



Vergrijzing en de gevolgen voor de ouderenzorg

Auteur(s):

Huijsman, R.

*De auteur is directeur van het Erasmus Centre for Research on Aging, verbonden aan de EUR.***Verschenen in:**

ESB, 81e jaargang, nr. 4055, pagina 386, 24 april 1996

Rubriek:**Trefwoord(en):**

gezondheidszorg

Ouderen hebben meer behoefte aan zorgvoorzieningen dan jongeren. Wat zijn de gevolgen van vergrijzing voor de kosten van de zorgsector?

Het debat over de financiering van de vergrijzing gaat enerzijds over de bekostiging van de AOW en pensioenen voor ouderen, en anderzijds over de gezondheidszorg en in het bijzonder de ouderenzorg. Deze bijdrage beperkt zich tot het laatste. In dit artikel zal ik eerst een schets van de huidige ouderenzorg geven om de uitgangssituatie in beeld te brengen. Toekomstige beleidsrichtingen worden geïllustreerd aan de hand van een aantal scenario's die tot wisselende financieringsproblemen leiden. Vervolgens worden tegen dat licht de recente kabinetsvoorstellen inzake de modernisering van de ouderenzorg geplaatst, en zetten wij kanttekeningen bij een aantal veronderstellingen en oplossingen die nu bestaan. Dan ook worden de parallellen in de inkomens- en zorgdiscussies uitvergroot.

De Nederlandse ouderenzorg

In Nederland is de laatste decennia een fijnmazig netwerk van gezondheidszorgvoorzieningen voor ouderen tot stand gebracht. In totaal wordt in verzorgingshuizen en verpleeghuizen ca. 9% van de bevolking van 65 jaar en ouder (ca. 2 miljoen zielen) in wisselende mate van intensiteit verzorgd en verpleegd. De bewoners zijn hoogbejaarden vanaf 80 jaar; de gemiddelde leeftijd in verzorgingshuizen ligt zelfs rond de 84¹. De totale kosten van deze intramurale ouderenzorg beslaan thans bijna f 14 mrd, bijna 20% van het budget voor de totale gezondheidszorg¹ (zie [tabel 1](#)).

Tabel 1. Kosten van zorgvoorzieningen voor ouderen f mln

	1980	1985	1990	1995
gezinsverzorging	1290	1600	1848	2128
kruiswerk/wijkverp.	704	742	967	1044
verzorgingshuizen	3271	4184	4676	5265
verpleeghuizen	2854	3565	4155	5542
totaal	8119	10091	11646	13979

Bron: Financieel overzicht zorg.

Ouderen blijken ook veel gebruik te maken van algemene voorzieningen (zie [tabel 2](#))². Op deze manier komt een fors deel van het jaarlijks beschikbare extramurale zorgbudget ten gunste van ouderen vanaf 65 jaar. Tussen de intra- en extramurale sectoren hebben zich de laatste jaren allerlei semimurale tussenvoorzieningen ontwikkeld, zoals tijdelijke opname of dagverzorging in een verzorgingshuis voor nog zelfstandig wonende ouderen. Ook diensten als alarmering, maaltijdvoorzieningen en sociale activiteiten vormen een groeiende markt. Ten slotte zijn er allerlei vormen van beschut wonen ontwikkeld in kleinschalige wooncomplexen en serviceflats, onder meer voor de groeiende groep dementerenden. De omvang van deze 'semimurale' zorg is niet geheel bekend, maar duidelijk is dat de vraag naar deze 'zorg op maat' toeneemt³. Kennelijk voldoet het traditionele aanbod niet langer, en is er bij de gewenste modernisering niet sprake van een zuiver kostenprobleem.

Tabel 2. De extra- en intramurale Nederlandse ouderenzorg in cijfers, 1994

	totale kosten f mrd	aandeel eigen bet. %	aantal cliënten vanaf 65 jaar * (%)	aandeel cliënten 65+ %	cliënten 75+ %
<i>extramuraal:</i>					
gezinsverzorging	2,1	8	186,6 (9,3)	81	57
wijkverpleging	1,0	17	169,5 (8,4)	73	52

