

Blijvende zorg

Economische aspecten van langdurige ouderenzorg

Leo van der Geest



Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het in 2005 uit te brengen advies over de AWBZ aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, 2005

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100

2701 AC Zoetermeer

Tel 079 368 73 11

Fax 079 362 14 87

E-mail mail@rvz.net

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag

Fotografie: Eric de Vries

Druk: Quantes, Rijswijk

Uitgave: 2005

ISBN: 90 5732 159 9

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 368 73 11) onder vermelding van publicatienummer 05/11. De prijs van de publicatie is € 15,00.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Inleiding	7
2	Ontwikkelingen in de vraag naar zorg	11
2.1	Demografische ontwikkelingen	11
2.2	Ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen	14
2.3	Sociaal-economische ontwikkelingen	17
2.4	Sociaal-culturele ontwikkelingen	21
2.5	Vraag naar verzorging en verpleging	23
2.6	Prijselasticiteit van verzorging en verpleging	26
2.7	Uitgaven aan ouderenzorg	27
2.8	Conclusies	28
3	Ontwikkelingen in het aanbod van zorg	30
3.1	Ouderen langer zelfstandig	30
3.2	Mantelzorg	33
3.3	Thuiszorg	38
3.4	Intramurale zorg	39
3.5	Substitutie en complementariteit	40
3.6	Productiviteit	42
3.7	Kwaliteit	44
3.8	Conclusies	46
4	Financiering van langdurige ouderenzorg	48
4.1	Informele zorg	48
4.2	Private besparingen	48
4.3	Vrijwillige verzekering	51
4.4	Vrijwillige verzekering met publieke ondersteuning	52
4.5	Publieke financiering	54
4.6	Gemengde financiering	56
4.7	Conclusies	57
5	Organisatie van langdurige ouderenzorg	60
5.1	Ouderenzorg als lappendeken	60
5.2	Informatieproblemen	61
5.3	Coördinatieproblemen	64
5.4	Publieke of private uitvoering?	65
5.5	Persoonsgebonden budgetten	67
5.6	Indicatiestelling	68
5.7	Transparantie en verantwoording	69
5.8	Conclusies	70

6	Knelpunten in de langdurige ouderenzorg	72
6.1	Toegankelijkheid en betaalbaarheid: de spaarval	72
6.2	De kwaliteitsval	73
6.3	Het falen van de verzekeringsmarkt	74
6.4	Eigen verantwoordelijkheid en de overbelasting van de mantelzorg	75
6.5	De valkuilen van een publieke ouderenzorg	76
6.6	De onderinvestering in preventie en zelfzorg	78
6.7	Conclusie	79
7	Leren van internationale ervaringen	80
7.1	Het Deense model	80
7.2	Het Oostenrijkse model	84
7.3	Het Amerikaanse model	86
7.4	Conclusies	90
8	Bouwstenen voor een bestendige zorg voor kwetsbare ouderen	92
8.1	Eerste pijler: preventie en zelfredzaamheid	92
8.2	Tweede pijler: mantelzorg	93
8.3	Derde pijler: private financiering	94
8.4	Vierde pijler: publieke waarborgen	96
8.5	Organisatie	97
	Bijlagen	
1	Lijst van afkortingen	107
2	Literatuur	109
	Overzicht publicaties RVZ	115

Blijvende zorg

Samenvatting

De organisatie en financiering van de langdurige zorg voor kwetsbare ouderen staat in alle OECD landen hoog op de politieke agenda. De vraag is hoe de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg voor hulpbehoevende ouderen op lange termijn kan worden gewaarborgd, nu hun aantal als percentage van de bevolking fors oploopt. Dit rapport analyseert welke ontwikkelingen zich in de vraag naar en het aanbod van langdurige ouderenzorg aftekenen en verkent opties om de ouderenzorg te financieren en organiseren. Naarmate ouderen welvarender worden ligt het voor de hand een groter beroep te doen op de eigen verantwoordelijkheid van mensen om voorzieningen te treffen voor hun oude dag. Vrijwillige besparingen en verzekeringen voor ouderenzorg blijken echter onvoldoende van de grond te komen. Ook de mogelijkheden van familieleden en vrijwilligers om een deel van de zorg voor ouderen in hun omgeving op zich te nemen, zijn niet onuitputtelijk. Publieke waarborgen dat hulpbehoevende ouderen de zorg krijgen die zij nodig hebben, zullen noodzakelijk blijven.

Dit rapport concludeert dat een bestendig en samenhangend stelsel van langdurige zorg voor kwetsbare ouderen op vier pijlers moet rusten: zelfredzaamheid, mantelzorg, private financiering en publieke waarborgen. De zelfredzaamheid van ouderen kan worden bevorderd door ouderen met lichamelijke beperkingen te ondersteunen om de regie over hun leven zoveel mogelijk in eigen hand te houden. *Empowerment* programma's kunnen, mits goed vormgegeven, de kwaliteit van leven verbeteren én de kosten van zorg omlaag brengen. Nieuwe woonconcepten, gecombineerd met vormen van zorg en dienstverlening, kunnen ouderen in staat stellen langer zelfstandig te blijven wonen. Ook voor de ouderenzorg geldt dat winst valt te boeken met investeringen in preventie. Het rapport bepleit de opzet van een Preventiefonds voor de financiering van vormen van preventie en zelfzorg, waarvan de kosteneffectiviteit is aangetoond.

Net als nu zal mantelzorg door familieleden en vrijwilligers ook in de toekomst een sleutelrol spelen in de ouderenzorg. Bredere erkenning van de centrale rol die mantelzorg vervult is noodzakelijk. Daarbij moet duidelijk zijn dat mantelzorg niet 'gratis' is, maar ten koste gaat van de arbeidsmarktmogelijkheden van mantelzorgers. Beter inzicht in de maatschappelijke kosten en baten van mantelzorg kan bijdragen tot een doelmatiger inzet van mantelzorgers. Een vrijere aanwending van persoons-

gebonden budgetten kan het mogelijk maken om mantelzorgers een (bescheiden) vergoeding voor hun inzet te bieden.

Ouderen zullen in de toekomst gemiddeld welvarender zijn dan ouderen nu. Dit opent mogelijkheden om private middelen een belangrijker rol te laten spelen in de financiering van de zorg. Vanwege diverse vormen van marktfalen komen private besparingen en private verzekeringen voor langdurige ouderenzorg echter moeilijk van de grond. Garantstelling door de overheid voor onverzekerbare risico's kan de ontwikkeling van een private verzekeringsmarkt voor ouderenzorg bevorderen. De markt kan op de behoefte aan ouderenzorgverzekering inspelen met nieuwe financieringsproducten zoals de 'omgekeerde hypotheek'. Ook combinatie van pensioen- en ouderenzorgverzekering kan aantrekkelijke mogelijkheden bieden.

Het spannen van een vangnet voor onverzekerbare risico's en als minimumvoorziening voor ouderen met onvoldoende eigen middelen, blijft een overheidstaak. Het vangnet voor ouderenzorg is een uitdrukking van de solidariteit tussen generaties. Om de intergenerationele solidariteit niet te overbelasten, kan de publieke voorziening geen 'luxe' karakter hebben. Wel zal zijn aan bepaalde minimumvereisten moeten voldoen. Voor de instandhouding van de solidariteit is het daarnaast essentieel dat de overheid zich voor de lange termijn vastlegt op het niveau van zorg dat zij garandeert en de wijze waarop die zorg wordt gefinancierd.

Hoewel het waarborgen van een maatschappelijk bepaald niveau van zorg voor kwetsbare ouderen een overheidstaak is, kan de organisatie van die zorg decentraal door private uitvoerders geschieden. Daarbij moet er keuze tussen verschillende aanbieders zijn en transparantie ten aanzien van de kwaliteit van het aanbod. Een zekere vrijheid voor zorgverleners om te bepalen welke zorg aan wie wordt aangeboden komt de kwaliteit en doelmatigheid van de uitvoering ten goede.

1 Inleiding

De tweede helft van de twintigste eeuw heeft velen een kostbaar geschenk gebracht: de luxe van een lang leven. Maar zoals veel luxe artikelen, is een lang leven duur. In veel landen maken overheden zich zorgen over de kosten van hun verouderende bevolking. Niet alleen omdat zij aanhikken tegen de kosten nu, maar vooral omdat zij beseffen dat nog veel hogere kosten in het verschiet liggen. De demografische veranderingen van een langere levensduur en een afnemend geboortecijfer dwingen de meeste landen tot fundamentele keuzen inzake de manier waarop zij de verzorging van hun kwetsbare ouderen organiseren en financieren.

Langdurige zorg voor ouderen kan vele vormen aannemen: verzorging thuis of in speciale verzorgings- en verpleeghuizen. Hulp bij alledaagse bezigheden, zoals aankleden, wassen, boodschappen doen, maaltijden bereiden en schoonmaken, naast speciale aandacht en verzorging in geval van ziekte, lichamelijke of geestelijke gebreken, of eenzaamheid. Hulp door naasten en verwanten, naast professionele hulp door speciale instanties voor langdurige ouderenzorg. Hulp betaald uit eigen middelen of ondersteuning op basis van wettelijke regelingen en voorzieningen. Hulp in natura of financiële steun om zelf zorg in te kopen.

Tussen landen bestaan er grote verschillen in de manier waarop de langdurige zorg voor ouderen is georganiseerd en wordt gefinancierd. In Zweden bijvoorbeeld, zijn gemeenten volledig inhoudelijk en financieel verantwoordelijk voor de langdurige ouderenzorg, in Nederland bestaat daarvoor een landelijke voorziening (AWBZ). In Spanje en Italië wordt de zorg voor ouderen primair als een verantwoordelijkheid van naasten en verwanten gezien, in Denemarken is dat veel minder het geval. In Engeland en Frankrijk is het recht op zorg afhankelijk van eigen inkomsten of vermogen, in Nederland en Duitsland niet. In Oostenrijk ontvangt de hulpbehoevende oudere *Pflegegeld*, waarmee hij zelf zorg kan inkopen, in Nederland wordt de zorg voor het overgrote deel in natura verstrekt.

Al deze institutionele verschillen leiden ook tot belangrijke verschillen in geleverde zorg.¹ In Duitsland ligt het aandeel ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen op 3,5% van de bevolking boven 65 jaar, in Zweden is dat meer dan twee maal zo hoog (8,2%). In Nederland waren de totale uitgaven aan langdurige ouderenzorg in 2000 1,8% van het bbp, in Australië was dat 0,8%. Ook zijn er grote verschillen in kwaliteit van de geleverde zorg, al zijn daarover geen systematische vergelijkende cijfers beschikbaar.

Aan de basis van deze verschillen liggen steeds keuzen hoe verantwoorde-

lijkheden worden verdeeld tussen de publieke (overheid) en de private sector (niet-overheid) en tussen formele en informele zorgverlening (zorg via officiële instanties of 'mantelzorg' door familie of andere personen in de directe omgeving van de ouderen die hulp nodig hebben). Hoe die verantwoordelijkheden precies zijn verdeeld, is vaak afhankelijk van historische en culturele factoren. Maar er kan ook vanuit een economisch perspectief naar worden gekeken. In sommige gevallen kan de organisatie en financiering van de ouderenzorg met een gerust hart worden overgelaten aan de markt of het particuliere initiatief, maar er zijn ook situaties waarin de markt of het particuliere initiatief te kort schieten om kwalitatief hoogwaardige zorg voor ouderen te waarborgen. Of waarin die zorg er dan alleen is voor degenen die over voldoende koopkrachtige vraag beschikken.

Ook in Nederland staat het stelsel van langdurige ouderenzorg ter discussie. In een brief aan de Tweede Kamer signaleren minister Hoogervorst en staatssecretaris Ross-van Dorp van het Ministerie van VWS een aantal ernstige problemen in de huidige organisatie en financiering van de langdurige zorg voor ouderen:²

1. In de huidige AWBZ is het accent te veel komen te liggen op het incasseren van (verzekerde) rechten; het beroep op de eigen verantwoordelijkheid van mensen is daarbij achtergebleven.
2. Er is te weinig samenhang tussen de bestaande voorzieningen om ouderen, gehandicapten en chronische psychiatrische patiënten zoveel en zo lang mogelijk zelfstandig te laten functioneren.
3. Het pakket van aanspraken onder de AWBZ is voortdurend gegroeid; mede daardoor zijn de kosten explosief toegenomen; als er niets gebeurt dreigt de AWBZ onbetaalbaar te worden.
4. Verantwoordelijkheden zijn niet duidelijk geregeld, waardoor telkens nieuwe claims bij de AWBZ worden gedeponneerd; de AWBZ dreigt het 'putje van de zorg' te worden.
5. Ook de uitvoering moet sterk worden verbeterd om de groei van de uitgaven te kunnen beheersen.

Als oplossing schetsen de bewindslieden de contouren van een nieuw stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning, met als uitgangspunten dat:

1. mensen primair zelf oplossingen bedenken voor problemen die zich in hun sociale omgeving voordoen. Dit betekent een groter beroep op de eigen draagkracht en het verdwijnen van een aantal rechten die nu onder de AWBZ vallen (zoals huishoudelijke hulp);
2. gemeenten een samenhangend stelsel van ondersteuning aanbieden voor hun inwoners die niet in staat zijn zelf of samen met anderen voor oplossingen in hun eigen woonomgeving te zorgen. Hiervoor wordt de Wet Maatschappelijke Ondersteuning geïntroduceerd;

deze wet omvat de huidige Wvg, de Welzijnswet en delen van de AWBZ;

3. het Rijk een verzekering aanbiedt voor uitsluitend zware, chronische en continue zorg, die grote financiële risico's voor individuen inhoudt en particulier niet te verzekeren is (een sterk ingeperkte AWBZ).

Deze voorstellen houden een majeure verandering van de organisatie en financiering van de langdurige zorg in. Het is van groot belang om na te gaan of de herverdeling van verantwoordelijkheden over verschillende domeinen (Rijk, gemeente, particulier initiatief) niet tot allerlei zorginhoudelijke, organisatorische en financiële knelpunten leidt. Ook is het mogelijk dat onbedoelde en ongewenste neveneffecten optreden. Het is nog onvoldoende duidelijk of de voorgenomen reorganisatie van de langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning resulteert in een samenhangend geheel van voorzieningen, dat in de maatschappelijke behoeften voorziet en ook op lange termijn bestendig is.

Als adviseur van de regering wil de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) zich een gefundeerd oordeel vormen over de voorstellen. Aan NYFER is gevraagd om hiervoor op basis van economisch onderzoek bouwstenen aan te leveren. Het gaat daarbij met name om:

1. een economische analyse van de 'markt' voor langdurige zorg;
2. onderzoek naar innovatieve financiële en organisatorische arrangementen, die inspelen op de behoefte aan kwalitatief hoogwaardige, langdurige zorg voor kwetsbare ouderen.

Onderzoeksvragen en opzet van het onderzoek

NYFER wil in dit rapport de volgende onderzoeksvragen beantwoorden:

1. Welke economische karakteristieken kenmerken de financiering en organisatie van de langdurige zorg voor ouderen en wat betekent dit voor de inrichting van een bestendig stelsel van ouderenzorg?
2. Welke mogelijkheden kunnen eigen verantwoordelijkheid en het particuliere initiatief ook op langere termijn bieden om langdurige zorg voor ouderen te organiseren en financieren?
3. Hoe kan het overheidsbeleid private besparingen en verzekeringen voor langdurige ouderenzorg bevorderen en welke rol is weggelegd voor een publieke verzekering (AWBZ)?
4. Welke voorbeelden zijn er – nationaal en internationaal – van succesvolle particuliere en overheidsinitiatieven om knelpunten in de financiering of de organisatie van de langdurige ouderenzorg te verminderen? En kunnen die initiatieven wellicht een rol spelen in de verdere vormgeving van het Nederlandse beleid?

De aanpak van het onderzoek is als volgt. Hoofdstuk 2 beschrijft (internationale) trends in de vraag naar langdurige zorg voor ouderen en geeft aan tot welke knelpunten die kunnen leiden. Hoofdstuk 3 doet hetzelfde voor trends in het aanbod van langdurige zorg. Hoofdstuk 4 bespreekt verschillende alternatieven voor de financiering van de langdurige ouderenzorg en gaat in op de problemen die zich daarbij voordoen. Hoofdstuk 5 bespreekt alternatieven en problemen op het punt van de organisatie van de zorg. Hoofdstuk 6 vat de knelpunten die uit de voorgaande hoofdstukken naar voren zijn gekomen samen en laat zien hoe de oplossing van het ene probleem vaak weer andere problemen oproept. Hoofdstuk 7 schetst hoe enkele andere landen hun ouderenzorg organiseren en financieren en wat daarvan valt te leren. Hoofdstuk 8, ten slotte, draagt op basis van de analyses uit de voorgaande hoofdstukken een aantal bouwstenen aan voor de inrichting van een duurzaam stelsel van langdurige zorg voor ouderen..

2 Ontwikkelingen in de vraag naar zorg

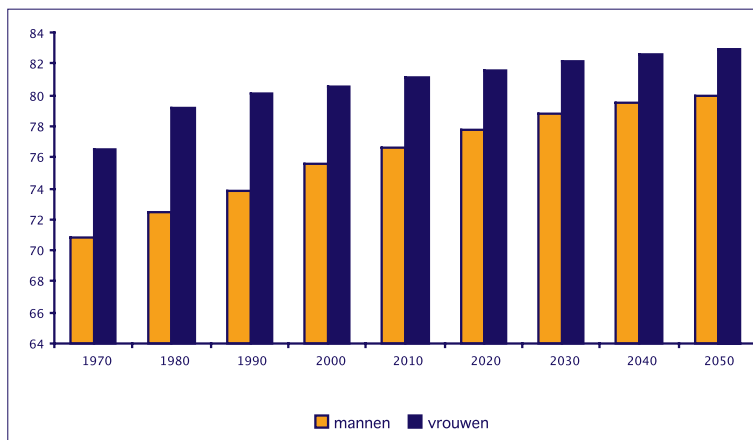
De vraag naar langdurige ouderenzorg wordt in hoge mate bepaald door demografische, medisch-technologische, sociaal-economische en sociaal-culturele ontwikkelingen. Dit hoofdstuk beschrijft de belangrijkste trends op deze gebieden en analyseert de gevolgen daarvan voor de vraag naar langdurige ouderenzorg.

2.1 Demografische ontwikkelingen

Toename levensverwachting

Veroudering van de bevolking is een trend die zich in alle ontwikkelde landen voordoet. In Nederland is de levensverwachting bij geboorte voor mannen sinds 1970 met 5,2 jaar toegenomen van 70,8 naar 76 jaar en die voor vrouwen met 4,2 jaar van 76,5 naar 80,7 jaar (zie figuur 2.1). Aan deze ontwikkeling is nog geen einde gekomen. Het CBS verwacht voor mannen een verdere stijging van de levensverwachting tot 78,0 jaar in 2020 en voor vrouwen een stijging tot 81,1 jaar. Dat de verwachte toename van de levensverwachting bij vrouwen stagneert, terwijl die bij mannen nog doorgaat, komt doordat het rookgedrag van vrouwen meer op dat van mannen is gaan lijken.³ Rokers leven gemiddeld zes jaar korter dan niet-rokers. Overigens halen mannen hun achterstand in levensverwachting op vrouwen niet geheel in. Bij identiek rookgedrag blijft er nog een verschil van ongeveer drie jaar tussen de levensverwachting van mannen en die van vrouwen bestaan.

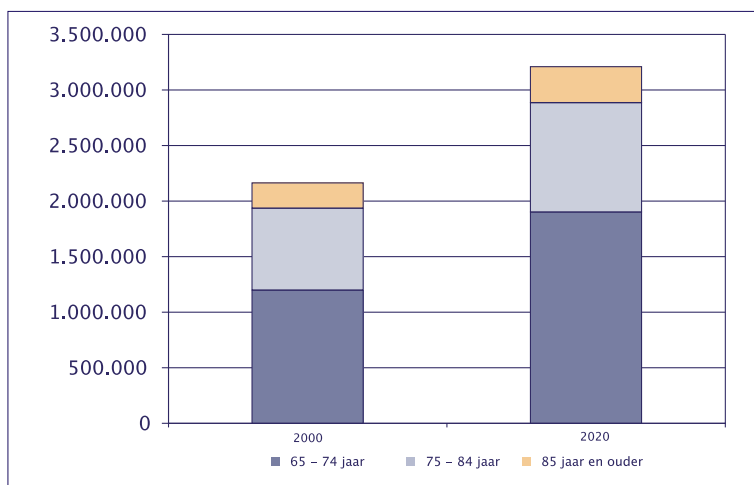
Figuur 2.1 De levensverwachting neemt nog steeds toe



Bron: CBS.

Door de toename van de levensverwachting stijgt het aantal ouderen boven 65 jaar. Voor Nederland verwacht het CBS tussen nu en 2020 een toename van het aantal ouderen met bijna 50%: van bijna 2,2 miljoen in 2000 tot 3,2 miljoen in 2020 (zie figuur 2.2).

Figuur 2.2 Het aantal personen boven 65 jaar groeit tot 2020 met 50%



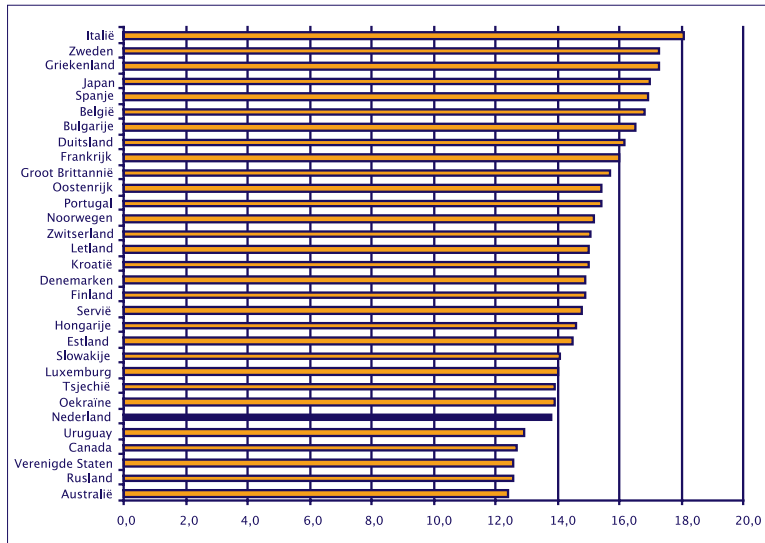
Bron: CBS, CBS-bevolkingsprognose 2002.

