijsman, R. en F.F.H. Rutten FFH (1988) *Economie van de ouderen zorg*. Assen/Maastricht: Van Gorcum.
- Huijsman, R., M.M.Y. de Klerk, F.F.H. Rutten en G.K.C. Groenenboom (1994) *Ouderen zorg in berekend perspectief. Achtergrondstudie bij het advies Ouderen zorg met toekomst van de Commissie Modernisering Ouderen zorg*. Rijswijk: Enproprint.
- Huijsman, R. en M.M.Y. de Klerk (1997) *Succesvolle zorgverlening aan ouderen in Nederland; een overzicht van beleidsontwikkelingen en onderzoekinzichten*. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*, 75(7), 406–416.
- Kuenen J.W., R. Mohr, S. Larsson en W. van Leeuwen (2011) *Zorg voor waarde; meer kwaliteit voor minder geld: wat de Nederlandse gezondheidszorg kan leren van Zweden*. Amsterdam: The Boston Consulting Group.
- Nota bejaardenbeleid (1975) Den Haag: Tweede Kamer, vergaderjaar 1974/1975, 13463.
- RIVM (2010) *Volksgezondheid Toekomstverkenning 2010; van gezond naar beter*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Slobbe, L.C.J., J.M. Smit, J. Groen, M.J.J.C. Poos en G.J. Kommer (2011) *Kosten van ziekten in Nederland 2007*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- WHO en Alzheimer's Disease International (2012) *Dementia: a public health priority*. Genève: WHO.