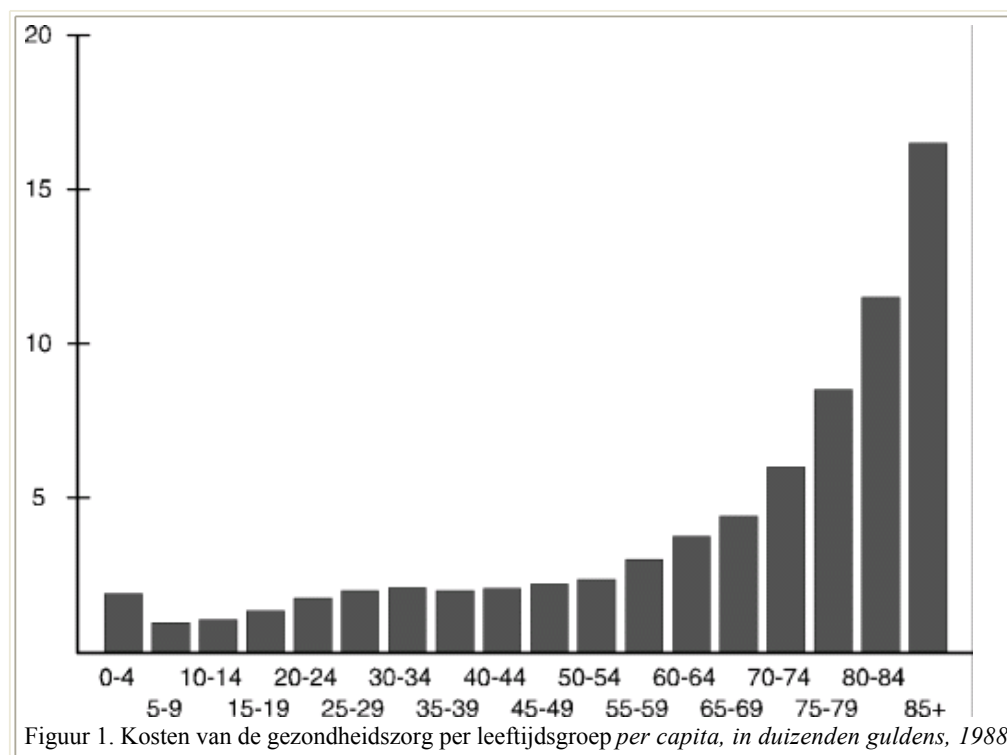
intramuraal:						
verzorgingshuizen	5,3	38	123,6	(6,2)	99	93
verpleeghuizen	5,3	10	44,7	(2,2)	93	78

* In duizendtallen; tussen haakjes: bereik in % van de bevolking vanaf 65 jaar (extramuraal op jaarbasis; intramuraal op peildatum einde jaar).

De Nederlandse ouderenzorg is een miljardenbedrijf geworden, dat in het licht van de vergrijzing zo adequaat mogelijk moet worden georganiseerd. Slechts weinigen beseffen dat de ouderenzorg een kwart van de totale uitgaven van de gezondheidszorg (f 60 mrd in 1995) uitmaakt, en dat daar tegelijkertijd bijna de helft van de beroepsbevolking in de gezondheidszorg (ruim 600.000 personen) emplooi heeft gevonden ⁴.

Zorgconsumptie van ouderen

Het beroep op zorg loopt bij vrijwel alle voorzieningen exponentieel op met de leeftijd (figuur 1) ⁵. Bestaande trends doortrekkend, wordt verwacht dat de kosten van de ouderenzorg in de toekomst verder zullen groeien vanwege de dubbele vergrijzing, waarbij niet alleen het aantal ouderen in de samenleving, maar ook het aantal hoogbejaarden binnen de populatie ouderen toenemen. Zo luidt althans de door velen gedeelde opvatting: de toenemende 'grijze' druk op de gezondheidszorg lijkt een onbetaalbare last op onze collectieve schouders te gaan worden.



De wortels van de huidige discussie over de modernisering van de ouderenzorg liggen in de ontwikkeling dat nieuwe vormen van zorg aan huis en meer modern ingerichte woonzorgcomplexen van ouderen met elk hun eigen regelingen en subsidies aan het eind van de jaren tachtig een grote vlucht namen. Dat resulteerde in 1992 en 1993 in beleidsvoorstellen voor een zogenoemd driekolommenmodel van extramuraal zorg, intramuraal zorg en woonzorgcomplexen (wozoco's in beleidsjargon). Geconstateerd werd dat er tussen zelfstandig wonen en 'klassiek intramuraal' een 'grijs tussengebied' was ontstaan dat om ordening vroeg ⁶. Omdat deze plannen bovendien waren gekoppeld aan bezuinigingsvoorstellen, ontstond in het land grote commotie en medio 1993 een patstelling tussen het toenmalige kabinet Lubbers-III en de Tweede Kamer. Om de impasse te doorbreken werd eind 1993 een adviescommissie benoemd, onder leiding van de Eindhovense burgemeester R.W. Welschen.