Ook na 2020 verwacht het CBS nog een verdere toename van de levensverwachting: tot 79,6 jaar voor mannen en 82,6 jaar voor vrouwen in het jaar 2050. Dit betekent dat het aandeel ouderen in de bevolking ook na 2020, als de naoorlogse babyboom-generatie op leeftijd is, nog door-groeit.

Afhankelijkheidsratio

Een gebruikelijke manier om de leeftijdsopbouw van de bevolking te meten, is de afhankelijkheidsratio: het aantal personen van 65 jaar en ouder als percentage van de totale bevolking of van de bevolking tussen 20 en 65 jaar. Nederland behoort volgens deze maatstaf niet tot de 'oudste' landen, in tegenstelling tot veel andere Europese landen. Italië, Griekenland, Zweden, Spanje, België, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk staan allemaal in de top-tien van oudste landen (zie figuur 2.3). Nederland komt in deze ranglijst pas op de 25e plaats.

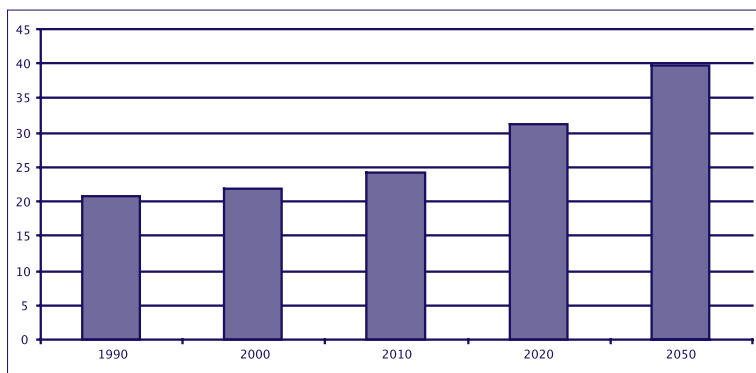
Figuur 2.3 Rangorde van 'oudste' landen (personen van 65 jaar en ouder in procenten van de totale bevolking), 2000



Bron: Gibson et al., 2003; Nederland toegevoegd.

Terwijl Nederland in Europa nu nog tot de relatief jonge landen behoort, zal het in 2030 wel tot de oudste landen behoren, omdat de naoorlogse geboortegolf, die in Nederland relatief omvangrijk was, dan een hoge leeftijd heeft bereikt. Daarmee loopt ook de afhankelijkheidsratio relatief sterk op. Figuur 2.4 illustreert dat.

Figuur 2.4 Ontwikkeling afhankelijkheidsratio*, 1990-2050



* De afhankelijkheidsratio is hier gedefinieerd als het aandeel van de bevolking boven 65 jaar als percentage van de bevolking tussen 20 en 65 jaar.

Bron: CBS.

Huishoudenssamenstelling/burgerlijke staat

Belangrijk voor de vraag naar zorg is niet alleen de leeftijd, maar ook de huishoudenssamenstelling van ouderen. Wie samenwoont, kan een beroep op zijn partner doen voor eventueel noodzakelijke ondersteuning in huis. Uit cijfers blijkt dat alleenstaanden relatief vaker gebruik maken van verzorging en verpleging dan gehuwden of samenwonenden.⁴ In de afgelopen dertig jaar is het aantal alleenstaande ouderen sterk gestegen door twee oorzaken: doordat vrouwen gemiddeld langer leven dan mannen, blijven veel weduwen alleen achter; daarnaast zijn er ook meer ongehuwde of gescheiden ouderen. De sterkere toename van de levensverwachting voor mannen dan voor vrouwen remt overigens het aantal verweduwdde ouderen. Tabel 2.1 geeft de verwachte trend in burgerlijke staat en huishoudenssamenstelling voor de bevolking van 65 jaar en ouder over de periode 2000-2020.

Tabel 2.1 Verwachte ontwikkeling in aantallen huishoudens (duizendtallen) naar samenstelling; bevolking van 65 jaar en ouder, 2000-2020

	2000*	2005	2010	2015	2020
Burgerlijke staat					
Alleenstaand ongehuwd of gescheiden	207 (100)	236 (114)	279 (135)	362 (175)	451 (218)
Alleenstaand: verweduwd	657 (100)	664 (101)	677 (103)	696 (103)	723 (110)
Gehuwd of samenwonend	1297 (100)	1388 (107)	1479 (114)	1842 (142)	2049 (158)
Omvang 65+ bevolking	2161 (100)	2291 (106)	2507 (116)	2896 (134)	3219 (149)

* Tussen haakjes: indexcijfers: 2000 = 100.

Bron: Van den Berg Jeths, 2004, blz. 98.

2.2 Ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van ouderen

Voor de vraag naar ouderenzorg is niet zozeer de bevolkingssamenstelling als wel de gezondheidstoestand van toekomstige generaties ouderen van belang. Als de verwachte toename in levensduur gepaard gaat met een goede gezondheid zodat ouderen lang zelfredzaam blijven, is de druk op het stelsel van ouderenzorg beperkt. Als het ouder worden gepaard gaat met steeds meer gebreken, zal ook meer langdurige hulp en verzorging noodzakelijk zijn.

Chronische aandoeningen

Leeftijd en gezondheid hangen sterk met elkaar samen. Het SCP heeft voor tien clusters van ziekten en aandoeningen, die belangrijk zijn voor de vraag naar verpleging en verzorging, projecties gemaakt van de toena-

me van het aantal ziektegevallen tussen nu en 2020 op grond van demografische factoren.⁵ In die projecties wordt ervan uitgegaan, dat de nu geldende prevalentiecijfers van ziekten en aandoeningen per leeftijds- en geslachtsgroep in de komende twintig jaar gelijk blijven. Tabel 2.2 toont de cijfers.

Tabel 2.2 Projectie van het aantal patiënten van 65 jaar en ouder voor tien clusters van (chronische) ziekten, 2000-2020

Ziekte/ aandoening	2000 Aantal patiënten per 1000 personen van 65 jaar en ouder	Absoluut aantal patiënten van 65 jaar en ouder	2000-2020 Proc. toe- name aantal patiënten o.g.v. demo- grafische factoren	Proc. toe- name aantal patiënten o.g.v. trend- matige factoren	2020 Absoluut aantal patiënten van 65 jaar en ouder, incl. trend en demografie	Proc. toe- name aantal patiënten t.o.v. 2000
Kanker	42	91.000	50,5	geen trend	137.000	50,5
Diabetes mellitus	98	211.000	48,1	+23	386.000	82,9
Psychische aandoeningen	93	200.000	44,1	trend onbekend	288.000	44,0
Ziekten van het zenuwstelsel	21	45.000	51,8	-5	51.000	13,3
Beroerte	59	127.000	47,4	+9	217.000	70,8
Hartziekten	140	301.000	48,5	+16	497.000	65,1
Astma/COPD	125	268.000	48,1	+37	515.000	92,1
Ziekten van het bewegings- apparaat	423	911.000	43,9	+6	1.331.000	46,1
Ernstige gevolgen van een ongeval	29	62.000	42,4	+6	107.000	72,5
Dementie	94	203.000	39,0	trend onbekend	281.000	38,4

Bron: Van den Berg Jeths, 2004, blz. 60 en 61.

De tabel (kolom 4) toont in de komende 20 jaar een groei van het aantal patiënten met de genoemde aandoeningen van tussen de 40 en 50%, uitsluitend op grond van demografische factoren. Naast demografische trends wordt het vóórkomen van ziekten echter ook bepaald door epidemiologische trends. Voor de meeste hierboven genoemde ziekten en aandoeningen geldt een stijgende trend in de prevalentie (kolom 5). Dit geldt bijvoorbeeld voor diabetes, beroerte, hartziekten, astma/COPD, ziekten van het bewegingsapparaat en ernstige gevolgen van een ongeval. Alleen bij ziekten van het zenuwstelsel compenseert de afnemende trend in de prevalentie de gevolgen van bevolkingsgroei en vergrijzing grotendeels.

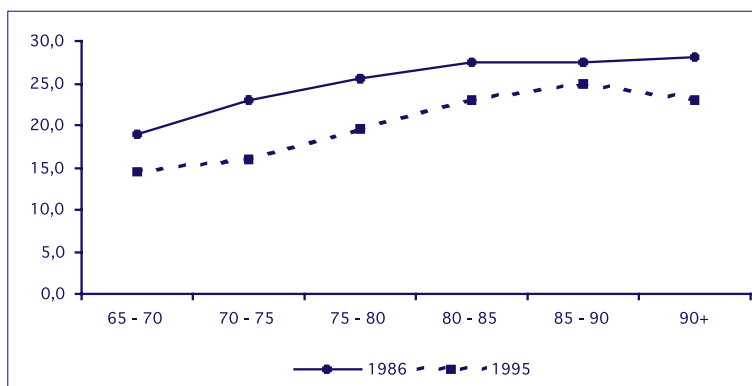
Het doortrekken van trends uit het recente verleden resulteert dus in een sterke toename van het aantal ziektegevallen onder ouderen. Maar de medische mogelijkheden om veel voorkomende ziekten te behandelen of de gevolgen van ziekten te compenseren met medische hulpmiddelen nemen ook sterk toe. Beperkingen in zien en horen bijvoorbeeld, worden gecompenseerd door nieuwe ooglenzen en geavanceerde hoortoestellen, door artrose aangetaste heupen worden vervangen door een totale heupprothese, dotterbehandelingen en pacemakers bieden uitkomst bij hartfalen. De grotere kans op aandoeningen door verlenging van de levensduur zal in elk geval voor een deel worden gecompenseerd door technologische ontwikkelingen die de ziektelast verminderen.

Beperkingen

Volgens de gebruikelijke definities heeft ongeveer de helft van de bevolking boven 65 jaar te maken met beperkingen, die hen hinderen bij huishoudelijke bezigheden, hun mobiliteit beperken of de persoonlijke verzorging bemoeilijken. De mate van deze beperkingen bepaalt, hoeveel en welke zorg de oudere nodig heeft. De OECD heeft voor een groot aantal landen bekeken in hoeverre medisch-technologische ontwikkelingen die de ziektelast verminderen gelijke tred houden met medisch-technologische ontwikkelingen die de levensduur verlengen. De conclusie van de OECD is dat de ziektelastvermindering de levensduurverlenging niet volledig bijhoudt, met andere woorden er komen meer mensen met beperkingen.⁶ Maar als het gaat om 'ernstige beperkingen'⁷ is de OECD wel optimistisch over toekomstige mogelijkheden om ouderen in staat te stellen langer zelfstandig hun dagelijkse bezigheden te verrichten.⁸ Voorwaarde daarvoor is wel dat kwalitatief hoogwaardige en toegankelijke medische zorg voorhanden is, wanneer zich gebreken aandienen. De verwachte teruggang van ernstige beperkingen neemt overigens niet weg dat ook lichtere beperkingen zeer hinderlijk kunnen zijn en ouderen kunnen belemmeren een onafhankelijk, zelfstandig leven te leiden.⁹

Voor Nederland zijn geen cijfers over de trend in ernstige beperkingen beschikbaar, maar Duitse cijfers geven het algemene internationale beeld goed weer (zie figuur 2.5).

Figuur 2.5 Het percentage ouderen* met ernstige beperkingen daalt (cijfers voor Duitsland, mannen)



* In procenten van de bevolking boven 65 jaar.

Bron: Jacobzone, 1999, p. 44.

2.3 Sociaal-economische ontwikkelingen

Inkomen

De inkomenspositie van ouderen zal in de toekomst naar verwachting verder verbeteren. Dat komt met name omdat steeds meer mensen die de 65 jaar passeren, over inkomen uit een aanvullend pensioen kunnen beschikken. Ramingen van het Ministerie van SZW laten zien, dat het percentage huishoudens boven 65 jaar met een aanvullend pensioen, toeneemt van 83% in 2000 tot 92% in 2020.¹⁰

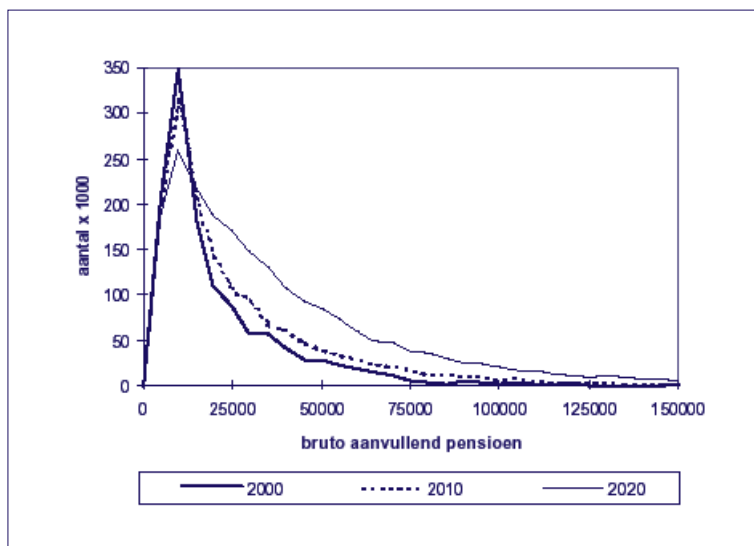
De omvang van het aanvullende pensioen hangt af van het aantal jaren waarin pensioen is opgebouwd en de pensioengrondslag. Door de uitbouw van pensioenregelingen in de afgelopen decennia hebben steeds meer werknemers een volledig pensioen opgebouwd. Ook de pensioengrondslag is toegenomen doordat de lonen sterker zijn gestegen dan de prijzen. Vanzelfsprekend hebben vrouwen, die later zijn begonnen met werken en meer in deeltijd werken, minder aanvullend pensioen opgebouwd.

Van groot belang voor het inkomen uit aanvullend pensioen is de indexering van het ingegane pensioen. Na de beurscrisis rond de millenniumwisseling, die grote gaten heeft geslagen in de opgebouwde pensioenvermogens, zijn steeds meer pensioenfondsen ertoe overgegaan de indexering te beperken van 'welvaartsvast' (geïndexeerd aan de loontwikkeling) naar 'waardevast' (geïndexeerd aan de prijsontwikkeling). Ook is bij de meeste pensioenfondsen de pensioengrondslag beperkt van eindloon naar middelloon. Gezien de strengere eisen die aan de dek-

kingsgraad van pensioenfondsen worden gesteld, ligt het niet voor de hand dat deze wijzigingen zullen worden teruggedraaid, ook niet wanneer de aandelenbeurzen zich herstellen. Dit heeft aanzienlijke gevolgen voor de inkomens van ouderen uit aanvullend pensioen. Wanneer het aanvullend pensioen 'waardevast' in plaats van 'welvaartsvast' wordt geïndexeerd, leidt dat er toe dat de pensioenuitkering jaarlijks ongeveer een procent achterblijft bij de landelijke inkomensontwikkeling.¹¹

Figuur 2.6 toont de resultaten van microsimulaties door het Ministerie van SZW met betrekking tot de inkomenspositie van ouderen boven 65 jaar. De berekeningen laten zien dat de inkomens uit aanvullend pensioen (in constante prijzen) aanzienlijk toenemen.¹² Het aandeel ouderen met een bescheiden aanvullend pensioen (minder dan € 5.000 per jaar), daalt in de berekeningen van ongeveer 60% in 2000 tot 30% in 2020. Het aandeel ouderen met een aanvullend pensioen boven € 25.000 neemt toe van ongeveer 10% in 2000 tot 30% in 2020. Tegelijkertijd blijft het absolute aantal ouderen met een laag aanvullend pensioen constant. Ook in de toekomst zal nog een aanzienlijke groep ouderen aangewezen zijn op AOW en een klein aanvullend pensioen. De ontwikkeling van de AOW blijft dus van groot belang voor de inkomenspositie van ouderen.

Figuur 2.6 Steeds meer ouderen hebben een ruim aanvullend pensioen (in prijzen van 2000)



Bron: Thio, 2002.

Politieke keuzen, zoals de beslissing om de AOW al dan niet aan te passen aan de ontwikkeling van de welvaart (indexatie aan de loonontwikkeling), zijn dus van grote invloed op de inkomenspositie van ouderen. In de afgelopen decennia is de AOW niet volledig welvaartsvast geweest. Omdat de AOW de ontwikkeling van de contractlonen volgt en niet die van de feitelijk betaalde lonen, waarin ook incidentele looncomponenten zitten, loopt de AOW steeds een stukje achter bij de feitelijke loonontwikkeling. Daarnaast waren tussen 1984 en 1989 de minimumlonen bevroren, waardoor de AOW jaarlijks structureel 0,7% achterbleef bij de loonontwikkeling.¹³ In het kader van een onderzoek naar een toekomstbestendig stelsel voor arbeidsmarkt en sociale zekerheid opperde het CPB onlangs, dat de groeiende welvarendheid van ouderen het steeds minder aantrekkelijk maakt om ouderdom te gebruiken als een indicator voor herverdeling, omdat een groot deel terecht komt bij mensen die voldoende draagkrachtig zijn.¹⁴

Omdat ouderen een steeds groter deel van het electoraat vormen, verwachten sommige waarnemers dat politieke partijen gedwongen zullen worden om de inkomens van ouderen relatief te sparen of zelfs te verbeteren ten koste van jongere generaties. Tot nu toe is dat niet gebleken. Uiteraard moeten politieke partijen terdege rekening houden met de belangen van ouderen, maar zij vertalen dit niet in grotere inkomensoverdrachten voor deze groep. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat ouderen inzien dat dergelijke overdrachten de economische ontwikkeling schaden, waardoor ze uiteindelijk ook hun financiële positie meer kwaad dan goed doen. Een andere verklaring is dat ouderen geen homogene groep zijn, die zich gemakkelijk in één politieke partij laat verenigen. De opkomst van ouderenpartijen heeft ook in landen waar de vergrijzing al verder is voortgeschreden dan in Nederland, geen hoge vlucht genomen.

Behalve dat de AOW achterblijft bij de welvaartsontwikkeling, is er ook een toenemend aantal huishoudens met een onvolledige AOW-opbouw. Mensen die in Nederland wonen, bouwen in 50 jaar een volledig AOW-recht op (van 15 tot 65 jaar). Eén onverzekerd jaar betekent een korting van 2% op de AOW. Tabel 2.3. laat zien, dat het percentage huishoudens dat meer dan 10 jaar AOW-opbouw mist, in de komende decennia toeneemt. Een groot deel van deze groep bestaat uit immigranten. Deze huishoudens, die naast hun (onvolledige) AOW veelal ook weinig of geen andere inkomsten hebben, zullen volledig op publieke voorzieningen zijn aangewezen als zij zorg behoeven.

Tabel 2.3 Huishoudens met meer dan 10 jaar onvolledige AOW-opbouw (in %)

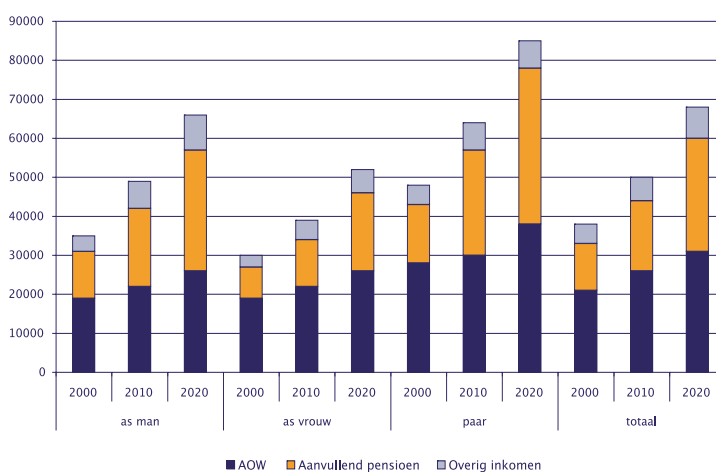
	Alleenstaand	Paar	Totaal
2000	4,4	4,0	4,2
2005	6,6	4,8	5,7
2010	7,1	5,3	6,2
2015	7,4	5,2	6,3
2020	7,9	5,2	6,6

Bron: Thio, 2002.

Figuur 2.7 vat samen wat de bovengeschetste ontwikkelingen betekenen voor de inkomenspositie van oudere huishoudens. Het algemene beeld is dat van een sterke stijging van het inkomen van 65+-huishoudens. Maar zoals gezegd, profiteren niet alle ouderen van de algemene welvaartsstijging. Binnen de groep ouderen zullen er grotere verschillen zijn naar inkomenspositie.¹⁵

Figuur 2.7 De gemiddelde inkomenspositie* van ouderen verbetert aanzienlijk

Bron: Thio, 2002



* Besteedbaar huishoudinkomen in prijzen van 2000

Veel ouderen beschikken ook over vermogen. Het gemiddelde vermogen van huishoudens waarvan de hoofdpersoon 65 jaar of ouder is, lag in het jaar 2000 rond de € 150.000.¹⁶ Een flink deel daarvan is eigenwoningbezit. De vermogensverdeling is overigens vrij scheef. Het mediane vermogen van huishoudens in de leeftijd 65-74 jaar was in 2000 € 31.000, dat van huishoudens in de leeftijd 75 jaar of ouder € 16.000.

Opleidingsniveau

Naast inkomen bepaalt ook opleidingsniveau de vraag naar verpleging en verzorging. Het blijkt dat hoger opgeleiden eerder hulp zoeken dan lager opgeleiden met vergelijkbare gezondheidsproblemen, maar per saldo minder gebruik maken van AWBZ-gefinancierde hulp.¹⁷ Hoger opgeleide ouderen zijn in het algemeen gezonder dan hun lager opgeleide leeftijdsgenoten. Dankzij die betere gezondheidstoestand hebben ze minder behoefte aan hulp.

Het opleidingsniveau van ouderen is de laatste decennia sterk gestegen. Had in 1971 driekwart van de 65-plussers niet meer dan lager onderwijs voltooid, inmiddels is dat aandeel ongeveer gehalveerd. De komende twintig jaar zal het aandeel van de laagst opgeleide groep verder afnemen. Daarentegen verdubbelt het aandeel van de ouderen die tenminste een middelbare opleiding hebben voltooid (zie tabel 2.4). De trend in het opleidingsniveau zal leiden tot een grotere potentiële vraag naar verzorging en verpleging; het effect op het feitelijke gebruik is bescheiden.

Tabel 2.4 Ouderen zijn steeds hoger opgeleid

Opleidingsniveau	2000	2005	2010	2015	2020
Lager onderwijs	41	34	28	23	19
Lbo, mavo	35	37	39	39	38
Havo, vwo, mbo	13	15	17	19	22
Hbo, wo	11	13	16	19	22

Bron: Van den Berg Jeths, 2004, p. 100.

2.4 Sociaal-culturele ontwikkelingen

De assertieve klant

De verbetering van het opleidingsniveau en de algehele verruiming van mogelijkheden heeft zorgvragers kritischer en veeleisender gemaakt. Dat geldt ook voor ouderen. Als er ergens betere of snellere mogelijkheden van behandeling zijn, zullen die mogelijkheden worden gevraagd, desnoods worden opgeëist. De eerste cliënten die via de rechter toegang tot zorg hebben afgedwongen, zijn al gesignaleerd.

Ook ouderen zullen zich steeds minder laten afschepen met wachtlijsten of een gebrek aan capaciteit. Wanneer een wettelijke voorziening in het leven is geroepen, zal die ook daadwerkelijk moeten worden aangeboden. Dit stelt hogere eisen aan de beoordeling van de aanspraken op zorg. Bij veel vormen van ouderenzorg is dat een probleem, omdat de zorgvraag sterk afhankelijk is van persoonlijke kenmerken en omstandigheden, die moeilijk in een onafhankelijke indicatiestelling te vangen zijn.

Hogere kwaliteitseisen

Met de toegenomen mondigheid van klanten worden er ook hogere eisen aan de kwaliteit van voorzieningen gesteld. Dat wordt ondersteund door een toegenomen transparantie van de markt, die het voor zorgvragers eenvoudiger maakt kwaliteitsvergelijkingen van de aangeboden zorg te maken. Instellingen zullen zich steeds minder kunnen permitteren zorg van inferieure kwaliteit te leveren, op straffe van reputatieverlies die hun financiering en misschien zelfs hun voortbestaan in gevaar brengt. Situaties, zoals zich de afgelopen jaren hebben voorgedaan, waarbij bejaarden halve dagen in hun bed lagen omdat de thuiszorg met onderbezetting kampte ('pyamadagen'), zullen niet langer worden geaccepteerd.

Individualisering en verschillen in leefstijl

Daarnaast ontstaan er steeds grotere verschillen in *lifestyle* tussen mensen. De tijd dat ouderen in eenvormige bejaardenhuizen konden worden opgeborgen, ligt achter ons. Sommige ouderen zullen luxe willen wonen met veel privacy, anderen hechten meer belang aan sociaal contact met leeftijdgenoten. Behalve verschillen in woonvormen zijn er ook verschillen in verzorgingsbehoeften tussen mensen met een gelijke fysieke conditie. Om op deze verschillen in te spelen, wordt van het aanbod aan voorzieningen op het gebied van verzorging en verpleging meer maatwerk gevraagd.

Een duidelijke trend is ten slotte de grotere vraag naar zelfstandigheid, zowel bij ouders als bij kinderen. Het percentage ouderen dat inwoont bij zijn kinderen, is in alle OECD-landen sterk gedaald, met uitzondering van Japan, waar de helft van de ouderen bij zijn kinderen inwoont. In Noord-Europese landen, en ook in Nederland, woont maar één op de tien ouderen in bij zijn of haar kinderen. In Denemarken is dat zelfs maar één op vijftwintig.¹⁸ Zelfstandig wonen hoeft overigens niet noodzakelijkerwijs een verminderd aanbod van hulp door kinderen te impliceren. Ouderen kunnen in aparte woningen, dicht in de buurt van hun kinderen wonen.

Box 2.1 Life care communities in de VS¹⁹

Steeds meer ouderen in de VS die het zich kunnen permitteren, kiezen ervoor om hun levensavond door te brengen in een *life care community* (LCC). Een LCC is een woonomgeving, waar ouderen alle service genieten die zij nodig hebben. LCC's kunnen bestaan uit een groot appartementencomplex, maar ook uit afzonderlijke wooneenheden in een parkachtige omgeving. Naast onderdak en medische voorzieningen bieden LCC's gemeenschappelijke maaltijden, bescherming, sociale contacten, uitstapjes, culturele activiteiten, recreatiemogelijkheden en tal van andere voorzieningen waar ouderen behoefte aan hebben. Sommige LCC's bieden zoveel activiteiten,

dat alleen de energie van de bewoner en zijn behoefte om mee te doen, beperkingen opleggen aan de mogelijkheden. Het doel van de LCC's is ouderen in staat te stellen ter plekke oud te worden ('age in place'). De LCC's representeren een *lifestyle* die veel ouderen erg aanspreekt.

Wie zich bij een LCC wil aansluiten, sluit een contract, dat de verplichtingen van beide partijen nauwkeurig vastlegt. Het contract geldt in het algemeen voor de resterende levensduur. Een essentieel onderdeel van het contract is dat bewoners alle verzorging en verpleging ontvangen die zij nodig hebben. Alleen medische zorg in een ziekenhuis is vaak uitgesloten. Voor echtparen is er de verzekering dat zij niet van elkaar worden gescheiden wanneer een van beide ziek wordt en verzorging nodig heeft. De contracten moeten voldoen aan bepaalde vereisten die van staatswege worden vastgesteld om consumenten te beschermen. Zo moet levenslange verzorging gegarandeerd zijn, ook wanneer de financiële middelen van de bewoner opraken, moeten er verpleegfaciliteiten binnen de *community* zelf aanwezig zijn en kunnen bewoners nooit gedwongen uit hun appartement worden gezet.

De bewoner betaalt een intredegeld, dat kan variëren van \$ 10.000 tot \$ 500.000. Het gemiddelde ligt op zo'n \$ 50.000. Leeftijd en gezondheidstoestand bepalen mede het entreegeld. In veel gevallen is gedeeltelijke terugbetaling mogelijk, wanneer een bewoner binnen een bepaalde periode overlijdt of de *community* wil verlaten. In sommige LCC's is het mogelijk zelf een appartement te kopen, maar in de meeste gevallen bieden zij alleen onderdak voor de duur van het leven. Naast het entreegeld is er een maandelijkse bijdrage, die afhangt van de grootte van het appartement en de voorzieningen die worden geboden; deze kan variëren van \$ 600 tot \$ 2000 per maand. Een nieuwe ontwikkeling is *rental life care*. Hierbij wordt geen entreegeld betaald, maar betaalt de bewoner een maandelijkse premie, gebaseerd op het gebruik van de diensten.

Op dit moment zijn er zo'n 600 *life care communities*, variërend van 100 tot meer dan 1000 inwoners. Voor vermogende ouderen, waarvan er steeds meer zijn in de VS, is de *life care community* een aantrekkelijke optie om van een onbezorgde oude dag te genieten.

2.5 Vraag naar verzorging en verpleging

De hierboven besproken demografische, gezondheids-, sociaal-economische en sociaal-culturele trends zijn de belangrijkste factoren die de vraag naar verpleging en verzorging voor ouderen bepalen. Het SCP heeft een ramingsmodel opgesteld, waarmee de potentiële vraag naar 'zorg thuis' en

naar 'opname' in een verzorgings- of verpleeghuis kan worden geschat, rekening houdend met de hierboven besproken factoren.²⁰ Uit die ramingen blijkt dat de vraag naar verzorging en verpleging vrijwel evenredig met de groei van het aantal ouderen toeneemt, vooral vanwege de toename van chronische ziekten. Daarbij blijven de 'opnamen' wat achter bij de trend in de bevolkingsontwikkeling en neemt de vraag naar 'zorg thuis' meer dan proportioneel toe (zie tabel 2.5). Overigens zullen de potentiële vragers naar zorg niet allemaal een beroep doen op AWBZ-zorg. Het SCP verwacht dat de beter opgeleide en meer koopkrachtige ouderen van de toekomst²¹ vaker zelf zorg zullen inkopen op de particuliere zorgmarkt.

Tabel 2.5 Verwachte vraag naar zorg thuis en opname in verzorgings- of verpleeghuis

Jaar	Bevolkings- omvang (65+)	Potentiële vraag	Vraag naar zorg thuis	Vraag naar opname
2000	100	100	100	100
2005	106	108	108	110
2010	116	118	117	119
2015	134	132	134	129
2020	149	149	153	142

Bron: Van den Berg Jeths et al., 2004, blz. 112.

Dit is in overeenstemming met internationale ontwikkelingen. In vrijwel alle OECD-landen is een trend waarneembaar, dat ouderen minder in verzorgings- en verpleeghuizen worden opgenomen, en zo lang mogelijk in hun eigen omgeving blijven wonen. Dit sluit niet alleen beter aan bij de wens van veel ouderen om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven, maar is ook vanuit kostenooptpunt aantrekkelijk. Thuiszorg is meestal aanzienlijk goedkoper dan instellingszorg. In Denemarken zijn sinds het eind van de jaren tachtig geen nieuwe verzorgings- en verpleeghuizen meer gebouwd. De besparingen die daarmee zijn bereikt, zijn gebruikt om de thuiszorg en gemeenschapszorg uit te breiden tot bijna een kwart van de bevolking boven de 65 jaar.²²

Bij deze verschuiving van 'instellingszorg' naar 'thuiszorg' wordt meestal een groter beroep op mantelzorg gedaan. Dit is een stuk goedkoper. Hierbij moet echter wel een belangrijke kanttekening worden gemaakt. De verschuiving van formele naar informele zorg levert weliswaar een belangrijke besparing op publieke middelen op, maar geen even groot 'economisch' voordeel. De inzet van mantelzorgers, ook al ontvangen die weinig of geen formele beloning, is immers niet 'gratis'. Mantelzorgers, die de zorg voor ouderen op zich nemen, zijn minder beschikbaar voor de arbeidsmarkt. Ramingen van de OECD, waarbij ook de verleende mantelzorg op geld wordt gewaardeerd, wijzen uit dat de uitgaven aan ouderenzorg als percentage van het bbp, dan al snel verdubbelen. De *opportunity cost* van de inzet van mantelzorgers moet in economische

analyses van de markt voor ouderenzorg worden meegenomen. Paragraaf 3.2. gaat daar dieper op in.

Internationaal blijken er grote verschillen in de mate waarin ouderen verpleging en verzorging in instellingen of thuiszorg ontvangen. Tabel 2.6 laat dat zien.

Tabel 2.6 Grote verschillen tussen landen in langdurige zorg voor ouderen

Land	Jaar	Aandeel bevolking boven 65 jaar dat verzorging in een instelling ontvangt (%)	Aandeel bevolking boven 65 jaar dat thuiszorg ontvangt (%)
Australië	2003	5,7	21,0
België	1998	6,4	4,5
Canada	1993	6,2	17,0
Denemarken	2001	9,1	25,0
Duitsland	2000	3,5	7,0
Finland	1997	5,3	14,0
Frankrijk	1997	6,5	6,1
Israël	2000	4,5	12,0
Japan	2003	2,9/6,0	8,0
Nederland	2001	7,3	12,5
Noorwegen	2001	11,8	15,6
Oostenrijk	1998	4,9	24,0
Ver. Koninkrijk	1996	5,1	5,5
Ver. Staten	2000	4,2	8,7
Zweden	2001	8,2	7,9

Bron: Gibson et al., 2003, p. 3; Nederland: CBS, Verzorgingshuizen en verpleeghuizen.

Nederland behoort met de Scandinavische landen tot de landen, waar veel ouderen intramurale zorg ontvangen. Als het gaat om verleende thuiszorg, neemt Nederland een middenpositie in.

Het SCP heeft ook schattingen gemaakt van het type hulp dat door ouderen zal worden ingeroepen.²³ In tabel 2.7 staan vijf typen hulp aan zelfstandig wonende personen weergegeven. De toevoeging 'plus' betekent dat het behalve om de genoemde hulpvorm ook kan gaan om een combinatie met een in een voorgaande kolom genoemde hulpvorm.

Tabel 2.7 Verwachte vraag naar type hulp aan thuiswonende ouderen, 2000-2020

Jaar	Bevolkingsomvang (65+)	Huish. hulp	Persoonlijke verzorging (plus)	Verpleging (plus)	Begeleiding (plus)	Dagopvang (plus)
2000	100	100	100	100	100	100
2005	106	107	107	111	112	109
2010	116	116	114	125	130	117
2015	134	134	125	146	165	129
2020	149	152	141	173	183	144

Bron: Van den Berg Jeths, 2004, p 112.

Volgens deze ramingen neemt de vraag naar persoonlijke verzorging met ruim 40% toe, terwijl die naar begeleiding met meer dan 80% stijgt. De verschillen worden voor het grootste deel verklaard door ontwikkelingen in de leeftijdsopbouw van de oudere bevolking en in aandoeningen waar ouderen mee worden geconfronteerd.

2.6 Prijselasticiteit van verzorging en verpleging

Vraag naar verzorging en verpleging wil nog niet zeggen dat die hulp ook wordt verkregen. Het kan zijn dat de hulp niet beschikbaar is wegens aanbodbeperkingen. Het is ook mogelijk dat ouderen vanwege de hoge prijs van het formele hulpaanbod afzien en een beroep proberen te doen op partners of verwanten. Ook los van de prijs kunnen ze een voorkeur hebben voor informele boven formele hulp. Het feitelijke gebruik van hulp zal dus altijd lager liggen dan de (potentiële) vraag.

Het feitelijke gebruik van verzorging en verpleging wordt beïnvloed door de beschikbaarheid en de prijs. Dit blijkt uit Amerikaans onderzoek van Cutler en Sheiner, waarin zij het effect van overheidsbeleid op enerzijds het aantal opnames van ouderen in verzorgings- of verpleeghuizen en anderzijds het gebruik van thuiszorg door ouderen hebben onderzocht.²⁴ Omdat Amerikaanse staten een verschillend beleid voeren ten aanzien van lange termijn ouderenzorg, is het mogelijk de invloed van die verschillen te onderzoeken. Er zijn staten waarin ouderen zelf veel moeten meebetalen aan de ouderenzorg die door de overheid (Medicare) beschikbaar wordt gesteld en er zijn staten, waarin de eigen bijdragen relatief klein zijn. Ook zijn er verschillen in de mate waarin ouderen eerst hun eigen middelen moeten aanspreken alvorens zij voor ondersteuning door de overheid in aanmerking komen.

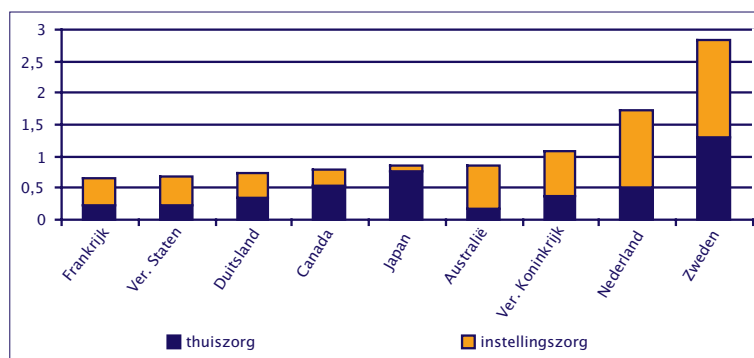
Uit het onderzoek van Cutler en Sheiner blijkt, dat beide aspecten een grote invloed hebben. In staten met lage eigen bijdragen blijken ouderen met een hoog inkomen relatief meer gebruik te maken van door de staat gefinancierde verzorgings- en verpleeghuizen, terwijl in staten met hogere eigen bijdragen welvarende ouderen meer gebruik maken van particuliere voorzieningen. Arme ouderen hebben daar minder toegang tot verzorgings- en verpleeghuiszorg. Daarnaast blijkt dat vrijwel alle ouderen in verpleeg- en verzorgingshuizen bij hun kinderen of anderen hadden ingewoond, als ze niet in een verzorgingshuis waren opgenomen. Slechts zeer weinigen zouden alleen wonen. Uit het onderzoek blijkt verder dat naarmate het gemakkelijker is een beroep te doen op voorzieningen van Medicaid (het vangnet voor armen die zorg nodig hebben), ouderen minder intensieve dagelijkse hulp van hun kinderen ontvangen. Er is dus sprake van belangrijke substitutie-effecten tussen publieke en private en tussen formele en informele hulp. De auteurs concluderen hieruit, dat

moral hazard een belangrijke rol speelt bij het beschikbaar stellen van ouderenzorg: mensen stemmen hun gedrag af op het beschikbare aanbod. Dit impliceert onder meer, dat subsidiëring van opnames in verzorgings- en verpleeghuizen tot aanzienlijke inefficiënties kan leiden.

2.7 Uitgaven aan ouderenzorg

Hierboven is al beschreven dat het gebruik van ouderenzorg sterk verschilt tussen landen. Dit geldt ook voor de uitgaven aan lange termijn ouderenzorg (zie figuur 2.8). De verschillen zijn veel groter dan de verschillen in leeftijdsopbouw en gezondheidsindicatoren tussen landen. Dit toont aan dat institutionele verschillen een belangrijke invloed hebben op de verleende ouderenzorg.

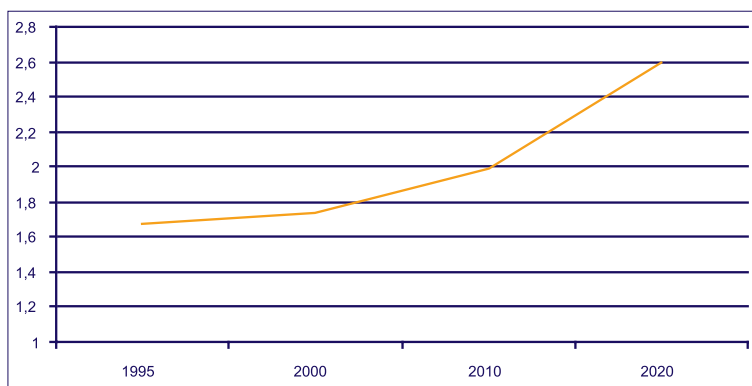
Figuur 2.8 Grote verschillen tussen landen in publiek gefinancierde uitgaven aan lange termijn ouderenzorg, 2000, % bbp



Bron: Jacobzone, 1999, p. 37.

Volgens de OECD zullen de uitgaven aan ouderenzorg als percentage van het bbp in alle landen toenemen, zij het in verschillende mate. Voor Nederland wordt tot 2020 een uitgavenstijging met bijna 50% verwacht: van 1,74 naar 2,60% van het bbp.²⁵ Figuur 2.9 laat dit zien. Daarbij moet worden benadrukt, dat het hier niet om een voorspelling gaat, maar om een extrapolatie van trends die zich in het verleden hebben voorgedaan.

Figuur 2.9 Uitgaven aan ouderenzorg zullen verder oplopen, Nederland (% bbp)



Bron: Jacobzone, 1999.

2.8 Conclusies

De bevolking vergrijsjt; het aantal personen in Nederland boven 65 jaar neemt tussen nu en 2020 met zo'n 50% toe, van 2,2 naar 3,2 miljoen. Daarna ligt een verdere stijging in het verschiet. De toenemende veroudering van de bevolking gaat gepaard met een sterke toename van chronische ziekten. Hoewel de medische technologie zich snel ontwikkelt en bijdraagt tot vermindering van de ziektelast, houdt deze ontwikkeling de toename van het aantal chronisch zieken als gevolg van vergrijzing en verlenging van de levensduur niet bij. Daardoor komen er meer mensen met beperkingen, die aangewezen zijn op hulp van anderen. Wel neemt het aandeel ouderen met 'ernstige beperkingen' onder invloed van de medisch-technologische ontwikkelingen af.

Uitgaande van de huidige demografische, epidemiologische en medisch-technologische trends, zullen de uitgaven aan langdurige zorg voor ouderen tussen nu en 2020 met 50% stijgen, van 1,76 tot 2,60% van het bbp. Na 2020 zet de uitgavenstijging zich verscherpt door. Dit roept vragen op, hoe de langdurige zorg voor ouderen in de toekomst moet worden gefinancierd.

Ouderen van de toekomst zullen welvarender en hoger opgeleid zijn dan ouderen nu. Bovendien zullen zij hogere eisen aan de beschikbaarheid en kwaliteit van voorzieningen op het gebied van ouderenzorg stellen. Die zorg hoeft niet volledig publiek te worden gefinancierd. De toenemende welvaart biedt ruimte om een groter beroep op eigen middelen te doen. Ook in de toekomst echter zullen er groepen ouderen zijn die niet over voldoende eigen middelen beschikken om in hun zorgbehoeften te voorzien.

De vraag naar ouderenzorg blijkt gevoelig voor beschikbaarheid en prijs. Bovendien is er sprake van 'moreel risico'. Deze kenmerken van de vraag stellen specifieke eisen aan de organisatie van de zorg en de toewijzing van voorzieningen. Laagdrempelige publieke voorzieningen, die 'gratis' of tegen lage kosten worden aangeboden, resulteren al snel in sterk stijgende publieke uitgaven aan langdurige ouderenzorg.

De organisatie en financiering van de langdurige zorg voor ouderen vertoont grote verschillen tussen landen. Ook zijn er grote verschillen in uitgaven aan ouderenzorg, die niet kunnen worden verklaard door verschillen in bevolkingssamenstelling of gezondheidssituatie. Ze weerspiegelen politieke keuzen die cultureel en historisch zijn bepaald. De verschillen geven aan, dat landen c.q. overheden over een behoorlijke beleidsruimte beschikken om hun ouderenzorg naar eigen voorkeuren in te richten.