Moderniseringsplannen

In mei 1994 bracht deze commissie advies uit over de gewenste modernisering van de ouderenzorg ⁷. Centraal daarin staat het onderbrengen van de ouderenzorg in één samenhangend financieringskader (AWBZ), met de zorgverzekeraars als uitvoeringsorganen en als regionale aanstuurders van zorgvernieuwing via een nieuw te creëren fonds waarin de gegroeide wirwar van vernieuwingssubsidie- en innovatieregelingen moet worden gebundeld. Bovendien stelde de commissie een straf substitutiebeleid voor, waardoor de intramurale capaciteit wordt teruggebracht en de thuiszorg aanzienlijk wordt versterkt. Bij realisatie van dit plan achtte de Commissie een volumegroei van 1% per jaar voldoende om de vergrijzing tot het jaar 2005 op te vangen. Verkeerde prikkels zouden moeten worden opgelost door onder andere het invoeren van onafhankelijke integrale indicatiestelling en het realiseren van regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars, gemeenten en zorgaanbieders.

Belangrijk is ook het voorstel om de verschillende eigen-bijdragensystemen te harmoniseren. Hoewel dit al meer dan twintig jaar in discussie is, blijkt realisatie een uiterst moeizaam proces te zijn. In absolute zin lijken ouderen geen al te grote bijdrage te leveren aan de kosten van de zorg, maar in relatie tot hun inkomen ligt dat anders. Met name voor ouderen die geen aanvullend pensioen hebben is een

eigen bijdrage van f 200 per jaar voor de huisarts een zware belasting, zeker als die boven op de reeds lopende regelingen voor thuis- en andere zorg komt. Veel van Welschens voorstellen vielen in goede aarde, uitgezonderd het straffe substitutiemodel en de daaruit volgende krappe groei ruimte. Maar aan het uitvoeren van advies kwam men niet snel toe.

Beleid

Na de formatie kondigde het nieuwe paarse kabinet in de zomer van 1994 al aan de hoofdlijnen van Welschens advies over te zullen nemen, maar pas op 1 september 1995 verscheen het uiteindelijke kabinetsstandpunt over de ouderenzorg⁸. Op het punt van de toegestane groei is het kabinet tegemoet gekomen aan het toenemende verzet van zorgverzekeraars en zorgaanbieders: er wordt thans 1% per jaar geaccepteerd (nog altijd minder dan de toegestane groei van 1,3% voor de gehele gezondheidszorg) en de intramurale capaciteit zal worden bevroren in plaats van ingekrompen. De eigen-bijdrage-regelingen voor verzorgings- en verpleeghuizen worden inderdaad geharmoniseerd maar wel enigszins opgetrokken om de verguisde vermogenstoets voor verzorgingshuizen te kunnen afschaffen.

De Wet op de bejaardenoorden (WBO) van 1963 zal in verband met de overgang van verzorgingshuizen naar de AWBZ worden afgeschaft. De gehele (intramurale) ouderenzorg valt dan onder het regime van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), met de Ziekenfondsraad en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) als toezichthouders en de AWBZ-verbindingkantoren c.q. zorgverzekeraars als uitvoeringsorganen. De ouderenzorg en (delen van) de thuiszorg gaan daarmee het belangrijkste onderdeel van het zogenoemde eerste compartiment vormen. Het tweede compartiment betreft de verplichte ziektekostenverzekeringen (de huidige ziekenfonds- en particuliere verzekeringen) voor een door de overheid vastgesteld pakket aan zorgaanpakken, en het derde compartiment de resterende zorg, die individueel bijverzekerd moet worden⁹.

In de afgelopen maanden begint zich wederom verzet af te tekenen tegen een aantal elementen van het kabinetsplan. Het zorgvernieuwingsfonds lijkt het loodje te gaan leggen nog voordat het is ingevoerd, want tal van organisaties zien hun greep en invloed op de bestaande subsidieregelingen verloren gaan, vrezen dat bestaande zorgvormen en lopende verplichtingen op losse schroeven komen te staan en zijn niet gerust op de uitkomsten van periodieke onderhandelingen met zorgverzekeraars teneinde hun geldstroom uit het vernieuwingsfonds te garanderen. Steeds breder wordt bovendien het verzet tegen de krappe mogelijkheden voor ouderenzorg en de gezondheidszorg als geheel. Minister Borst is nu in de slag met penningmeester Zalm om meer geld voor de zorg te krijgen. In het resterende deel van dit artikel gaan wij na hoe reëel de claims inzake ruimere groei voor de ouderenzorg zijn, in het licht van de vergrijzing en de mogelijkheden de ouderenzorg te moderniseren en reorganiseren.