3 Ontwikkelingen in het aanbod van zorg

Het aanbod van ouderenzorg bestaat uit informele zorg, thuiszorg en verzorging of verpleging in instellingen of speciale ouderenwoningen, die een combinatie van wonen en zorg bieden. Dit hoofdstuk bespreekt ontwikkelingen die van belang zijn voor het aanbod van zorg.

3.1 Ouderen langer zelfstandig

Twintig jaar geleden woonden ruim 150.000 ouderen in verzorgings- en verpleeghuizen. Sindsdien is dat aantal gestaag gedaald naar iets meer dan 100.000 nu. In plaats daarvan zijn er steeds meer aanleunwoningen, woonzorgcombinaties, serviceflats, woningen met alarmeringsmogelijkheden e.d. gekomen. Die ontwikkeling weerspiegelt niet alleen een van overheidswege ingezette substitutie van dure door goedkopere zorgvormen, maar is ook in overeenstemming met de voorkeur van veel ouderen. Zij kiezen voor behoud van zelfstandigheid en meer woongenot in de vertrouwde omgeving.

Deze ontwikkeling zal in de komende decennia doorgaan. Het Ministerie van VWS gaat ervan uit dat tot 2015 nog eens 40.000 plaatsen in zorginstellingen worden omgezet in extramurale voorzieningen, waar wonen en zorg zijn gescheiden.²⁶ Alleen voor mensen die niet (meer) in staat zijn de regie over hun eigen leven te voeren en daardoor permanent toezicht nodig hebben, blijft de mogelijkheid van intramurale zorg bestaan.

Dit beleid wordt niet alleen in Nederland gevoerd. Internationaal is er een duidelijke trend om intramurale zorg te vervangen door thuis- of gemeenschapzorg. Dit hoeft overigens niet te betekenen dat het aantal plaatsen in verzorgingsinstellingen in absolute zin daalt. Door de groei van het aantal ouderen kunnen meer intramurale plaatsen noodzakelijk zijn.

Box 3.1 Geschikte huisvesting voor ouderen²⁷

Om zelfstandig te kunnen blijven wonen, ook als men lichamelijke beperkingen ervaart, is geschikte huisvesting erg belangrijk. Of een woning geschikt is voor ouderen, hangt onder meer af van de afwezigheid van trappen (z.g. nultredenwoningen), de aanwezigheid van woningaanpassingen en de nabijheid van zorg- en dienstverlening. Van de ouderen met ernstige beperkingen woont ongeveer 67% in een geschikte woning, en van de ouderen met matige beperkingen 57%. Dit betekent dat in beide gevallen ruim een derde in een ongeschikte woning woont. Zo zijn er 20.000 ouderen die in een woning met een buitentrap wonen, maar niet

kunnen traplopen. Voor deze ouderen is het een groot probleem om buiten te komen.

Wanneer de woning ongeschikt is, kunnen ouderen proberen deze aan te laten passen, bijvoorbeeld via de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg). In 2002 werden ruim 80.000 woningaanpassingen verricht, waarvan ongeveer twee derde voor ouderen. Toch geeft een kwart van de ouderen met beperkingen aan dat meer of andere aanpassingen in hun woning nodig zijn. Het lijkt dan ook waarschijnlijk dat het beroep op de Wvg zal blijven groeien.

Aanpassing van bestaande woningen met behulp van de Wvg heeft als voordeel dat de woning op de individuele behoeften van de bewoner kan worden afgestemd. Echter, lang niet altijd zijn aanpassingen mogelijk. Zo zijn bijvoorbeeld steile trappen met een draai moeilijk aan te passen (b.v. met een traplift) aan iemands lichamelijke beperking. Gezien de benodigde aantallen woningaanpassingen en de hoge uitvoeringskosten is de Wvg niet altijd de meest doelmatige manier om in de behoefte te voorzien. Al bij de bouw van woningen moet rekening worden gehouden met de steeds grotere aantallen zelfstandig wonende ouderen.

Ook al is het streven er op gericht ouderen zolang mogelijk zelfstandig te laten wonen, voor velen komt er een moment waarop zij op hulp van anderen zijn aangewezen. Vroeg of laat worden veel ouderen met chronische klachten geconfronteerd, zoals diabetes ('ouderdomssuiker'), hartfalen, klachten aan het bewegingsapparaat of psychische stoornissen. Ramingen wijzen uit, dat de helft van de ouderen boven 65 jaar met een of meer chronische aandoeningen kampt, die hen beperken in hun functioneren.²⁸

Het is belangrijk zich hierbij te realiseren, dat chronische ziekten geen 'natuurverschijnselen' zijn, die komen met de leeftijd en waar men zich niet tegen kan wapenen. Door middel van preventie, vroegdiagnostiek en snelle medische interventie kunnen veel chronische aandoeningen worden voorkomen of in ernst worden beperkt. Wanneer een chronische ziekte eenmaal is ingetreden, zijn leefstijl, therapietrouw, regelmatig contact met medische hulpverleners e.d. van cruciaal belang voor de manier waarop de ziekte zich ontwikkelt en voor het voorkomen of verminderen van complicaties. Hiervoor zijn echter belangrijke inspanningen nodig, zowel aan de zijde van de patiënt, die zijn levensstijl moet aanpassen en de regie over zijn gezondheid meer in eigen hand moet nemen, als aan de zijde van de gezondheidszorg, die zich moet omvormen van een op acute interventie en genezing ingericht systeem naar een zorg die zich richt op begeleiding van patiënten met chronische ziekten.²⁹

Voor veel ouderen is het leren omgaan met beperkingen geen sinecure.

Niet iedereen beschikt over de kennis en informatie, maar vooral ook het zelfvertrouwen, om de ontwikkeling van zijn gezondheid op een goede manier te 'managen'. In met name Australië, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk is de laatste jaren veel ervaring opgedaan met *empowerment* programma's, die zich richten op het versterken van de competentie van mensen met chronische aandoeningen om op een goede manier met hun beperkingen te leren omgaan (zie box 3.2). Uit onderzoek blijkt dat *empowerment* programma's, mits goed vormgegeven, tot betere objectieve en subjectieve gezondheidsindicatoren én lagere zorgkosten leiden.³⁰ Groot-Brittannië heeft *Expert Patient Programmes* inmiddels ingevoerd als centraal element van het zorgstelsel.³¹

Box 3.2 Empowerment voor mensen met chronische aandoeningen
***Empowerment* programma's, ook wel aangeduid als zelfmanagementprogramma's, richten zich op het versterken van de competentie van mensen met chronische aandoeningen om op een goede manier met hun beperkingen te leren omgaan. Doel daarbij is dat zij een zo groot mogelijke mate van zelfregie en zelfstandigheid behouden. Essentiële elementen van *empowerment* programma's zijn:³²**

- training van patiënten om hun aandoening zo goed mogelijk te managen;
- uitwerking van 'maatwerk'-programma's voor patiënten, waarbij continue professionele ondersteuning wordt geboden;
- een volgsysteem van patiënten, waarbij er periodiek contact is tussen de patiënt en professionals. Beide partijen kunnen het initiatief tot contact nemen. Telecommunicatie biedt vele mogelijkheden om snel en zonder afspraak vooraf contact te leggen.

***Empowerment* programma's zijn een relatief goedkope vorm van zorg: de trainingen zijn relatief kort (meestal zes tot acht sessies, soms oplopend tot twintig), vinden groepsgewijs plaats en maken gebruik van een efficiënte inzet van professionals. Dure specialisten worden uitsluitend ingezet waar en wanneer dat noodzakelijk is; de hoofdmoot aan taken wordt uitgevoerd door trainers die deskundig zijn op het gebied van een chronische aandoening én communicatie. Gezien de relatief lage kosten per deelnemer is *patient empowerment* een investering die al snel kosteneffectief is. Zo resulteerde een Amerikaans programma voor patiënten met hartfalen, dat bestond uit voorlichting aan patiënten en hun familie, dieetvoorschriften, regelmatig medisch onderzoek en advies over sociale aspecten, in 56% minder terugkeer naar het ziekenhuis wegens hartklachten, 28% minder terugkeer wegens andere klachten, duidelijk minder patiënten die meer dan één keer terug moesten naar het ziekenhuis, en \$640 minder zorgkosten per patiënt, vergeleken met een controlegroep die het programma niet had gevolgd.³³**

Ook voor mensen met diabetes, astma/COPD, psychische klachten, kanker en klachten aan het bewegingsapparaat, kunnen zelfzorgprogramma's belangrijk bijdragen tot een hogere kwaliteit van leven en lagere zorgkosten.³⁴

In Nederland, evenals in veel andere landen, staan preventie, vroegtijdige opsporing en voorkoming van complicaties door adequate begeleiding en behandeling van chronische aandoeningen nog in de kinderschoenen. Wanneer de gezondheidszorg zich niet aanpast, aan de snelle toename van het aantal chronisch zieken, zullen chronische ziekten niet alleen een steeds groter verlies van gezonde levensjaren en kwaliteit van leven veroorzaken, maar zich ook ontwikkelen tot het meest kostenverslindende probleem van de gezondheidszorg, aldus de WHO.³⁵

3.2 Mantelzorg

Vrijwillige, onbetaalde, informele zorg voor hulpbehoevende ouders, familieleden, vrienden of buren – mantelzorg – is veruit de belangrijkste bron van langdurige ouderenzorg in alle OECD-landen. In een internationaal vergelijkende studie concluderen Jenson en Jabobzone, dat in de meeste landen tweederde tot viervijfde van de zorg geleverd wordt door informele zorgverleners.³⁶ De meeste mantelzorgers zijn vrouwen, al verlenen ook mannen informele zorg. Mantelzorg neemt in verschillende landen verschillende vormen aan. In Griekenland bijvoorbeeld, is een dochter vaak de enige die de intensieve persoonlijke en huishoudelijke verzorging van een hulpbehoevende ouder op zich neemt; zij voelt het als een verplichting die taak te vervullen. Deense dochters daarentegen, zorgen op een heel andere manier voor hun ouders: zij brengen bezoeken, onderhouden sociaal contact, en doen bij gelegenheid boodschappen of de was. Zij verwachten dat de persoonlijke verzorging en huishoudelijke hulp voor haar ouders door publieke instanties wordt opgepakt.

In Nederland zorgden volgens een schatting van het SCP in 2001 ongeveer 3,7 miljoen landgenoten voor een hulpbehoevende verwant, vriend of buur.³⁷ Circa driekwart miljoen mantelzorgers verleenden langer dan drie maanden en meer dan acht uur per week hulp. Een overgrote meerderheid van de Nederlanders vindt die hulp volkomen vanzelfsprekend. Genegenheid, plichtsgevoel en de goede relatie met de hulpbehoevende zijn de vaakst genoemde motieven om te helpen.

Ook in de langdurige ouderenzorg is mantelzorg een onmisbare bron van hulp. Het belangrijkste motief voor het verlenen van zulke hulp is dat een familielid of goede bekende de hulp nodig heeft.³⁸ Met andere woorden, het aanbod van informele hulp wordt voor het overgrote deel door de vraag ernaar bepaald. Wanneer informele zorg beschikbaar is,

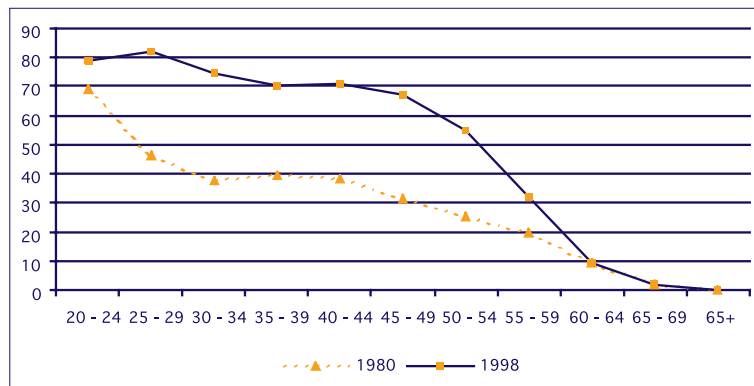
leidt dat tot een beperking van het formele zorgaanbod door de thuiszorg. Deze beperkt zich dan voornamelijk tot verplegende en verzorgende taken en eventueel het zware huishoudelijke werk. Andere huishoudelijke taken, zoals het boodschappen doen, het bereiden van maaltijden of het doen van de was worden alleen gedaan als er niemand anders is of als er sprake is van een langdurige, zeer intensieve hulp situatie. De thuiszorg is dus aanvullend op de mantelzorg en niet andersom. Het is de vraag of dit strookt met de uitgangspunten van de AWBZ, waarin iedere burger die daarvoor een indicatie heeft gekregen, recht kan doen gelden op hulp.

In de voorstellen van het kabinet voor een nieuwe Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO) verdwijnen een aantal verzekerde rechten, zoals huishoudelijke hulp, uit de AWBZ. De verantwoordelijkheid hiervoor komt bij gemeenten te liggen. Het kabinet doet een groter beroep op de eigen verantwoordelijkheid van burgers en spoort mensen die dat kunnen aan, meer dan nu het geval is in de eigen sociale omgeving oplossingen te zoeken voor problemen die zich voordoen. Het kabinet is van mening dat verantwoordelijkheden die de burger zelf op zich zou moeten nemen, te veel op het bordje van de overheid (AWBZ) zijn gelegd. Daardoor is het pakket van verzekerde aanspraken steeds groter geworden en zijn de kosten sterk opgelopen. Deze ontwikkeling moet door de invoering van de WMO worden teruggedraaid.³⁹

Het verminderen van aanspraken op formele zorg betekent dat een nog groter beroep dan nu moet worden gedaan op informele zorg. Het is de vraag of die zorg beschikbaar is. Het beroep dat op mantelzorg kan worden gedaan, is niet onuitputtelijk. In de afgelopen decennia is de arbeidsparticipatie van vrouwen sterk toegenomen. Werkte in 1980 nog minder dan 40% van de vrouwen tussen 30 en 35 jaar, in 2000 was dat opgelopen tot 75%. Daarbij is sprake van een cohort-effect: jongere generaties vrouwen kennen een hogere arbeidsparticipatie dan oudere, dus naarmate de tijd voortschrijdt neemt de gemiddelde participatiegraad toe (zie figuur 3.1). Op dit moment kennen alleen vrouwen boven de vijftig jaar nog een lage arbeidsparticipatie. Dit is juist de leeftijd, waarop de zorgbehoefte van ouders vaak intensiever wordt. Wanneer over tien of vijftien jaar de achterstand van vrouwen op mannen op het punt van arbeidsmarktparticipatie grotendeels ingelopen is, is er ook een belangrijk potentieel voor mantelzorg verdwenen. Daar komt nog bij dat de mondige oudere van de toekomst wellicht meer professionele zorg wenst in plaats van informele hulp. Toekomstige ouderen willen misschien niet in een afhankelijkheidsrelatie van hun kinderen leven. Het is heel goed denkbaar, dat ze er een voorkeur voor hebben de zorg elders in te kopen (en hun erfenis daarvoor te gebruiken) in plaats van (met hun erfenis) mantelzorg in te kopen.⁴⁰ Wellicht blijven ze voor emotionele

steun wel afhankelijk van hun kinderen en naaste familie, maar kopen ze andere zorg elders in.

Figuur 3.1 De arbeidsparticipatie* van vrouwen is sterk gestegen



Bron: Jenson en Jacobzone, 2000, p. 58

* Participatiegraad naar leeftijdsgroep (Nederland)

In veel landen is de trend, dat met het toenemen van de arbeidsparticipatie van vrouwen, onderdelen van de sociale zorg (kinderopvang, naschoolse opvang, maar ook ouderenzorg), worden geformaliseerd. Volgens Blackman is de beschikbaarheid van voorzieningen voor ouderenzorg in zes bestudeerde Europese landen (Noorwegen, Denemarken, Verenigd Koninkrijk, Ierland, Italië en Griekenland) minder gerelateerd aan de groei van het bbp dan aan de arbeidsparticipatie van vrouwen.⁴¹ Het Nederlandse beleid om het beroep op mantelzorg juist te intensiveren staat haaks op deze internationale trend.

Hoewel informele zorg minder kostbaar kan zijn dan formele zorg, mogen de kosten van informele zorg niet worden veronachtzaamd. Onder de kosten van mantelzorg vallen gederfde arbeidsinkomsten, verlies van vrije tijd, extra kosten in het huishouden en zelfs effecten op de gezondheid en huwelijken.⁴² Daarnaast is er een belangrijk verdelingsvraagstuk, omdat de kosten van mantelzorg meer bij vrouwen terechtkomen dan bij mannen.⁴³ In Japan bijvoorbeeld, is 85% van de mantelzorgers vrouw, in Duitsland 73%. Canadese en Australische cijfers laten geringere sexeverschillen zien, maar overal zijn vrouwen veruit de belangrijkste zorgverleners.

Een Amerikaanse studie naar informele zorg aan terminale kankerpatiënten wees uit, dat een derde van de mantelzorgers die aan het begin van de zorgperiode werkte, aan het eind haar baan had verloren. Zelfs wanneer de zorg buitenshuis plaatsvond, leidde de situatie er nog toe, dat 22% van de mantelzorgers zich gedwongen zagen hun baan op te geven.

Volgens deze studie leden mantelzorgers die hun baan behielden, gedurende de ziekteperiode een inkomensverlies van \$ 605; degenen die hun baan opzegden, leden een verlies van \$ 2582.⁴⁴

Voor Nederland heeft het SCP schattingen gemaakt van het inkomensverlies als gevolg van mantelzorg.⁴⁵ Van de mantelzorgers jonger dan 65 jaar derft 17% inkomen doordat zij minder zijn gaan werken, tijdelijk zijn gestopt of vanwege hun hulpverplichtingen geen werk konden gaan zoeken. Dit betrof in 2001 500.000 personen. 180.000 personen die lang en intensief hulp verleenden, leden in 2001 een gezamenlijk inkomensverlies van € 1 miljard, deels omdat ze geen betaald werk konden verrichten, deels omdat ze minder werkten dan ze gewoon waren of zouden willen.

Daarnaast kost helpen ook geld. Tweederde van de mantelzorgers heeft extra uitgaven, die voortvloeien uit de hulp die zij verlenen (in 2001 gemiddeld € 514).⁴⁶ Die extra uitgaven worden met name veroorzaakt door reiskosten, gebruik van telefoon, vervoer en extra kosten van levensonderhoud. De 750.000 mantelzorgers die lang en intensief hulp boden, hadden in 2001 gemiddeld € 1117 aan extra uitgaven. Een deel van de mantelzorgers (7%) komt zelfs in financiële problemen door de hulp die zij verlenen.

Verschillende studies wijzen uit, dat mantelzorgers zelf vaak behoefte hebben aan ondersteuning. Volgens het SCP voelen tussen de 150.000 en 200.000 mantelzorgers zich door hun hulpverplichtingen zeer zwaar belast of zelfs overbelast.⁴⁷ Ondersteuning van mantelzorgers kan de vorm aannemen van informatie en training, vervangende zorg om even bevrijd te zijn van de permanente verantwoordelijkheid of financiële tegemoetkomingen. In Nederland bestaan nauwelijks voorzieningen om mantelzorgers te ondersteunen, afgezien van de fiscale aftrek wegens buitengewone lasten waar maar weinig mantelzorgers voor in aanmerking komen. In sommige andere landen bestaan zulke voorzieningen wel. Finland bijvoorbeeld, heeft in 1993 een 'mantelzorg vergoeding' geïntroduceerd, met het doel kwetsbare ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. De vergoeding wordt rechtstreeks uitgekeerd aan de mantelzorgers die de zorg verleent, op basis van een zorgplan dat door de gemeente en de zorgverlener gezamenlijk wordt opgesteld. Daarnaast krijgen mantelzorgers pensioenrechten en kunnen ze af en toe een beroep doen op vervangende zorg om even tot rust te kunnen komen.⁴⁸ In Australië bestaat een 'zorgloon', dat inkomenscompensatie biedt aan personen die geen betaald werk kunnen verrichten omdat zij full-time zorgverantwoordelijkheden dragen.⁴⁹ In Canada bestaat een speciale belastingaftrek van \$ 400 - \$ 600 per jaar (verschillend per provincie) voor mantelzorgers die voor een hulpbehoevend familielid boven de 65 jaar zorgen. Andere landen (Oostenrijk, Duitsland, Frankrijk, Japan) geven zorg-

vergoedingen aan kwetsbare ouderen, die aangewend kunnen worden om mantelzorgers te belonen voor hun diensten.⁵⁰

Box 3.3 Pflegegeld in Oostenrijk

In Oostenrijk ontvangen ouderen die met beperkingen worden geconfronteerd, *Pflegegeld*. Voor de beoordeling van het recht op *Pflegegeld* worden zeven klassen van beperkingen onderscheiden, van licht tot zeer ernstig. De indicatiestelling vindt plaats door een private arts. De toekenning van het budget is niet afhankelijk van inkomen of vermogen. Het *Pflegegeld* is een gedeeltelijke tegemoetkoming in de kosten van de zorg; het is niet bedoeld als een vervangend inkomen. Er zijn geen beperkingen aan de wijze waarop de tegemoetkoming wordt besteed. In Duitsland bestaat een vergelijkbare regeling, maar die is minder wijd verbreid. Ook in Frankrijk kunnen ouderen die afhankelijk zijn van zorg door derden, in aanmerking komen voor een financiële vergoeding – de *prestation spécifique dépendance* – maar die is nog minder wijd verbreid. Bovendien geldt voor de toekenning ervan een inkomenstoets, waarbij niet alleen het inkomen van de ontvanger, maar ook dat van huisgenoten en erfgenamen in aanmerking wordt genomen.

Een andere vorm van ondersteuning voor mantelzorgers is respijtzorg. In enkele landen, waaronder Australië, Duitsland en Japan, bestaan zorgcentra die de verantwoordelijkheid voor de zorg voor een beperkte periode, bijvoorbeeld in dagopvang of voor een beperkt aantal dagen, van mantelzorgers kunnen overnemen. Respijtzorg voorziet in een belangrijke behoefte onder mantelzorgers. De druk om altijd klaar te moeten staan en beschikbaar te moeten zijn, vormt voor velen een zware belasting. In Japan bestaat een stelsel van vervangende verblijfszorg, waar de meest hulpbehoevende zorgontvangers maximaal een week per maand kunnen worden opgevangen c.q. voor kortere perioden wanneer de situatie minder nijpend is.⁵¹ Nederland kent het kortdurende zorgverlof (maximaal tien dagen per jaar) voor personen die de zorg voor een zieke partner of ouder op zich moeten nemen.

Box 3.4 Respijtzorg⁵²

Verschillende OECD-landen kennen vormen van respijtzorg om mantelzorgers te ontlasten van de permanente druk, die de informele zorg voor ouders of verwanten vaak met zich brengt. Finland gaat daarin het verst: gemeenten zijn daar verplicht om mantelzorgers met zware zorgverplichtingen eens in de maand een weekend respijt te bieden. In Australië en Canada maakt respijtzorg ook onderdeel uit van het aanbod van thuiszorgvoorzieningen. In Japan, waar veel ouderen bij hun kinderen inwonen, bestaan mogelijkheden om hulpbehoevenden met de zwaarste zorgbehoefte maximaal een week per maand onder te brengen in speciale instellingen die respijtzorg bie-

den. Naast respijtzorg hebben veel informele zorgverleners ook behoefte aan advies, mentale ondersteuning, dagopvang, nachtzorg (vooral voor dementerende ouderen). Zo er al voorzieningen zijn, zijn die bij lange na niet toereikend om aan de behoefte tegemoet te komen. Het belang van respijtzorg moet in een breder kostenperspectief worden gezien. Overbelasting van mantelzorgers kan ertoe leiden dat hun eigen gezondheid verslechtert, waardoor langs die weg de kosten van de zorg oplopen.

3.3 Thuiszorg

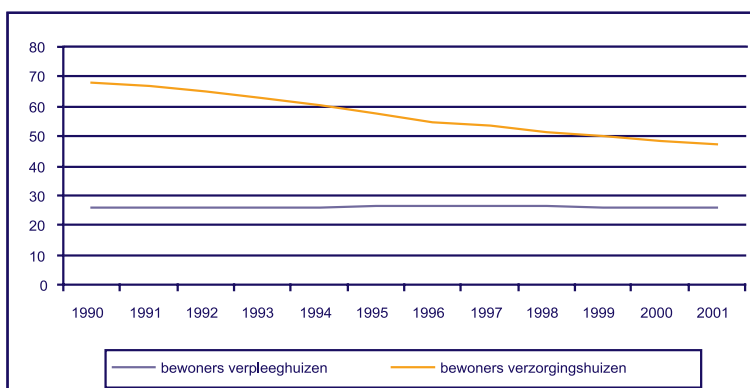
In 2003 werkten er in de thuiszorg 182.600 personen, voor het merendeel in de ouderenzorg, en in verpleeg- en verzorgingshuizen 121.500 personen.⁵³ Dit aantal is de laatste jaren zeer sterk toegenomen. RegioMarge verwacht in de periode 2003-2007 in de thuiszorg een verdere sterke personeelsgroei van 4,5% per jaar en in de verpleeg- en verzorgingshuizen een groei met gemiddeld 3%. Bij voortzetting van die groei zou het aantal arbeidsplaatsen in de ouderenzorg in 2020 meer dan verdubbeld zijn. Dit zijn spectaculaire groeicijfers, als we in ogenschouw nemen dat de gemiddelde banengroei in de economie 1% per jaar bedraagt en dat op wat langere termijn de potentiële beroepsbevolking (personen in de leeftijd van 20 t/m 64 jaar) helemaal niet meer groeit.. Gelet op de ervaringscijfers en de beroepskeuzen van bijvoorbeeld schoolverlaters, is het ondenkbaar dat dergelijke groeicijfers kunnen worden volgehouden. Bij de huidige, ruime arbeidsmarkt vallen de personeelstekorten mee, maar als de conjunctuur aantrekt, zullen er al snel grote personeelsproblemen ontstaan, zoals ook het geval was in de periode 1999-2001. De dreigende knelpunten op de arbeidsmarkt zijn een extra reden waarom het kabinet een beroep doet op de eigen verantwoordelijkheid van de bevolking om de zorg meer zelf ter hand te nemen.

Een tweede knelpunt is de gebrekkige afstemming tussen de formele thuiszorg en de mantelzorg. Bij een enquête van het SCP onder mantelzorgers gaf meer dan de helft aan, dat de thuiszorg de hulpverlening vrijwel nooit overneemt als de mantelzorger door omstandigheden (bijvoorbeeld ziekte) niet kan helpen.⁵⁴ Een andere klacht is gebrek aan overleg over welke hulp wanneer wordt geboden en overleg wanneer zaken niet goed lopen. In een toekomst waarin het beroep nog sterk zal toenemen, is een betere coördinatie onontbeerlijk.

3.4 Intramurale zorg

In hoofdstuk 2 is al beschreven dat het percentage van de ouderen, dat in verzorgings- of verpleeghuizen verblijft, in alle OECD-landen afneemt. Ook in Nederland is een dalende trend waarneembaar. In 1990 waren er per 1.000 65-plussers nog 68 bewoners van verzorgingshuizen, in 2001 is dat gedaald naar 47. Het aandeel van de 65-plussers in verpleeghuizen heeft zich in die periode gestabiliseerd (zie figuur 3.2).

Figuur 3.2 Het aantal bewoners van verzorgingshuizen daalt relatief; dat van verpleeghuizen stagneert (bewoners per 1000 inwoners)



Bron: CBS.

Door de vergrijzing en de toename van het aantal chronisch zieken zal de vraag naar verpleging en verzorging toenemen. Het SCP raamt dat de potentiële vraag naar tehuisopvang of alternatieven daarvoor van ruim 300.000 personen in 2000 zal toenemen tot een kleine 450.000 in 2020.⁵⁵ Het werkelijke gebruik van intramurale AWBZ-zorg zal echter veel minder stijgen dan de (potentiële) vraag.⁵⁶ Daarvoor zijn drie belangrijke redenen:

1. Extramuralisering. Het type zorg dat in het verleden in verzorgingshuizen werd gegeven, wordt steeds meer extramuraal georganiseerd. Mensen blijven thuis wonen en krijgen bijvoorbeeld huishoudelijke of persoonlijke verzorging aan huis.
2. Particuliere zorg. Beter opgeleide en meer koopkrachtige ouderen zullen vaker een oplossing voor hun verzorgingsproblemen in de particuliere sfeer zoeken. Het SCP raamt, dat het aandeel van de particuliere zorg in het totaal van de informele, particuliere en AWBZ-zorg in 20 jaar stijgt van 34% naar 44%, terwijl het aandeel van de AWBZ-zorg daalt van 31 naar 26%.⁵⁷
3. Rantsoenering. Een deel van de zorgvraag 'verdwijnt', wanneer er onvoldoende aanbod van voorzieningen is. Het SCP gaat er in zijn

ramingen van uit, dat het aanbod van AWBZ-gefinancierde hulp toereikend zal zijn om het geraamde gebruik mogelijk te maken, maar dat is allerm minst vanzelfsprekend. De gezondheidszorg kent een lange traditie van rantsoenering om de kosten te beheersen, niet alleen in Nederland (het Budgettair Kader Zorg), maar ook in andere landen.⁵⁸ Het gebruik van zorg wordt daardoor afgeremd, zonder dat de behoefte aan zorg verdwijnt. Het resultaat zijn wachtlijsten en andere knelpunten.

Uit het eerder genoemde onderzoek van Cutler en Sheiner in de VS blijkt, dat in staten waar de toegang tot verpleeg- en verzorgingshuizen aan strengere eisen is gebonden, minder ouderen gebruik maken van verpleeghuiszorg. De zorg voor ouderen wordt in deze staten vaker verricht door hun kinderen en andere mantelzorgers.⁵⁹ Maar heel weinig ouderen blijven volledig verstoken van hulp. Dit wijst er op, dat er belangrijke substitutie-effecten zijn tussen de verschillende vormen van zorgaanbod.

3.5 Substitutie en complementariteit

Zelfzorg, mantelzorg, thuiszorg, instellingszorg en particuliere zorg vormen tot op zekere hoogte substituten voor elkaar. Tegelijkertijd vullen ze elkaar ook aan (complementariteit). Een oudere die thuiszorg ontvangt via de thuiszorginstelling, ontvangt waarschijnlijk ook informele zorg van zijn of haar kinderen of andere mantelzorgers. Een bewoner van een 'woonzorgcomplex', dat vaak in de nabijheid van een verzorgingshuis ligt, woont op zich zelf (zelfzorg), maar maakt dikwijls ook gebruik van de zorginfrastructuur, die vanuit het verzorgingshuis wordt aangeboden, bijvoorbeeld 24-uurs bereikbaarheid. Ook in de verpleeghuissector wordt sinds een jaar of tien extramurale zorg geleverd.

Van dure zorg naar goedkopere zorg

Er is al jarenlang een verschuiving gaande van dure vormen van zorg naar goedkopere vormen. Ziekenhuizen hebben oudere patiënten die dure bedden bezet hielden, zoveel mogelijk geprobeerd onder te brengen in verzorgings- of verpleeghuizen of naar huis terug te laten keren, waar zij kunnen worden verpleegd met ondersteuning van de thuiszorg. Verpleeg- en verzorgingshuizen zijn moeilijker toegankelijk geworden en in plaats daarvan worden verpleging en verzorging meer door de thuiszorg geleverd. De thuiszorg is onder invloed van deze ontwikkelingen sterk gegroeid, maar heeft ook geprobeerd om een deel van de sterk toenemende vraag af te wentelen op de mantelzorg. Mantelzorgers zijn de 'lenders of last resort' in de ouderenzorg; zij kunnen (en willen) de zorg niet afwentelen op anderen. Maar in toenemende mate is er sprake van overbelasting van mantelzorgers, ook al omdat steeds meer vrouwen

betaalde arbeid verrichten waardoor hun beschikbaarheid voor mantelzorg afneemt.

Dit afschuifmechanisme heeft zeker tot kostenbesparingen geleid, maar het is niet zeker dat daarmee ook de meest doelmatige allocatie van zorg is bereikt. De verschillende zorgvormen zijn immers niet alleen substituten voor elkaar, maar ook elkaars complementen. Wanneer ziekenhuizen, verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties en mantelzorgers beter met elkaar samenwerken, kan dat een kwalitatief betere en in veel gevallen ook doelmatiger zorg opleveren dan wanneer iedereen onder druk van krappe budgetten de zorg naar een ander probeert door te schuiven. In hoofdstuk 5 over de organisatie van de langdurige ouderenzorg wordt daar dieper op ingegaan.

Care en cure

Net zoals verschillende vormen van zorgaanbod elkaar aanvullen, vormen ook verpleging en verzorging (*care en cure*) complementen van elkaar. Veel ouderen krijgen vroeg of laat te maken met chronische ziekten, die niet zijn te genezen. De behandeling ervan is dan ook niet gericht op het wegnemen van de kwaal en de terugkeer naar het leven van vóór de ziekte, maar op het zo goed mogelijk onder controle houden van de fysieke gevolgen van de aandoening en het vertragen of voorkomen dat die verergert. In veel gevallen vergt dat een aanpassing van de levensstijl: meer beweging, stoppen met roken, aanpassing van eetgewoonten en dergelijke. Gedragsveranderingen zijn al geen sinecure voor mensen die een goede gezondheid genieten, maar als je lichaam je langzaam in de steek lijkt te laten, wordt het nog moeilijker om nieuwe leefgewoonten aan te leren. Een recente studie toont aan dat één op de drie chronisch zieken psychosociale problemen heeft.⁶⁰

Een belangrijk doel van de hulpverlening moet erop gericht zijn de patiënt in staat te stellen en te stimuleren de regie over zijn gezondheid en leven zoveel mogelijk in eigen hand te houden. Dat leidt tot aantoonbaar betere gezondheidsresultaten.⁶¹ Voor elke patiënt stelt dat weer andere eisen, afhankelijk van de eigen mogelijkheden en specifieke omstandigheden. Dat betekent dat langdurige ouderenzorg vrijwel altijd maatwerk is. Bovendien geldt dat medische zorg, persoonlijke verzorging en huishoudelijke zorg vaak sterk door elkaar heenlopen. Ouderen met artritis krijgen bijvoorbeeld fysiotherapie van een professionele hulpverlener, maar moeten daarnaast ook wandelen met een mantelzorger. Beide vormen van zorg vullen elkaar aan, maar zijn tegelijk ook substituten. Het is vaak heel moeilijk de grens te trekken, waar de medische zorg ophoudt en de persoonlijke of huishoudelijke verzorging begint. Voor de organisatie en financiering van de zorg zijn die grenzen echter wel van groot belang.

Wonen en zorg

Behalve tussen medische en persoonlijke verzorging, is ook het onderscheid tussen zorg en wonen niet altijd scherp te maken. Van de 2,2 miljoen Nederlanders van 65 jaar en ouder woont ruim 93% zelfstandig.⁶² Ook van de hoogste leeftijdscategorie boven 85 jaar woont nog altijd tweederde zelfstandig. Veel van hen kennen matige of ernstige beperkingen, maar lang niet altijd zijn woningen daarop afgestemd. In de afgelopen jaren is er een grote verscheidenheid aan woonvormen voor ouderen ontstaan: woningen met alarmvoorzieningen, woningen met service vanuit een in de nabijheid gelegen steunpunt, woningen met een gemeenschappelijke ruimte waar kan worden gerecreëerd of waar maaltijden kunnen worden genoten. Bij al deze verschillende woon- en zorgvarianten is het niet altijd goed mogelijk scherp te onderscheiden waar de scheidslijn tussen wonen en zorg ligt. Dit onderscheid is echter wel een belangrijk criterium bij de financiering van de ouderenzorg.

Voor de organisatie van de zorg is nauwe coördinatie tussen de verschillende soorten zorg nodig: medische en paramedische zorg, fysieke en mentale ondersteuning, persoonlijke en huishoudelijke zorg, formele en informele zorg. In veel gevallen laat de onderlinge afstemming tussen al die verschillende zorgvormen te wensen over.

De onheldere scheidslijnen tussen de verschillende typen zorg hebben ook belangrijke financiële consequenties: wie draagt de kosten voor wat? Het feit dat de verschillende zorgvormen elkaar niet alleen aanvullen, maar voor een belangrijk deel ook substituten van elkaar zijn, creëert belangrijke informatieproblemen: welke zorg wordt genoten en onder welk budget valt die zorg. Alleen tegen hoge kosten in de sfeer van de indicatiestelling is de zorgvraag te objectiveren, en dan nog blijft er veel ruimte voor subjectieve beoordeling.

Het feit dat de scheidslijnen tussen de verschillende soorten zorg niet scherp zijn, vergroot het gevaar van 'moral hazard': er is een groot 'grijs' gebied, waarbinnen mensen hun gedrag kunnen variëren om van het aanbod gebruik te kunnen maken. Het is moeilijk om dit vast te stellen en tegen te gaan. Hoofdstuk 5 zal dieper ingaan op de consequenties die dit informatieprobleem heeft voor de wijze van organisatie en financiering van de langdurige ouderenzorg.

3.6 Productiviteit

Zorg verlenen is een persoonsgebonden, arbeidsintensieve activiteit. Maar dat wil niet zeggen dat in de verzorgende sectoren nauwelijks productiviteitsverbeteringen mogelijk zijn. Technische hulpmiddelen en efficiënte organisatiemethoden kunnen belangrijke productiviteitsstijgingen mogelijk maken. In de medische sfeer komen er steeds meer elektroni-

sche mogelijkheden om patiënten op afstand te helpen bij het bewaken van hun gezondheidssituatie. Maar ook in de verzorgings sfeer kunnen technische hulpmiddelen aanzienlijke productiviteitswinst opleveren. Camera's en alarmeringsmogelijkheden kunnen in veel gevallen het directe persoonlijke toezicht vervangen. Eenvoudige hulpmiddelen, zoals handgrepen, trapliften, in hoogte verstelbare bedden e.d., kunnen ongevallen helpen voorkomen. Met rollators kan de mobiliteit van ouderen enorm worden vergroot. Flexibele bouwvormen, die het mogelijk maken de woninginrichting aan veranderende omstandigheden aan te passen, kunnen het werk enorm vergemakkelijken en dure verhuiskosten besparen. Vaak zijn technologische mogelijkheden wel beschikbaar, maar worden ze niet gebruikt omdat organisatie en financiering toepassing in de weg staan. De inrichting van het stelsel van ouderenzorg moet prikkels bevatten om technologische mogelijkheden te benutten. Nu werken de prikkels vaak averechts.

Niet alleen in de fysieke sfeer zijn productiviteitsverbeteringen te behalen, ook organisatorische vernieuwingen kunnen tot grote efficiencywinsten leiden. Met innovatieve vormen van werkverdeling en inroostering kunnen thuiszorginstellingen en verzorgingshuizen vaak aanzienlijke besparingen op personeelskosten realiseren zonder dat dat ten koste gaat van de geleverde zorg. Ook hier geldt dat personen en instellingen die met de ouderenzorg zijn belast, voldoende prikkels moeten ondervinden om organisatorische vernieuwingen uit te proberen en de mogelijkheden ervan te benutten. Dit heeft direct met de wijze van aansturing en financiering te maken.

Private aanbieders die met elkaar concurreren, ondervinden sterkere prikkels om de efficiency te verhogen en vernieuwingen door te voeren dan (publieke sector) monopolisten. Omdat doelmatigheidswinsten en kwaliteitsverbeteringen hun concurrentiepositie verbeteren en daardoor ook rechtstreeks henzelf ten goede komen, zijn zij sterker gemotiveerd zich daarvoor in te spannen en hun kennis en mogelijkheden op dat gebied uit te buiten.⁶³ Hoofdstuk 5 gaat daar dieper op in.

Daarnaast is het belangrijk dat financiële en organisatorische schotten tussen de verschillende vormen van zorg en de verschillende zorgaanbieders zoveel mogelijk worden doorbroken. Wanneer er geïntegreerde budgetten voor ouderenzorg bestaan, kunnen aanbieders nieuwe vormen van zorg ontwikkelen, die traditionele grenzen overschrijden en zo goed mogelijk aansluiten op de behoeften van cliënten. Door verbetering van logistieke processen, introductie van kwaliteits- en kostenbeheersingssystemen, verheldering van tariefstructuren en doorbreking van monopolistische prijszetting vallen nog grote kwaliteits- en productiviteitswinsten te behalen.

Een voorbeeld is het initiatief van zorgverzekeraar Menzis in Twente. In samenwerking met enkele verpleeghuizen is Menzis gestart met eerstelijnszorg, speciaal gericht op ouderen. Het gaat om gemakkelijk toegankelijke eerstelijnszorg, waarbij meer specialistische kennis aanwezig is over specifieke vragen van ouderen, bijvoorbeeld over dementie. De consulten van de ouderenarts zullen doorgaans ook langer duren dan die van de huisarts. Het is de bedoeling deze vorm van ouderenzorg uit te breiden met andere diensten, waardoor een bredere en beter geïntegreerde service aan ouderen kan worden geboden.⁶⁴

3.7 Kwaliteit

De kwaliteit van voorzieningen voor lange termijn ouderenzorg is een bron van zorg. Uit een onderzoek van de Inspectie voor de Gezondheidszorg in 2004 bleek dat bijna 80% van de verpleeghuizen de zelf opgestelde minimumnormen niet haalt.⁶⁵ Belangrijke oorzaken zijn de kwantitatieve en kwalitatieve achteruitgang van de personeelsbezetting en de toegenomen zorgzwaarte. In tien jaar tijd is het aantal verzorgenden in een verpleeghuis gehalveerd, terwijl zij er steeds meer taken bij krijgen.⁶⁶ De gebrekkige kwaliteit van de ouderenzorg is geen typisch Nederlands fenomeen. In een onderzoek van de WHO in 2000 naar de wetgeving en uitvoering op het gebied van langdurige zorg in Oostenrijk, Duitsland, Nederland, Israel en Japan kwam 'kwaliteit' overal als een zwakke schakel naar voren.⁶⁷ Daarvoor zijn verschillende redenen.

Ten eerste is het niet eenvoudig de kwaliteit van zorg te definiëren. Kwaliteit omvat talrijke facetten, die uiteenlopen van de persoon van de zorgverlener tot de organisatie van de zorg. Belangrijke aspecten zijn een goede coördinatie tussen medische en niet-medische hulp, afstemming van formele en informele zorg, kwaliteit van zorgverleners, ontwikkeling van standaards en protocollen voor de wijze van zorgverlening, adequate wetgeving enzovoort. Het bieden van 'goede kwaliteit' kan dus op heel verschillende niveaus liggen: beleid, uitvoering, ervaring van de cliënt enz. Omdat kwaliteit moeilijk eenduidig te definiëren is, is het ook niet eenvoudig de kwaliteit van ouderenzorg te meten en te monitoren, met als risico dat de kwaliteit onvoldoende aandacht krijgt en ongemerkt verslechtert.

Essentieel voor goed kwaliteitsbeleid is dat er helderheid over de doelen bestaat. Het moet voor iedereen in de organisatie duidelijk zijn, wat de kwaliteitsstandaards zijn en waarom. Die standaards moeten zo concreet mogelijk zijn. Wanneer heldere kwaliteitscriteria ontbreken, is het moeilijk de organisatie van de zorg daarop af te stemmen en de betrokken zorgverleners erop aan te sturen.