Scenario's

De geschetste leeftijdsspecifieke gebruikspatronen in combinatie met de demografische trends op de langere termijn hebben 's lands rekenmeesters onrustig gemaakt¹⁰. Extrapolaties resulteren in een forse toename van het gebruik en de kosten van ouderenzorg, variërend van 2% tot 4% reële volumegroei per jaar. De methodiek die daarbij wordt gehanteerd is in essentie simpel: in een scenario van 'ongewijzigd beleid' worden de huidige (zo mogelijk leeftijds- en sexe- specifieke) gebruikspatronen gelegd op de toekomstige opbouw van de bevolking. Omdat het aantal ouderen toenemen, stijgen de kosten van de ouderenzorg navenant mee. In een periode van ongeveer tien jaar is dan 20% à 23% reële volumegroei vereist¹¹. De kosten voor ouderenzorg in 2005 komen dan uit op f 15,6 mrd (1994: f 12,8 mrd)

Deze demografische variant is in recent onderzoek aangevuld met enkele alternatieve kostenscenario's voor de toekomstige ouderenzorg¹². In de kern behelst deze scenariomethode dat alternatieve verdelingen van oudere cliënten over zorgvoorzieningen worden doorgerekend op hun economische consequenties.

In een van de scenario's zijn de uitgangspunten van het huidige kabinetsplan voor de ouderenzorg (een bevriezing van de huidige intramurale capaciteit) doorgerekend voor de periode 1990-2005. Demografische ontwikkelingen leiden er hier toe dat de stijgende vraag het bestaande aanbod te boven gaat: voor zowel verpleeg- als verzorgingshuizen ontstaat een tekort van ruim 20.000 plaatsen. Dit wordt verondersteld opgevangen te kunnen worden door de professionele thuiszorg, waarvan de capaciteit ook al zou moeten groeien. De kosten van dit scenario komen in het jaar 2005 uit op f 14,3 miljard. Dit komt overeen met een jaarlijkse kostenstijging van 1,0%, gelijk aan de voorstellen van Welschen en het kabinet.

Overigens bleek uit een ander scenario dat compensatie van de toenemende zorgzwaarte binnen het huidige voorzieningenstelsel op zich al een jaarlijkse kostengroei van bijna 0,7% vergt¹³. De werkelijke kostenontwikkeling ligt hoger omdat rekening moet worden gehouden met de autonome kostengroei die samenhangt met de zogenaamde ziekte van Baumol, en met de benodigde vervangingsinvesteringen om de kwaliteit van de verzorging in de loop der jaren op niveau te houden. Deze kosten worden door de commissie-Welschen geraamd op additioneel 0,5% per jaar, maar zullen hoger uitvallen als ook kwaliteitsverhogende renovatie wordt toegestaan om verzorgingshuizen op het kwaliteitsniveau van verpleeghuizen te brengen. Per saldo is dus een volumegroei van minstens 1,5% per jaar nodig.

Toekomstperspectief

De vraag is welk deel van de benodigde middelen door de collectieve pot kan blijven worden opgebracht. De scenario's laten zien dat de kostenstijging substantieel is, maar naast collectieve financiering kan ook worden gedacht aan enige verschuiving van de financiering naar eigen bijdragen van ouderen en aan grotere productiviteitsgroei. Hier is door toenemende technologische mogelijkheden in de zorg wellicht meer te halen dan men bij een arbeidsintensieve, dienstverlenende sector voor mogelijk houdt.

Met de modernisering van de ouderenzorg staan we kortom voor de vraag welke zorg we aan wie willen bieden en wie dat op welke wijze moet betalen. Analooq aan het pensioendebat, zijn twee opties denkbaar: een 'drielagensysteem' met de onderste laag als minimumvoorziening voor iedereen of een 'driepijlersysteem' met enige mate van ontkoppeling tussen de verschillende componenten van het bestel. Er is mijns inziens een maatschappelijk-politieke verantwoordelijkheid te nemen voor een fatsoenlijk basissysteem van voorzieningen met een gegarandeerd minimumniveau van kwantitatief en kwalitatief verantwoorde zorg. Dat betreft met name de langdurige thuiszorg en de gemoderniseerde ouderenzorg (dit geheel wordt wel aangeduid als 'long-term care'). De 'cure' sector

(ziekenhuizen, huisartsen en gezondheidscentra) vormt het belangrijkste onderdeel van het verplicht verzekerde pakket. De daarboven gewenste zorg behoort tot het domein van de individuele preferenties die eventueel aanvullend verzekerd of bijbetaald kunnen worden.