Box 3.5 Kwaliteitsbeleid in Denemarken⁶⁸

In Denemarken bestaan geen nationale kwaliteitsstandaarden voor de langdurige ouderenzorg. Binnen de grenzen van de nationale wetgeving kan elke gemeente zelf beslissen welk serviceniveau zij aanbiedt en welke financiële middelen daarvoor beschikbaar zijn. De Deense wet schrijft wel voor, dat gemeenten zelf kwaliteitsstandaards opstellen die een nauwkeurige beschrijving bieden van het serviceniveau dat voor de gemeente geldt. Ook moeten ze operationele doelstellingen bevatten, die kunnen worden gebruikt om de prestaties en resultaten te beoordelen. Zo zijn gemeenten bijvoorbeeld verplicht *deadlines* op te stellen voor de termijn waarbinnen zij beslissen over hulpaanvragen. Voor beslissingen over persoonlijke verzorging is de gemiddelde *deadline* bijvoorbeeld 6 dagen, voor huishoudelijke ondersteuning 8 dagen en voor beslissingen over plaatsing in een verpleeg- of verzorgingshuis 26 dagen. De gemeentelijke kwaliteitsstandaards omvatten ook doelstellingen op het gebied van verzuim, veiligheidsvoorschriften e.d. van de zorgverlenende instellingen. Omdat de standaards openbaar moeten worden gemaakt, verschaffen ze burgers helderheid over wat zij kunnen verwachten en stellen ze zowel zorggebruikers als andere burgers in staat om de prestaties van lokale autoriteiten en dienstverleners te kunnen beoordelen.

Daarnaast ontbreken in veel organisaties *incentives* voor goed kwaliteitsbeleid. Wanneer het belangrijkste doel is binnen het budget te blijven of te voldoen aan wettelijke regels, kan dat gemakkelijk ten koste gaan van de kwaliteit van de zorg. Daar worden organisaties dan immers niet op afgerekend.

Volgens de WHO vereist 'kwaliteit' dat landen in feite hun hele zorgsysteem onder de loep nemen, en toetsen hoe zij de toegankelijkheid verzekeren, de zorg organiseren en waarborgen dat er goede kwaliteit wordt geleverd. Om de kwaliteit te waarborgen, beveelt de WHO⁶⁹ onder meer aan dat landen:

- nauwkeurig de omvang en reikwijdte van hun voorzieningenstelsel voor lange termijn ouderenzorgsysteem definiëren;
- het aanbod van zorg afstemmen op een zorgvuldige beoordeling van de behoeften van zorgvragers
- bij de organisatie van de zorg ook terdege rekening houden met de behoeften van informele zorgverleners, die immers het overgrote deel van de zorg voor hun rekening nemen;
- minimumstandaards voor lange termijn zorg opstellen en die ook naleven. Dit heeft betrekking op zaken als het kwalificatieniveau van zorgverleners, de beschikbare infrastructuur enz.
- waar mogelijk protocollen ontwikkelen voor de inrichting van het zorgproces en de uitvoering van de zorg zelf. Door regelmatige toet-

sing en onderzoek moet de bruikbaarheid daarvan worden geëvalueerd en verbeterd.

- resultaten van de zorginzet monitoren en beoordelen.
- onderzoeken of de zorgverlening beantwoordt aan de legitieme verwachtingen van zorgvragers en hun informele zorgverleners.

In Engeland is de overheid begonnen met systematische evaluaties van de lange termijn ouderenzorg. Onderdeel daarvan vormt de oprichting in 2001 van het “Social Care Institute of Excellence”. Deze onafhankelijke instelling heeft tot doel *good practices* in de sociale zorg op te sporen, te evalueren en kennis daarover te verspreiden.⁷⁰ Ook in Nederland wordt gewerkt aan meer transparantie en verantwoording ten aanzien van de geleverde ouderenzorg, in de verwachting dat dat positief zal bijdragen aan de kwaliteit van de zorg.

3.8 Conclusies

In alle OECD-landen is het beleid erop gericht dat ouderen zo lang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Dat strookt in de overgrote meerderheid van de gevallen met hun persoonlijke voorkeur en is kostenbesparend. Het realiseren van die doelstelling vereist echter wel flankerend beleid op een groot aantal terreinen:

- De zelfredzaamheid van ouderen moet worden bevorderd. In Engeland, de VS en Australië zijn hiervoor *empowerment* programma's opgezet, die, mits goed vormgegeven, tot verbetering van de kwaliteit van leven en lagere zorgkosten leiden. In Nederland maakt dit geen onderdeel uit van het zorgaanbod;
- Grootschalige aanpassingen in de woningvoorraad om ouderen met fysieke beperkingen in staat te stellen hun dagelijkse activiteiten te blijven verrichten. Veel ouderen wonen in woningen waar zij letterlijk niet uit de voeten kunnen.
- Uitbreiding van de thuiszorg. Voortzetting van de huidige groei van de thuiszorg is op de arbeidsmarkt niet op te vangen;
- Een toenemend beroep op mantelzorg. Het reservoir van mantelzorgers is niet onuitputtelijk. Door de toegenomen arbeidsparticipatie van vrouwen is hun beschikbaarheid voor informele zorg vermindert. In veel landen is de toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen gepaard gegaan met een uitbreiding van sociale voorzieningen voor kinderopvang en ouderenzorg. Bevordering van de arbeidsparticipatie van vrouwen en vermindering van het aanbod van sociale voorzieningen op het gebied van ouderenzorg levert overduidelijk spanningen op.

De verschillende vormen van zorg zijn deels substitueerbaar, maar voor een deel ook complementair. Kwalitatief goede zorg vereist nauwe

afstemming tussen de verschillende vormen van zorgaanbod en de verschillende aanbieders van zorg. In de praktijk laat die afstemming veel te wensen over. De financiële en organisatorische verkokering die de langdurige ouderenzorg kenmerkt, vormt een rem op mogelijkheden om de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg te verbeteren.

De kwaliteit van de ouderenzorg vormt in veel landen een probleem. Gebrek aan heldere criteria en prikkels die kwaliteit bevorderen, werken ondermaatse zorg in de hand. In Denemarken zijn gemeenten, die verantwoordelijk zijn voor de ouderenzorg, vrij om zelf te bepalen welk niveau van dienstverlening zij aan hun inwoners aanbieden, maar zij zijn wel wettelijk verplicht om daarvoor toetsbare kwaliteitsstandaards op te stellen en die publiekelijk kenbaar te maken.

Het overgrote deel (60-80%) van de langdurige ouderenzorg wordt verleend door mantelzorgers. Deze mantelzorgers brengen vaak grote persoonlijke 'offers' in termen van gemist arbeidsinkomen, opgeofferde vrije tijd en kosten die samenhangen met de hulpverlening, veelal zonder daarvoor een financiële vergoeding te ontvangen. Diverse landen ondersteunen hun mantelzorgers met organisatorische middelen of (beperkte) financiële tegemoetkomingen. In Nederland bestaan hiervoor nauwelijks voorzieningen. Belangwekkende initiatieven zijn het *Pflegegeld* in Oostenrijk, dat als een vrij besteedbaar budget wordt toegekend aan hulpbehoevende ouderen en dat kan worden gebruikt om mantelzorgers enige vorm van financiële compensatie te bieden. Daarnaast voorziet de 'respijtzorg' die in een aantal landen wordt geboden, in een duidelijke behoefte om mantelzorgers te ontlasten van de zware druk die vaak op hun schouders rust.

4 Financiering van langdurige ouderenzorg

Ouderenzorg wordt in de meeste landen gefinancierd door een combinatie van publieke en private middelen. De voor- en nadelen van verschillende financieringswijzen worden in dit hoofdstuk geanalyseerd.

4.1 Informele zorg

Het ligt op het eerste gezicht niet voor de hand om aandacht aan informele zorg te besteden als het gaat om financieringsopties. Voor mantelzorg wordt immers in het algemeen niet betaald. Maar zoals in het vorige hoofdstuk is toegelicht, zijn er wel degelijk kosten aan informele zorg verbonden.

Volgens een globale schatting van de OECD, gebaseerd op de aanname dat bijna 80% van de verleende ouderenzorg uit informele zorg bestaat, betekent monetarisering van de mantelzorg dat de totale kosten van ouderenzorg op zo'n 4 à 5% van het bbp uitkomen.⁷¹ Nu is dat 1 à 2%. Het Nederlandse Ministerie van VWS komt in een globale becijfering van de waarde van de mantelzorg aan ouderen veel lager uit: op een bedrag van circa € 7 miljard, of wel 1,5% bbp.⁷² Om tot een zuivere beoordeling van de kosten van ouderenzorg te komen moeten de *opportunity costs* van informele zorg (zie paragraaf 3.2) in de afweging worden meegenomen.

4.2 Private besparingen

Mensen weten, dat ze eens oud en misschien behoeftig zullen zijn en kunnen daar hun besparingen op afstemmen. Individuen kunnen op verschillende manieren sparen voor hun oude dag: door middel van beleggingen, spaarrekeningen, woningbezit en pensioenen. De belangrijkste vermogenscomponent is in het algemeen de eigen woning, maar dat is een illiquide bezit. Wanneer mensen een woning bezitten kunnen zij hun zorgbehoefte financieren door naar een mindere dure woning te verhuizen of de woning verkopen als zij naar een verpleeg- of verzorgingshuis verhuizen. Een andere mogelijkheid is om het vermogen dat vastzit in de woning, te activeren door middel van een 'omgekeerde hypotheek'. Hierbij wordt de waarde van de woning als onderpand gebruikt om een verzekering voor ouderenzorg af te sluiten (zie box 4.1).

Box 4.1 De omgekeerde hypotheek

Een probleem bij de private financiering van langdurige ouderenzorg is dat ouderen vaak wel over eigen middelen beschikken, maar dat die middelen 'vastzitten' in de eigen woning. De 'omgekeerde hypotheek'

is een instrument om het illiquide vermogen dat vastzit in het eigen huis om te zetten in liquide middelen waarmee langdurige ouderenzorg kan worden bekostigd.

Huiseigenaren die hun woning geheel of grotendeels hebben afbetaald, kunnen door middel van de 'omgekeerde hypotheek' het vermogen in het eigen huis activeren. De eigenaar mag gewoon in zijn huis blijven wonen en ontvangt een lening die pas hoeft te worden afbetaald wanneer het huis wordt verkocht, bijvoorbeeld bij verhuizing of overlijden. Ook de rentelast die aan de lening vastzit, hoeft niet te worden afgelost maar wordt bij de lening opgeteld. De hoogte van de lening is gebaseerd op de verkoopwaarde van het huis: hoe hoger deze is, hoe hoger de lening. Ook de leeftijd van de huiseigenaar speelt een belangrijke rol: hoe ouder men is, hoe meer men kan lenen. Aan elke 'omgekeerde hypotheek' zit een kredietlimiet, waarmee financiële instellingen zich indekken tegen het risico dat de lening na verloop van tijd boven de verkoopwaarde van de woning uitstijgt.

In 2000 werd in de Verenigde Staten een wet ingevoerd die de 'omgekeerde hypotheek' probeerde te verbinden aan de financiering van de langdurige ouderenzorgverzekering. Het succes hiervan is tot op heden zeer beperkt. Uit onderzoek blijkt, dat de 'omgekeerde hypotheek' vooral in trek is bij slecht verdienende alleenstaanden van wie de eigen woning het enige waardevolle bezit is. Met het vermogen uit hun huis kan deze groep zich financieel gezien vaak nog steeds geen toereikende ouderenzorgverzekering veroorloven. Aan de andere kant behoren de polishouders van een langdurige ouderenzorgverzekering tot een groep met een gemiddeld tot hoog inkomen. Deze mensen kunnen hun zorgverzekering in veel gevallen met private besparingen betalen, zonder dat zij daarbij het vermogen uit hun woning hoeven aan te tasten.⁷³

Ook de 'timing' voor het afsluiten van een 'omgekeerde hypotheek' als instrument om langdurige zorg te financieren, vormt een probleem. Omdat de leeftijd van invloed is op de hoogte van de lening zijn mensen geneigd zo lang mogelijk te wachten met het afsluiten van de 'omgekeerde hypotheek' en de ouderenzorgverzekering. Maar mensen die de zeventig gepasseerd zijn en dus een hogere lening zouden kunnen krijgen, hebben ook een hoger gezondheidsrisico en lopen daarmee het gevaar niet meer geaccepteerd te worden door een verzekeringsmaatschappij.⁷⁴ Een ander probleem is dat de 'omgekeerde hypotheek' tot een verwaarlozing van het onderpand kan leiden. Omdat de woning op termijn in het bezit van de financiële instelling komt, verdwijnt de prikkel om in onderhoud te investeren (*moral hazard*). Vanwege dit risico zijn banken genoodzaakt een hogere rente op de verstrekte lening te berekenen. Omdat verzekerden jarenlang een ver-

zekeringspremie plus de rente van de lening moeten betalen, zal de 'omgekeerde hypotheek' in combinatie met een langdurige zorgverzekering altijd een betrekkelijk duur product zijn, wat de populariteit uiteraard niet ten goede komt.

Hoewel de 'omgekeerde hypotheek' ook in Nederland bestaat, zijn er maar weinig mensen die het vermogen uit eigen huis willen belenen. Dat deze hypotheekvorm in de Verenigde Staten en Groot-Brittannië meer in trek is dan bij ons, zal zeker te maken hebben met het feit dat de publieke ouderdomsvoorzieningen (AWBZ) in Nederland beter zijn dan in de genoemde landen. In Nederland biedt de Rabobank mensen vanaf 55 jaar de mogelijkheid een zogeheten 'opeet-hypotheek' te nemen. Deze is bedoeld voor ouderen die de hypotheek op hun huis (bijna) helemaal hebben afgelost, een (verwacht) mager pensioen hebben en te weinig liquide middelen hebben om in hun consumptieve behoeften te voorzien. De potentiële klant wordt geselecteerd op een inkomenslastentoets en mag ten hoogste 75 procent van de verkoopwaarde van zijn huis in één keer of in gedeeltes lenen.⁷⁵

Hoewel de 'omgekeerde hypotheek' in combinatie met een zorgverzekering in beginsel wel mogelijkheden biedt om langdurige zorg particulier te financieren, zitten er zowel voor de consument als voor de financiële instelling veel haken en ogen aan het product. Die zullen eerst opgelost moeten worden, wil de omgekeerde hypotheek een succes worden.

Individuele besparingen zijn in het algemeen geen doelmatige manier om ouderenzorg te financieren.⁷⁶ Een klein deel van de ouderen doet een intensief beroep op ouderenzorg en is verantwoordelijk voor een groot deel van de kosten; veel anderen hebben geen of weinig zorg nodig en hoeven daardoor ook weinig kosten te maken. Omdat het moeilijk te voorspellen is wie uiteindelijk in welke mate een beroep op intensieve verzorging zal moeten doen, is het ook niet goed mogelijk besparingen en financieringsbehoeften goed op elkaar af te stemmen. Wanneer ouderen met een zeer grote zorgbehoefte (bijvoorbeeld opname in een verpleeghuis) worden geconfronteerd, is het onwaarschijnlijk dat zij voor deze 'calamiteit' voldoende hebben kunnen sparen. Voor andere ouderen, die misschien helemaal geen beroep op zorg hoeven te doen, betekent het opzij zetten van grote sommen geld, dat die middelen niet voor andere doelen beschikbaar zijn, dus dat zij onnodig moeten interen op hun overige bestedingen.⁷⁷

In de praktijk blijkt, dat de meeste ouderen die op intensieve zorg zijn aangewezen, niet genoeg gespaard hebben om die zorg te financieren. Omdat welvaartsstaten ouderen niet aan hun lot willen overlaten, moeten sociale voorzieningen beschikbaar zijn. Maar het bestaan van dergelijke sociale voorzieningen neemt voor een belangrijk deel de prikkel om

daar zelf voor te sparen weg.⁷⁸ Waarom nu geld opzij zetten, als de toekomstige zorguitgaven uiteindelijk toch wel worden gefinancierd?

4.3 Vrijwillige verzekering

De scheefheid in de verdeling van kosten van langdurige ouderenzorg én de hoogte van de kosten als daar toch een beroep op moet worden gedaan, zouden doen vermoeden dat een vrijwillige verzekering voor het risico van ouderenzorg heel aantrekkelijk is. Zo'n verzekering zou risico's spreiden tussen degenen die veel en degenen die weinig zorg nodig hebben en zou keuzevrijheid, onafhankelijkheid en waardigheid voor ouderen kunnen waarborgen. Toch blijkt er geen omvangrijke markt voor vrijwillige verzekering voor ouderenzorg te bestaan. In de VS bijvoorbeeld, heeft minder dan 10% van de ouderen een dergelijke verzekering, hoewel de publieke ouderenvoorzieningen veel minder uitgebreid zijn dan in Nederland.⁷⁹ Wanneer er wel een verzekering is, is de dekking daarvan beperkt. De reden voor het nagenoeg ontbreken van een markt voor vrijwillige verzekeringen voor ouderenzorg, is dat niet wordt voldaan aan een aantal noodzakelijke condities om een dergelijke markt goed te laten functioneren.⁸⁰

Verzekeringsmarkten werken goed als de kans op het verzekerde incident klein is en willekeurig over de verzekerdenpopulatie is verdeeld.⁸¹ Bij verzekering voor ouderenzorg is dat niet het geval. Niet alleen doet een substantieel deel van de verzekerden vroeg of laat een beroep op de verzekering, maar ook zijn de kansen niet onderling onafhankelijk. Wanneer als gevolg van medisch-technologische ontwikkelingen de levensduur van ouderen kan worden verlengd, zullen alle ouderen van die technologie gebruik willen maken en neemt de 'schadelast' voor de verzekeraar 'dramatisch' toe. De publieke sector kan dergelijke moeilijk verzekerbare risico's afdekken door de uitgifte van financiële titels die uitbetalen bij het vinden van zulke medicijnen, naar analogie van de *longevity bonds* die door de Europese Investeringsbank in 2004 zijn uitgegeven als bescherming voor pensioenfondsen tegen de risico's van stijgende levensverwachting.

Een tweede probleem is dat verzekeraars de risico's niet goed kunnen inschatten en daardoor geen actuariële premie kunnen berekenen. De gebruikelijke leeftijd waarop iemand in een ouderenzorgverzekering geïnteresseerd raakt, is rond de pensioenleeftijd. Dan is er vaak nog zo'n vijftien of twintig jaar te gaan, voordat een claim op de verzekering waarschijnlijk wordt. Onzekerheid over toekomstige ziektecijfers en prijsstijgingen in de zorg maken het voor verzekeraars moeilijk juiste premies te berekenen. Wanneer alle onzekerheden vertaald worden in hogere premies, wordt de verzekering zo duur, dat zij niet meer aantrekkelijk is.

Nog een belangrijker reden voor het falen van de markt is dat potentiële verzekerden beter inzicht hebben in de kans dat zij in de toekomst zorg nodig zullen hebben dan de verzekeraar. Iemand van 65 of 70 jaar die zich bij de verzekeringsmaatschappij meldt, kan een redelijke inschatting maken of hij of zij op termijn zorg nodig zal hebben. Er treedt dus zelfselectie op, waarbij alleen verzekerden met hoge risico's zich aanmelden voor de verzekering.⁸² Wanneer vervolgens de schadelast van de verzekering hoog blijkt, gaan de verzekeringspremies omhoog en wordt het voor verzekeringnemers met kleine risico's nog onaantrekkelijker om de verzekering af te sluiten. Uiteindelijk prijst de verzekering zich uit de markt. Het risico van averechtse selectie is te beperken door een maximum aan de intredeleeftijd te stellen, bijvoorbeeld veertig of vijftig jaar, wanneer mensen nog weinig informatie hebben over de kans in de toekomst verpleeghuiszorg nodig te hebben. Maar op dat moment hebben mensen nog andere prioriteiten in het leven en zijn zij weinig geneigd een verzekering voor langdurige ouderenzorg af te sluiten.

Ten slotte is er ook nog een gevaar van *moral hazard*, namelijk dat verzekerden hun gedrag op de aanwezigheid van de verzekering afstemmen. In hoofdstuk 2 is al uiteengezet, dat de 'behoefte' aan zorg moeilijk objectiverbaar is. De onheldere scheidslijnen tussen mantelzorg en formele zorg en tussen verzorging en andere huishoudelijke activiteiten, laten mogelijkheden open om de vraag te manipuleren. Langdurige verzorging omvat diensten, zoals voeding, huisvesting en persoonlijke verzorging die waardevol zijn voor alle ouderen en niet alleen voor ouderen met beperkingen. Wanneer die diensten en voorzieningen worden vergoed, stuwt dat de vraag naar langdurige zorg omhoog.⁸³ Dit speelt bij langdurige zorg sterker dan bijvoorbeeld bij medische behandeling.

Verzekeraars kunnen op die risico's inspelen door wachttijden in te stellen, uitsluitingsclausules op te nemen voor reeds aanwezige beperkingen, hoge eigen bijdragen te vragen en andere restricties in de verzekeringsvoorwaarden op te nemen. In de VS blijkt dat inderdaad te gebeuren: veel polissen bieden slechts een beperkte dekking en bevatten veel uitzonderingsclausules. Hierdoor worden dergelijke polissen voor potentiële verzekerden echter zo onaantrekkelijk, dat er maar weinig belangstelling voor bestaat.⁸⁴

Om al deze redenen komt vrijwillige verzekering voor ouderenzorg maar heel moeizaam van de grond en is het onwaarschijnlijk dat dit toereikende oplossingen biedt voor een bestendige financiering van de langdurige zorg voor ouderen.

4.4 Vrijwillige verzekering met publieke ondersteuning

Om sommige van de hierboven genoemde knelpunten weg te nemen,

zou een vrijwillige verzekering door overheidsmaatregelen aantrekkelijker kunnen worden gemaakt. Er zijn verschillende manieren waarop de overheid de vraag naar vrijwillige ouderenzorgverzekering kan stimuleren.⁸⁵ Subsidies kunnen de hoge kosten van vrijwillige verzekeringen vermindern. Eisen aan de bevolking om op jonge leeftijd een ouderenzorgverzekering te sluiten, kunnen averechtse selectie en andere informatieproblemen tegengaan en de betaalbaarheid van de verzekering verbeteren. Ook valt te denken aan belastingvrijstelling van premies, zoals die in Nederland ook voor de aanvullende pensioenen bestaat.⁸⁶ De publieke sector kan ook de kosten van een vrijwillige verzekering belangrijk verminderen door een deel van het risico (bijvoorbeeld de zeer kostbare, intensieve zorg, zoals verpleeghuiszorg) op zich te nemen.

Een andere manier om de vraag naar vrijwillige verzekering te bevorderen is deelnemers de mogelijkheid te bieden om af te zien van publieke ouderenzorg (opting out) in ruil voor een subsidie op vrijwillige verzekering.⁸⁷ Dergelijke 'partnership' polissen zijn geïntroduceerd in sommige staten in de VS en enkele jaren geleden ook voorgesteld door de Conservatieve partij in het Verenigd Koninkrijk. Degenen die zich vrijwillig voor een bepaalde minimumzorg verzekeren, zouden dan financiële voordelen genieten als zij een beroep zouden moeten doen op de publieke zorg (waarvoor in de VS en het VK inkomens- en vermogens- toetsen gelden). De 'partnership' polissen zijn echter geen groot succes geworden. Als reden wordt (in de VS) genoemd, dat verzekerden toch het gevoel hebben dat zij afhankelijk zijn van Medicaid, ook al is het als laatste toevlucht.⁸⁸

De publieke sector kan ook interveniëren door een verplichtstelling van de verzekering voor lange termijn ouderenzorg. Dit lijkt op de verplichte deelname aan aanvullende pensioenen, zoals die in ons land bestaat. Verplichtstelling voor iedereen in combinatie met een acceptatieplicht voor verzekeraars zou problemen van averechtse selectie en uitsluiting van verzekerden met hoge risico's voorkomen. Bij een verplichtstelling ontstaat echter weer het probleem van de betaalbaarheid voor mensen met lage inkomens. Voor degenen die zich geen verzekering zouden kunnen permitteren, zou, net als in het nieuwe ziektekostenverzekeringssysteem, een zorgtoeslag moeten worden geïntroduceerd. De vraag is dan of een vrijwillig verzekeringssysteem op basis van kapitaaldekking met een belangrijke, blijvende rol van de publieke sector, nog voordelen biedt boven een publieke verzekering voor oudedagszorg.⁸⁹

Een interessante optie is het aanbrenge van een koppeling tussen pensioenverzekeringen en zorgverzekeringen. De levensverzekering (pensioen) wordt daarbij aan een schadeverzekering (zorg) gekoppeld. Deze koppeling is vanuit een oogpunt van risicospreiding aantrekkelijk omdat

de risico's van lang leven en slechte gezondheid negatief gecorreleerd zijn. Bovendien kunnen binnen pensioenfondsen (of door een verzekeringsplicht) mensen al op relatief jonge leeftijd gedwongen worden een ouderenzorgverzekering af te sluiten. Dit is van belang omdat ze dan nog weinig informatie hebben over hun levensverwachting en mogelijke ziekten, waardoor selectie- en acceptatieproblemen worden verminderd. Zoals in hoofdstuk 2 is uiteengezet, hebben steeds meer ouderen een aanzienlijk aanvullend pensioen opgebouwd. Voor velen kan het aantrekkelijk zijn een deel van hun inkomenszekerheid in te ruilen voor gegarandeerde zorg op hogere leeftijd. De combinatie met de pensioenvoorziening creëert daarvoor mogelijkheden.

4.5 Publieke financiering

De belangrijkste reden voor publieke financiering van de ouderenzorg is dat verzekeren op zich efficiënt is, maar dat diverse vormen van marktfalen het tot stand komen van een markt voor vrijwillige (private) verzekering bemoeilijken. Daarnaast spelen rechtvaardigheidsoverwegingen een rol. Een publieke voorziening kan uiteenlopen van een basisvoorziening voor mensen met onvoldoende eigen inkomen of vermogen (vangnet) tot een voor iedereen toegankelijke voorziening zonder inkomens- of vermogenstoets. De voorziening kan worden gefinancierd uit belastingmiddelen of door middel van een sociale verzekering, eventueel aanvullend met eigen bijdragen.

Een publieke basisvoorziening richt zich op ouderen, die intensieve zorg nodig hebben en weinig eigen middelen hebben of geen eigen middelen zouden overhouden als zij de zorg volledig zelf zouden moeten bekostigen. Dit wordt bereikt door een beoordeling van de behoefte aan zorg en een beoordeling van de inkomens- en vermogenspositie. Bij dat laatste kan het bezit van een eigen woning worden meegerekend, zoals tot voor een aantal jaren in het Verenigd Koninkrijk het geval was, of worden uitgezonderd, zoals in de VS en diverse Europese landen.

Een stelsel met inkomens- en vermogenstoetsen werkt het best wanneer er grote inkomensverschillen bestaan: de zorg kan dan gericht worden op een beperkte groep armen.⁹⁰ Iedereen draagt bij aan de financiering, maar alleen de armsten profiteren en dragen zelf weinig bij vanwege hun lage inkomens. Wie een hoger inkomen heeft, moet zijn eigen zorg bekostigen. De aanwezigheid van een inkomens- en vermogenstoets heeft implicaties voor de prikkels om te sparen en vermogen weg te schenken over de levensloop. Er is een negatieve prikkel om meer te sparen dan het bedrag dat is vrijgesteld van de vermogenstoets en er is een positieve prikkel om vermogen weg te schenken aan kinderen of anderen om in aanmerking te komen voor de

publieke voorziening. De middelentest werkt ook uit als een 'straf' voor mantelzorgers. Ouderen die niet aan de inkomens- en vermogens-eisen voor publieke zorg voldoen, maar wel dure zorg nodig hebben, zien hun vermogen daaraan opgaan. Er blijft vrijwel niets over als beloning (of mogelijke erfenis) voor mantelzorgers.

Een universeel stelsel poolt het risico van de ouderenzorg over de hele bevolking. Een universeel stelsel ligt meer voor de hand als de inkomensverdeling gelijkmatiger is. Iedereen betaalt mee, naar rato van zijn inkomen. Dit impliceert een herverdeling van inkomen van rijk naar arm. Mensen die geen gebruik maken van de zorg hebben de verzekering dat de zorg er ook voor hen is, mochten zij die nodig hebben. Een universeel systeem spaart mantelzorgers, omdat het een eventuele erfenis ongemoeid laat.

Diverse landen kennen wel universele zorg, maar dan alleen voor bepaalde typen zorg (bijvoorbeeld Frankrijk). Dit veroorzaakt perverse prikkels in het grensgebied tussen de voor iedereen toegankelijke en de aan de inkomensstoets onderworpen zorg.

Een universeel publiek stelsel van ouderenzorg kan ook als een sociale verzekering worden ingericht. Sociale verzekering verschilt van publieke financiering via belastingen, doordat de ingezamelde premiegelden een geormerkte bestemming hebben. Dat suggereert dat de middelen voor ouderenzorg zijn veiliggesteld en niet concurreren met andere publieke voorzieningen. Maar omdat middelen altijd schaars zijn, wordt de noodzaak om afwegingen te maken daarmee niet omzeild. Ook behoren de verplichtingen van een publiek opgelegde sociale verzekering tot de verplichtingen van de publieke sector. Qua economische effecten is het verschil tussen een uit belastingmiddelen gefinancierde ouderenzorg en een verplichte sociale verzekering beperkt.⁹¹ Vanuit politieke overwegingen kan het oormerken van publieke middelen wel zinvol zijn.

Een mogelijk argument om een sociale verzekering te prefereren boven een publieke voorziening is dat een sociale verzekering eventueel kan worden gefinancierd op basis van kapitaaldekking.⁹² Daarmee wordt de intergenerationele herverdeling beperkt.⁹³ Elke generatie kan dan de vruchten plukken van de middelen die zij zelf heeft opgebracht in plaats van te teren op de middelen van toekomstige generaties ouderen. Het is mogelijk dat het publiek meer vertrouwen heeft in een stelsel van ouderenzorg, waarin ieders bijdragen beter zijn te identificeren. Dit biedt echter geen absolute garantie voor een hoger dekkingsniveau. Bovendien vereist het dat één generatie tweemaal betaalt. Of een op kapitaaldekking gefinancierd stelsel van ouderenzorg voordelen biedt boven een omslagstelsel hangt ook af van de vraag wat onder bepaalde condities bevorderlijker is voor de toekomstige economische groei (de zogenaamde Aaron conditie).

Box 4.2 Intergenerationele solidariteit⁹⁴

Volgens sommige auteurs zijn overdrachten tussen generaties een gevolg van het bestaan van een sociaal contract. De gedachte daarbij is dat elke generatie bereid is overdrachten aan ouderen te doen (bijvoorbeeld AOW-premie), in de verwachting zelf ook op dergelijke overdrachten te kunnen rekenen wanneer zij oud is. Zowel ouderen als jongeren hebben belang bij naleving van het sociale contract. Ouderen zullen immers geen overdrachten ontvangen van jongeren als zij zich niet aan de afspraken houden. Jongeren zullen het contract ook naleven omdat zij op hun beurt gestraft kunnen worden door hun nakomelingen. Het sociale contract is stabiel zolang de voordelen ervan groter zijn dan de transactiekosten van het opstellen van een nieuw contract. Er komt dan volgens Kotlikoff een evenwicht tot stand waarbij het sociale contract van generatie op generatie in ongewijzigde vorm wordt overgedragen.⁹⁵ Belangrijk voor de instandhouding van het sociale contract is dat toekomstig beleid een zoveel mogelijk bindend karakter heeft. Dit bindende karakter kan gebaseerd zijn op reputatie. Wanneer men van eerdere afspraken afwijkt, wordt de reputatie aangetast en zal dat nadelig zijn bij toekomstige onderhandelingen.

Het publieke vangnet voor enerzijds onverzekerbare en anderzijds minimum gegarandeerde zorg kan men beschouwen als onderdeel van het (impliciete) sociale contract tussen generaties. Elke generatie betaalt mee aan de zorg voor kwetsbare ouderen en mag er op rekenen dat voor haar te zijner tijd vergelijkbare zorg beschikbaar zal zijn. Echter bij vergrijzing kan het contract onder druk komen te staan, omdat het rendement van de in het contract opgenomen afspraken voor de jongere generatie afneemt. De rendementswinst van een aanpassing kan dan de transactiekosten van het afsluiten van een nieuw contract te boven gaan. De betreffende generatie opteert voor een nieuw sociaal contract.

Om de intergenerationele solidariteit niet te overbelasten, is het, zeker in een tijd van vergrijzing, essentieel dat de publieke voorziening geen 'luke' karakter heeft, maar zoveel mogelijk 'noodzakelijke' zorg omvat. Bovendien moet de voorziening een universeel karakter hebben: iedereen betaalt mee en ook iedereen profiteert er te gelegener tijd van. Dat de voorziening voor de gemiddelde (welvarende) oudere misschien karig zal zijn, hoeft het contract niet te ondermijnen. Wie meer wil, kan daarvoor zelf sparen of zich bijverzekeren.

4.6 Gemengde financiering

Versillende landen kennen mengvormen van publieke en private financiering.⁹⁶ Daarbij wordt bijvoorbeeld kortstondige zorg geheel

publiek gefinancierd en geldt er voor langdurige verzorging of verpleging een middelentoets. Dit is bijvoorbeeld het geval in Frankrijk. Ook is het mogelijk, dat juist langdurig verblijf in een verzorgings- of verpleeghuis publiek wordt gefinancierd. Dit heeft als voordeel, dat de risico's van een vrijwillige of private verzekering worden beperkt, waardoor een dergelijke markt beter tot ontwikkeling kan komen. Het ontziet ook de erfgenamen van degenen die lange termijn zorg nodig hebben.

De meeste landen kennen een gemengde financiering waarbij de voorziening publiek wordt aangeboden, maar gebruikers eigen bijdragen betalen. Voor instellingszorg worden overal eigen bijdragen gevraagd, al verschilt de hoogte daarvan sterk per land. Enkele landen hanteren ook inkomens- en vermogenstoetsen bij de beoordeling van het recht op zorg. Voorbeelden hiervan zijn Frankrijk, Japan, de Verenigde Staten en Engeland. Die toetsen worden met name toegepast bij de beoordeling van het recht op opname in een instelling. Tabel 4.1 geeft voor een reeks landen aan in hoeverre zij gebruik maken van verschillende instrumenten om de toegang tot zorg te reguleren en gebruikers mee te laten dragen in de kosten.

Tabel 4.1 Gebruik van instrumenten om het beroep op langdurige zorg te reguleren

	Thuiszorg verpleging			thuiszorg verzorging/huish.			Instellingszorg		
	univers. toegang	ink./verm. toets	eigen bijdrage	univers. toegang	ink./verm. toets	eigen bijdrage	univers. toegang	ink./verm. toets	eigen bijdrage
Australië	+	-	+	+	-	+	+	-	+
Oostenrijk	+	-	-	+	-	-	+	-	+
Canada	+	-	-	+	-	+	+	-	+
Denemarken	+	-	-	+	-	-	+	-	+
Frankrijk	+	-	-	-	+	+	-	+	+
Duitsland	+	-	-	+	-	-	+	-	+
Israël	+	-	-	-	+	+	-	+	+
Japan	+	-	-	+	-	+	+	-	+
Nederland	+	-	+	+	-	+	+	-	+
Nieuw Zeeland	+	-	-	+	-	+	-	+	+
Zweden	+	-	+	+	-	+	+	-	+
Groot-Brittannië	+	-	-	-	+	+	-	+	+
Verenigde Staten	+	-	-	-	+	+	-	+	+

Bron: Gebaseerd op Gibson et al., 2002, p. 15-16.

Eigen bijdragen helpen om de vraag naar zorg af te remmen. Omdat de markt voor langdurige zorg gekenmerkt wordt door moreel risico zijn eigen bijdragen noodzakelijk voor een doelmatige inrichting van het stelsel. Zoals tabel 4.1 laat zien, brengen vrijwel alle landen eigen bijdragen in rekening, al verschilt de hoogte sterk van land tot land.

4.7 Conclusies

Omdat de behoefte aan ouderenzorg vooraf moeilijk in te schatten is en de kosten zeer hoog kunnen zijn wanneer daadwerkelijk een beroep op

zorg moet worden gedaan, is het op individueel niveau niet mogelijk besparingen en financieringsbehoeften goed op elkaar af te stemmen. Het opzij zetten van grote sommen geld om zich tegen het eventuele risico van kostbare ouderenzorg in te dekken leidt al snel tot ongewenst hoge besparingen voor veel ouderen die misschien helemaal geen zorg nodig hebben. Is er wel intensieve zorg nodig, dan schiet het spaargeld al snel te kort.

Vrijwillige verzekering biedt in beginsel een uitweg om zich tegen hoge kosten van langdurige ouderenzorg in te dekken, maar vrijwillige verzekering voor langdurige zorg is problematisch vanwege averechtse selectie, *moral hazard* en demografische onzekerheid. Door deze vormen van marktfalen komt een markt voor vrijwillige verzekeringen tegen de risico's van langdurige verzorging moeilijk van de grond, ook in landen waar de publieke voorzieningen voor ouderenzorg schraal zijn. En als er wel verzekeringen worden aangeboden, zijn de polisvoorwaarden voor de meeste verzekerden heel onaantrekkelijk.

Vrijwel alle landen kennen publieke voorzieningen voor ouderenzorg. In de meeste gevallen gaat het om universele voorzieningen waar elke oudere die zorg nodig heeft een beroep op kan doen. Angelsaksische landen daarentegen kennen voornamelijk vangnetvoorzieningen voor ouderen die niet over voldoende eigen middelen beschikken om zelf ouderenzorg te regelen. Publieke verzekeringen kunnen de problemen van averechtse selectie tegengaan, maar bieden geen oplossing voor *moral hazard*. Dit heeft tot gevolg dat er altijd een ingebouwde spanning is tussen doelmatigheid en toegankelijkheid/betaalbaarheid van de voorziening.

Ook wanneer de nadruk wordt gelegd op vrijwillige financiering van ouderenzorg zijn publieke waarborgen noodzakelijk en doelmatig als vangnet voor risico's die op de markt niet kunnen worden verzekerd (risicosolidariteit) en vangnet voor inkomensgroepen die niet over eigen middelen beschikken om de zorg te bekostigen (inkomenssolidariteit). Het opvangen van de grootste risico's in een publieke verzekering vergroot de kans dat een private verzekeringsmarkt van de grond komt voor beter calculeerbare risico's.

Een mogelijke oplossing voor marktimperfecties die verhinderen dat mensen zich op vrijwillige basis voldoende verzekeren voor de risico's van de oude dag, kan worden gevonden in een koppeling van zorgverzekeringen en pensioenverzekeringen. Daardoor worden leven- en schaderisico's gespreid. Door deelnemers aan een pensioenverzekering al op jonge leeftijd te verplichten zich te verzekeren voor de schaderisico's van de oude dag, worden selectie- en acceptatieproblemen voor de ouderenzorgverzekering voorkomen.

Publieke voorzieningen voor langdurige ouderenzorg kunnen worden gefinancierd uit belastingen of uit sociale premies (verzekeringstelsel). De economische verschillen tussen beide zijn beperkt. Financiering van de publieke voorziening voor ouderenzorg op basis van kapitaaldekking in plaats van omslagstelsel kan er toe bijdragen, dat er een duidelijker relatie ontstaat tussen wat elke generatie aan premies betaalt en aan zorg consumeert. Dat vermindert intergenerationele spanningen. Het overschakelen van een omslagstelsel naar een op kapitaaldekking gebaseerd stelsel van ouderenzorg impliceert wel dat één generatie tweemaal moet betalen.

In elk stelsel van langdurige ouderenzorg zal mantelzorg een sleutelrol blijven vervullen. De inschakeling van mantelzorgers is niet kosteloos, ook al is er geen sprake van financiële vergoedingen. Mantelzorg vermindert de inzetbaarheid van mantelzorgers op de formele arbeidsmarkt en gaat daarom gepaard met *opportunity costs*. Voor een zuivere afweging van financieringsalternatieven voor ouderenzorg moeten deze *opportunity costs* in de beoordeling worden betrokken.

5 Organisatie van langdurige ouderenzorg

In het vorige hoofdstuk stond de vraag centraal, wat de meest doelmatige financieringsvorm van de langdurige ouderenzorg is. In dit hoofdstuk gaat het om de vraag, wie de zorg het meest doelmatig kan leveren, zodat toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid worden gewaarborgd.

5.1 Ouderenzorg als lappendeken

Een belangrijk doel van het kabinetsbeleid voor ouderen is dat ouderen zoveel mogelijk en zo lang mogelijk zelfstandig kunnen functioneren.⁹⁷ Steeds meer ouderen blijven zelfstandig wonen en ontvangen zorg buiten de muren van een instelling. Voor hen is 'de zorg' niet langer een bepaald gebouw of instituut, maar een netwerk van aanbieders. Daaronder vallen artsen, verpleegkundigen, fysiotherapeuten, verzorgsters, alfahulpverleners, maatschappelijk werkers en mantelzorgers. Sommige zorgverleners richten zich op de medische zorg, andere op persoonlijke en huishoudelijke verzorging, weer andere op specifieke zaken als dieet of fysiotherapie. Sommigen verlenen vooral mentale steun, anderen helpen de oudere om een uitstapje buiten de deur te maken, weer anderen bemiddelen bij het oplossen van financiële, organisatorische of eenvoudige praktische problemen. Deze maatschappelijke ontwikkeling naar een gedifferentieerde en gevarieerde zorg heeft gevolgen voor de organisatie van de ouderenzorg.

Een van de problemen is dat er veel verschillende regelingen zijn die op verschillende niveaus de zelfstandigheid van de burger proberen te bevorderen. Omdat verschillende overheden en instanties telkens maar over een beperkt deel van de ondersteuning gaan, verdwijnt de onderlinge samenhang uit het zicht. Er is geen 'sluitende keten' van zorg en hulp, zoals mensen die nodig hebben. Omdat burgers steeds hetzelfde moeten vertellen tegen telkens weer andere instanties, krijgen zij het gevoel dat er niet goed naar hun problemen en wensen wordt geluisterd.⁹⁸

Ook voor zorgverleners die het beste met hun cliënten voor hebben, is de situatie frustrerend. Zij lopen vast op interne organisatieproblemen en bureaucratie. Financiële schotten verhinderen, dat voor de hand liggende oplossingen voor problemen van ouderen worden aangeboden. De vergaande verkaveling van bevoegdheden leidt tot hiaten in het zorgaanbod, wanneer een specifieke zorgvraag niet precies in het standaard aanbod past. Meer samenhang in het aanbod van voorzieningen is geboden.

5.2 Informatieproblemen

In de ouderenzorg hangt de beslissing welke zorg een cliënt nodig heeft, af van een groot aantal factoren: de lichamelijke gezondheidstoestand van de cliënt, zijn geestelijke conditie, de woonsituatie, specifieke behoeften, de beschikbaarheid van mantelzorg, de mogelijkheden die de cliënt zelf nog heeft enzovoort. De benodigde informatie is deels subjectief, vaak moeilijk verifieerbaar en niet in een gestandaardiseerd formulier te vangen. De zorgvrager moet één of zelfs meermalen worden bezocht om een goed beeld van de zorgbehoefte te verkrijgen. Bovendien zijn regelmatig herindicaties nodig omdat de omstandigheden kunnen veranderen, waardoor ook de zorgvraag verandert.

Volgens de economische organisatie-theorie wordt het optimale beslissingsniveau in organisaties bepaald door de verdeling van informatie.⁹⁹ Wanneer de informatie, waarop beslissingen moeten worden gebaseerd, vooral op een lager (decentraal) niveau beschikbaar is, verdient het aanbeveling daar ook de bevoegdheden neer te leggen. Dit suggereert, dat de beslissing over de organisatie en toekenning van zorg op een zo decentraal mogelijk niveau, vlak bij de cliënt, moet worden genomen. Een platte organisatiestructuur dus, met veel bevoegdheden voor uitvoerenden. Wanneer informatiestromen vooral hoger in de hiërarchie samenkomen en uitvoeringsbeslissingen kunnen worden gestandaardiseerd, is het doelmatiger voor een hiërarchische structuur te kiezen met weinig autonomie op het uitvoerende niveau.