De uitdaging voor de nabije toekomst is het vinden van een integrale benadering van zorg, huisvesting, inkomen en welzijn voor ouderen. Zo'n aanpak zal naar mijn overtuiging nieuwe creatieve oplossingen mogelijk maken, waar een blijvend verkokerd bestel anders tot een onnodig hoge druk op de financierbaarheid van vergrijzing leidt. Het dilemma daarbij zal echter zijn maatschappelijke belangen te verenigen met de belangen van afzonderlijke zorgaanbieders en instellingen. Vanuit maatschappelijk perspectief is het nodig dat de verschillende sectoren uit hun 'kokers' stappen en toestaan dat de toegang tot de schaarse zorg niet meer door de zorgaanbieders zelf, maar door onafhankelijke indicatie-stellers wordt verricht. Vanuit instellingsperspectief vergt dat afstaan van autonomie en van de bewaking op de toegang tot hun diensten. Bovendien komt daar toenemende onzekerheid voor de bestaande organisatie bij. Bij deze omschakeling staat de overheid bovendien voor het dilemma hoeveel (blauw)druk van bovenaf moet worden opgelegd en hoeveel van de vereiste innovatie van onderop tot stand kan komen, terwijl het geheel toch binnen de strakke financiële kaders moet blijven.

Ervaringen in de afgelopen tien jaar met het substitutiebeleid in de huisvesting en zorg voor ouderen en de meer recente ervaringen met thuiszorgtechnologie maken aannemelijk dat een deel van de demografische druk op de ouderenzorg is op te vangen ¹⁴. Laten we echter geen illusies koesteren: de kosten voor de ouderenzorg zullen zowel in absolute als in relatieve termen verder oplopen. Maar naarmate dat met de geschetste maatregelen in een samenhangend en sectoroverstijgend beleid op een meer beheerste wijze wordt toegestaan, dat systematisch wordt begeleid, wordt het vooruitzicht op de financierbaarheid van de vergrijzing minder somber. Blijft de maatschappelijke vraag tot welke hoogte collectieve financiering sociaal wenselijk en haalbaar is. Actuele ontwikkelingen in de thuiszorg laten zien hoe belangrijk een heldere politieke lijn is om de vereiste solidariteit in ons systeem te behouden en de ouderenzorg te behoeden voor tweedeling en al te ver doorgevoerde commercialisering

1 *Statistiek Bejaardenoorden 1993*, CBS, Voorburg, 1994.

2 R. Huijsman en G.K.C. Groenenboom, *Kostbare verwarring; economische aspecten van de ouderenzorg*, De Tijdstroom, Utrecht, 1996.

3 Voor cijfers hierover zie R. Huijsman en G.K.C. Groenenboom, 1996, op.cit.

4 *Financieel Overzicht Zorg 1996*, Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1996-1997, 24404, nrs. 1-2.

5 M.A. Koopmanschap, L. van Roijen en L. Bonneux, *Kosten van ziekten in Nederland*, EUR, Rotterdam, 1991.

6 Tweede Kamer vergaderjaar 1992-1993, 21814, nrs. 15 en 19.

7 *Ouderenzorg met toekomst*, Advies van de Commissie modernisering ouderenzorg, Ministerie van WVC, Rijswijk, 1994.

8 Beleidsbrief modernisering ouderenzorg. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1994-1995, 24.333, nr. 1.

9 Zorg in het regeerakkoord. Tweede Kamer der Staten-Generaal, vergaderjaar 1994-1995, 24124, nrs. 1-2.

10 A. Klaassen-van den Berg Jeths e.a. *Ouder worden in de toekomst*, Van Arkel, Utrecht, 1985; A. van den Berg Jeths e.a. *Ouderen in het jaar 2000; gezondheid en zorg*, Bohn Stafleu Van Loghum, Houten/Zaventhem, 1992; F.F.H. Rutten e.a., *Kostenberekening bij gezondheidszorgonderzoek; richtlijnen voor de praktijk*, Van Arkel, Utrecht, 1993; G.K.C. Groenenboom en R. Huijsman, op.cit., 1995.

11 R. Huijsman, *Model van voorzieningen voor ouderen*, Kerckebosch, Zeist, 1990.

12 G.K.C. Groenenboom en R. Huijsman, *Ouderenzorg in economisch perspectief: kostenscenario's*, De Tijdstroom, Utrecht, 1995.

13 Groenenboom en Huijsman, op.cit., 1996.

14 R. Huijsman, Tien jaar substitutiebeleid: werde we (financieel) wijzer?, *Senior*, jg. 42, nr. 5, 1996, blz. 12-14.