Een voorbeeld kan dat verduidelijken. Voor de beslissing of iemand voor een werkloosheidsuitkering in aanmerking komt, gelden heldere, toetsbare criteria, zoals het arbeidsverleden, de reden van ontslag, het aantal gewerkte uren, inschrijving bij het CWI enz. In de WW is het dan ook niet nodig, dat gemeenten of CWI's over discretionaire bevoegdheden beschikken om het recht op uitkering of de uitkeringshoogte vast te stellen. Dat kan centraal door het UWV gebeuren, op basis van landelijke richtlijnen. In de bijstand daarentegen, zijn iemands persoonlijke omstandigheden van belang voor de vraag of een uitkering gerechtvaardigd is. Onderzocht moet worden of er persoonlijke belemmeringen zijn om een baan te accepteren, zoals gezondheidsproblemen, verslaving, taalproblemen of de zorg voor kinderen onder vijf jaar. Ook moet worden onderzocht of er een verdienende partner is. Dit vereist specifieke informatie op decentraal niveau. De beslissing over de bijstandsuitkering vindt dan ook op het lagere (gemeentelijke) niveau plaats en wordt niet door een landelijke bijstandsorganisatie genomen.

Dezelfde argumenten waarom het doelmatiger is de bijstand op decentraal niveau in plaats van centraal niveau uit te voeren, gelden ook voor de langdurige ouderenzorg. Ook hier gaat het om het bieden van maat-

werk en moet rekening worden gehouden met persoonlijke behoeften en omstandigheden die moeilijk objectiveerbaar zijn. De behoefte aan zorg kan het best worden beoordeeld door personen die dicht bij de cliënt staan en diens behoeften en persoonlijke omstandigheden goed kennen.

In de meeste landen zijn voorzieningen voor lange termijn zorg in hoge mate gedecentraliseerd. Vaak zijn ze ook ontstaan uit lokale initiatieven. Wel wordt het lokale beleid vaak ondersteund met overdrachten van centrale overheden. Maar weinig landen (waaronder Duitsland) kennen sociale verzekeringsprogramma's die de zorg voor ouderen omvatten. In de Scandinavische landen en Oostenrijk is de ouderenzorg nauw verweven met de gezondheidszorg. Recente hervormingen gaan in het algemeen in de richting van decentralisatie van verantwoordelijkheden naar het lokale niveau.¹⁰⁰ De centrale overheid concentreert zich op het uitzetten van de hoofdlijnen en het toelatingsbeleid ten aanzien van zorgaanbieders, terwijl de taak om de werkelijke behoeften aan zorg vast te stellen bij hun inwoners, wordt overgelaten aan lokale autoriteiten. De daadwerkelijke levering van zorg kan geschieden door private (*profit* dan wel *non-profit*) organisaties.

Bij decentraal beleid kunnen gemakkelijker verschillen in zorgaanbod ontstaan. Uit een onderzoek in Frankrijk bleek bijvoorbeeld, dat bij een gelijke mate van lichamelijke beperkingen, het aanbod van hulp tussen regio's met een factor tien kon verschillen.¹⁰¹ Doelmatigheid en rechtvaardigheid (gelijke behandeling) moeten hier tegen elkaar worden afgewogen.

Wanneer beslissingsbevoegdheden op een decentraal niveau worden neergelegd, moeten in beginsel ook de budgettaire verantwoordelijkheden op dat niveau liggen. Dit voorkomt dat de financiële gevolgen van een beslissing op een andere instantie kunnen worden afgewenteld. Dit is een belangrijke reden geweest om na de verantwoordelijkheid voor de uitvoering ook de financiële verantwoordelijkheid voor de bijstand bij gemeenten neer te leggen (Wet Werk en Bijstand).

Box 5.1 Leren van de Wet werk en bijstand

Op 1 januari 2004 is de Wet werk en bijstand in werking getreden. Gemeenten kregen daarmee een budget om bijstandsuitkeringen te financieren én een vrij te besteden budget om uitkeringsgerechtigden te begeleiden naar een baan. Zij kunnen bijstandsuitkeringen niet langer bij het Rijk declareren, zoals het geval was onder de vroegere Algemene Bijstandswet. Gemeente hebben er daardoor financieel belang bij gekregen om zoveel mogelijk mensen aan het werk te helpen en fraude met uitkeringen te bestrijden. Ook hebben gemeenten meer vrijheid gekregen in de uitvoering van hun beleid en is het aantal verplichte rapportages aan het Rijk teruggebracht. Als gemeenten

door een actief beleid geld overhouden, mogen zij het overgebleven geld vrij besteden.

De gedachte achter de nieuwe WWB is dat het begeleiden van bijstandsccliënten naar werk in veel gevallen maatwerk vereist. Er moet rekening worden gehouden met de specifieke mogelijkheden (en beperkingen) van cliënten, die vaak niet eenvoudig bemiddelbaar zijn. Bovendien is kennis van de situatie op de lokale arbeidsmarkt nodig. Die specifieke kennis is op gemeentelijk niveau beter gewaarborgd dan op landelijk niveau.

Een tweede uitgangspunt is, dat het financiële belang van een succesvolle uitvoering van de wet (mensen naar werk begeleiden) rechtstreeks bij de gemeenten is neergelegd. Als gemeenten hierbij weinig succesvol zijn, kost het hen rechtstreeks geld. Als zij nieuwe doeltreffende manieren van arbeidstoeleiding ontwikkelen levert het hen rechtstreeks geld op. Dit is een groot verschil met de situatie onder de oude wet, toen gemeenten nauwelijks financieel belang hadden bij succesvolle reïntegratie van bijstandontvangers naar de arbeidsmarkt en al helemaal niet bij strenge controle op de rechtmatigheid van de uitkering.

Een aantal van de argumenten achter de decentralisatie van de uitvoering van de bijstand speelt ook bij de langdurige ouderenzorg. Ook hier geldt dat maatwerk moet worden geleverd en dat kennis van de persoonlijke en plaatselijke omstandigheden belangrijk is om tot een goede dienstverlening te komen. Ook kan het efficiënt zijn om gemeenten een financieel belang te geven bij een doelmatige organisatie van de zorg, omdat zij daardoor aangespoord zullen worden voortdurend te zoeken naar mogelijkheden tot verbetering. Verder geldt, net als bij de bijstand, dat het gaat om eigen inwoners en kiezers, waardoor gemeenten zich extra verantwoordelijk zullen voelen voor goede dienstverlening.

Daar staat tegenover dat gemeenten geen ervaring hebben met de organisatie van de ouderenzorg. Veel zorginstellingen vrezen een nieuwe gemeentelijke bureaucratie. In Zweden heeft de decentralisatie van de ouderenzorg naar het lokale niveau meer dan vijftien jaar geduurd, hoewel in Zweden een veel sterkere traditie van lokale autonomie bestaat dan in ons land.¹⁰² Het kabinet heeft met de voornemens ten aanzien van de WMO aangegeven dat bevoegdheden richting gemeenten zullen verschuiven, maar vooralsnog grote onduidelijkheid laten bestaan over de praktische invulling en uitvoering daarvan.

Voor een evaluatie van de Wet werk en bijstand is het nog te vroeg, maar de eerste geluiden uit de kring van gemeenten zijn positief.

Ervaringen bij de implementatie van de WWB kunnen belangrijke informatie opleveren over mogelijkheden en knelpunten bij een decentralisatie van de ouderenzorg naar gemeentelijk niveau.

5.3 Coördinatieproblemen

Hiervoor is al beschreven dat een doelmatige ouderenzorg nauwe samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders en onderlinge afstemming tussen verschillende zorgvormen vereist. Care en cure zijn in de praktijk vaak moeilijk van elkaar te scheiden.¹⁰³ Formele en informele zorgverleners moeten met elkaar samenwerken. Woon- en verzorgingsdiensten lopen door elkaar heen. Voor een goede coördinatie is het noodzakelijk dat de langdurige ouderenzorg zoveel mogelijk één regie en één bron van financiering kent.

Vaak is de zorgvraag meervoudig van aard en moeten zorgaanbieders die werken vanuit verschillende disciplines hun taken op elkaar afstemmen. Dat wijst in de richting van multifunctionele ondersteunings- en behandelcentra, niet alleen voor zorgverlening, maar ook voor dagbesteding, recreatie en dienstverlening. De integratie tussen verschillende organisaties en voorzieningen is echter nog een betrekkelijk nieuw verschijnsel in de langdurige zorg. Een gezamenlijke planning van het aanbod en geïntegreerde kwaliteitsbewaking voor bijvoorbeeld verpleeghuizen, thuiszorg, welzijn, woningcorporaties en informele zorg ontbreekt.¹⁰⁴

Betere planning en coördinatie van de zorg – waarbij de oudere en zijn/haar verzorger nauw betrokken wordt – voorkomt dat er dingen dubbel of helemaal niet gebeuren en verbetert de zorgcontinuïteit. Goede communicatie en de nodige handelingsvrijheid bij zorgaanbieders voorkomen dat de gezondheid en thuissituatie van ouderen onnodig verslechteren. Dit bevordert de onafhankelijkheid van ouderen

Box 5.2 Geïntegreerde zorg

Publieke organisaties die zorg verlenen, moeten een gecoördineerde, multidisciplinaire aanpak ondersteunen en mogelijk maken. Dat wijst in de richting van multifunctionele ondersteunings- en behandelcentra, niet alleen voor zorgverlening, maar ook voor dagbesteding, recreatie en dienstverlening. Deze centra moeten hun aanbod gezamenlijk plannen en afstemmen. Geïntegreerde zorg is geen doel op zich, maar een middel om optimale resultaten te bereiken, in dit geval voorzieningen voor ouderen.¹⁰⁵

Dit betekent dat voorzieningen zoveel mogelijk ‘rond de gebruiker’ worden georganiseerd, op basis van diens behoeften en zo mogelijk anticiperend op en ter voorkoming van het ontstaan van een zorgbe-

hoeft. Cliënten, en binnen zekere grenzen ook hun zorgverleners, moeten een bepaalde keuzevrijheid en zeggenschap hebben over de zorg die wordt aangeboden. Voor de cliënten dienen de voorzieningen naadloos in elkaar over te lopen. Idealiter merken ze niets van de grenzen tussen de verschillende voorzieningen en organisaties. Zorgpakketten worden ontworpen en geleverd op basis van samenspraak tussen gebruikers, verzorgers en zorgverleners, die allen worden beschouwd als ‘zorgpartners’. Bij het opstellen van een zorgpakket is een volledige, ter zake kundige inventarisatie van de behoeften van de gebruikers en hun verzorgers de eerste stap. Het behoeft geen betoog dat de realiteit hier vaak nog ver van verwijderd is.

In de beleidssfeer vereist dit opheffing van de schotten tussen financieringsbronnen en tussen wet- en regelgeving. De aanwezigheid van verschillende financieringsbronnen en onafhankelijk van elkaar opererende aanbieders van zorg is een belangrijk risico voor de doelmatigheid. Kosten en verantwoordelijkheden die moeilijk vallen toe te wijzen, worden tussen verschillende financiers heen en weer geschoven. Daarnaast is er het risico, dat indicatieorganen, die de zorgbehoefte moeten beoordelen, niet de volledige kosten van de verschillende opties in aanmerking nemen. Zo kan bijvoorbeeld op bureaucratische gronden besloten worden tot opname in een verzorgingshuis, terwijl thuiszorg kosteneffectiever zou zijn en ook aantrekkelijker voor de zorgontvanger. De verdeling van verantwoordelijkheden en het aanbrengen van de juiste incentives is cruciaal bij de vormgeving van een beleid voor ouderenzorg.

5.4 Publieke of private uitvoering?

Via de Wet Maatschappelijke Ondersteuning wil het kabinet een belangrijk deel van de verantwoordelijkheid voor de langdurige ouderenzorg bij gemeenten neerleggen. Tegelijkertijd wordt het primaat van de uitvoering bij de private sector gelegd. In hun brief aan de Tweede Kamer schrijven minister Hoogervorst en staatssecretaris Ross-van Dorp, dat het kabinet er “groot voorstander van is, dat vooral particuliere organisaties de voorzieningen op het gebied van de maatschappelijke ondersteuning leveren. Het benutten van de aanwezige deskundigheid, kennis en kwaliteiten van partijen in het veld is een belangrijke motor voor goede resultaten.”¹⁰⁶ Het primaat van de particuliere uitvoering wordt wettelijk vastgelegd. Alleen wanneer er geen geschikte particuliere organisaties zijn die de gevraagde voorzieningen kunnen leveren, kan de gemeente zelf als ‘leverancier’ van diensten optreden.

Er is een uitgebreide economische literatuur over de voor- en nadelen van privatisering van overheidstaken.¹⁰⁷ Het in eigen hand houden van overheidstaken biedt de overheid in beginsel maximale mogelijkheden

om te waarborgen dat de samenleving de diensten krijgt waar zij om vraagt (flexibiliteit). Zo kan worden ingespeeld op (steeds veranderende) politieke wensen. Maar daar hangt wel een prijskaartje aan. De centrale aansturing en voortdurende wisselingen van beleid ontmoedigen uitvoerders om te investeren in specifieke kennis en ervaring. Ook worden ze niet geprikkeld om hun unieke, in de praktijk vergaarde kennis in te zetten voor kostenreducties en kwaliteitsverbeteringen, als de voordelen daarvan vervolgens door politieke ingrepen worden afgeroomd en op geen enkele wijze aan de uitvoerders zelf ten goede komen.

Privatisering komt er in feite op neer dat de overheid zich er contractueel op vastlegt dat de opbrengst van specifieke, niet overdraagbare informatie en innovatieve werkwijzen in elk geval voor een deel aan de uitvoerders zelf ten goede komt. Daardoor nemen de kosteneffectiviteit en het innovatief vermogen toe. De mogelijkheden voor politici om het beleid bij te sturen, worden echter minder. Hoe helderder het publieke belang is omschreven en hoe duidelijker de publieke taak is afgebakend, hoe eenvoudiger het is die taak te privatiseren. Wanneer de eisen helder zijn, weten uitvoerders beter waar ze aan toe zijn en kunnen ze ook gemakkelijker ter verantwoording worden geroepen.

Zoals in de voorgaande paragrafen beschreven, gaat de organisatie van langdurige ouderenzorg gepaard met aanzienlijke informatie- en coördinatieproblemen. Dit impliceert dat private aanbieders van zorg belangrijke efficiencyvoordelen kunnen behalen als zij geprikkeld worden die zorg zo doelmatig mogelijk te organiseren. Maar daarvoor is wel noodzakelijk dat de overheid de publieke taken zo helder mogelijk definieert, bijvoorbeeld door duidelijke kwaliteitsnormen te stellen, en zich bindt aan afspraken om niet voortdurend in de markt te interveniëren. Hoe sterker de overheid zich bindt aan nauwkeurig geformuleerde doelen (dus hoe meer politieke vrijheid zij inlevert), hoe meer doelmatigheidswinst zij daarvoor terugkrijgt. Wanneer de publieke belangen niet helder zijn en de risico's moeilijk zijn in te schatten, ligt privatisering minder voor de hand.

Bij privatisering moet er concurrentie tussen aanbieders zijn. Dat prikkelt hen om hun kennis en informatievoorsprong te gebruiken om zo efficiënt mogelijk te produceren. Daarmee kunnen zij immers concurrentievoordeel (overwinst) behalen. Maar als de overheid die overwinst vervolgens afroemt, vervalt de prikkel om efficiënt te produceren. Dat is de reden om zorginstellingen met een 'winstoogmerk' in de zorg toe te laten.¹⁰⁸ Overigens kunnen ook niet-commerciële organisaties, die zich laten leiden door andere doelen dan maximalisatie van de aandeelhouderswaarde, een nuttige rol vervullen in de zorg en andere publieke diensten.¹⁰⁹ Zij kunnen de transparantie vergroten en kwaliteitsstandaards in de markt zetten. Daarmee sporen zij ook commerciële aanbieders aan om publieke belangen te beschermen. Idealiter kunnen commerciële

aanbieders in een gemengde markt de non-profits efficiënt houden, terwijl de non-profits voorkomen dat commerciële aanbieders te weinig kwaliteit bieden.

Wanneer de uitvoering aan private organisaties wordt opgedragen, kan de overheid zich richten op haar kerntaak: het definiëren en beschermen van publieke belangen. Als de overheid stabiele randvoorwaarden oplegt, kunnen private ondernemingen zich oriënteren op het vergroten van de aandeelhouderswaarde van de onderneming. Zo kunnen publieke belangen niet alleen effectiever maar ook efficiënter door private uitvoering worden gewaarborgd.¹¹⁰

5.5 Persoonsgebonden budgetten

Een vergaande vorm om 'marktprikkels' te introduceren in de lange termijn zorg voor ouderen is de toekenning van zorgbudgetten aan ouderen die zorg nodig hebben. Vraagfinanciering komt dan in de plaats van aanbodfinanciering, waardoor burgers over meer keuzevrijheid beschikken. De economische literatuur suggereert dat het bieden van *cash* efficiënter is dan het bieden van *care*. Een persoonlijk budget voor de inkoop van zorg stelt de ontvanger in staat die diensten in te kopen, waaraan hij het meeste behoefte heeft, terwijl zorg die door een derde partij wordt georganiseerd, misschien minder goed aansluit bij de ervaren behoeften.¹¹¹ Rechtstreekse budgetten voor degenen die zorg nodig hebben, zijn in een studie voor de Europese Commissie aangemerkt als een middel om de onafhankelijkheid en zelfstandigheid van zorgvragers, in dit geval ouderen, te bevorderen.¹¹² Zoals in paragraaf 3.2 beschreven kennen diverse landen vormen van zorgbudgetten mét (Nederland, Frankrijk) of zonder restricties (Oostenrijk, Duitsland) ten aanzien van de manier waarop die budgetten moeten worden besteed.

Er is internationaal veel controverse over het beschikbaar stellen van ongebonden budgetten.¹¹³ Voorstanders stellen dat zij de autonomie en keuzevrijheid van ontvangers vergroten, bijdragen tot meer flexibiliteit in de planning van zorg en ouderen in staat stellen die zorg en zorgverleners te contracteren die hen het beste bevallen. Dat draagt bij tot de kwaliteit van leven. Daarnaast kunnen de toegekende budgetten worden gebruikt om mantelzorgers te belonen voor hun inspanningen of te compenseren voor gemiste kansen op de arbeidsmarkt. Ze ondersteunen dus de functie van de mantelzorg. Verder wordt aangenomen dat het beschikbaar stellen van ongebonden budgetten de concurrentie tussen zorgaanbieders aanwakkert, wat hen stimuleert hun kwaliteit te verbeteren. Ongebonden budgetten kunnen lager zijn dan vergoedingen voor diensten in natura. Dit wordt gerechtvaardigd door de aanname dat cliënten diensten inkopen van niet-georganiseerde aanbieders of familieleden en daardoor goedkoper uit zijn.

Tegenstanders brengen daar tegen in, dat ongebonden budgetten het beroep op de voorziening verhogen, waardoor de kosten hoog zijn. Ook vrezen zij dat de kwaliteit van de zorg gebrekkig zal zijn omdat adequaat toezicht ontbreekt. Sommigen vragen zich af of ouderen wel de zorg zullen krijgen die ze nodig hebben, omdat ze moeite hebben goede aanbieders te kiezen of verwanten misbruik kunnen maken van de beschikbare middelen omdat het gebruik van de middelen moeilijk is te reguleren. Verder is onduidelijk in hoeverre ongebonden budgetten de beschikbaarheid en kwaliteit van diensten voor burgers werkelijk vergroten. Daarnaast wordt aangevoerd, dat de gewenste flexibiliteit en keuzevrijheid ook kunnen worden bereikt door verbeteringen in de dienstverlening in natura.

Uit een evaluatie van de persoonsgebonden budgetten in Nederland blijkt, dat pgb's een werkbaar instrument zijn om de positie van de zorgvrager te versterken, zijn keuzevrijheid te vergroten en de doelmatigheid te versterken.¹¹⁴ Daarmee voldoet het pgb aan de doelstelling om te komen tot vraagsturing en zorg op maat. Hoewel de regeling niet volledig 'waterdicht' is, lijkt ongewenst gebruik zich niet vaker dan incidenteel voor te doen. Staatssecretaris Ross-van Dorp wil niet dat het pgb wordt gebruikt voor betaling van mantelzorgers. Zij vreest voor een 'monetarisering' van mantelzorg, die eerst om niet werd verleend. Daarom wil zij dat de beperkingen in de aanwending van het budget, namelijk voor 'verzekerde zorg', ook in de toekomst zullen blijven gelden. Dit beperkt uiteraard de keuzevrijheid van ouderen.

In Denemarken ontvangen zorgvragers geen persoonsgebonden budgetten, maar wordt de keuzevrijheid gegeven doordat mensen die voor zorg in aanmerking komen binnen de grenzen van het redelijke zelf kunnen bepalen voor welke zorgaanbieder zij een voorkeur hebben. Dit impliceert dat de gemeente, die verantwoordelijk is voor het zorgaanbod, keus moet bieden uit meerdere aanbieders. Bovendien dient het aanbod voldoende transparant te zijn, zodat klanten de mogelijkheid hebben aanbieders met elkaar te vergelijken en op basis daarvan een bewuste keuze te maken.

5.6 Indicatiestelling

Een omstreden punt in de organisatie van de langdurige ouderenzorg (en ook bij andere sociale voorzieningen) is de wijze waarop het recht op zorg wordt bepaald. Huisvesting, voeding, persoonlijke verzorging en andere componenten van langdurige zorg zijn waardevol voor bijna alle ouderen, niet alleen voor degenen die aan speciale (ouderdoms)ziekten lijden en/of ernstige beperkingen ondervinden. Om de 'werkelijke' vraag naar zorg te achterhalen, is een beoordelingsprocedure nodig. Terwijl er

voor medische problemen in het algemeen laboratoriumtests en andere onderzoeksmethoden bestaan om de behoefte aan zorg vrij nauwkeurig vast te stellen, ontbreken dergelijke methoden voor de langdurige ouderenzorg. Omdat veel van de noodzakelijke informatie moeilijk verifieerbaar is en bovendien rechtstreeks afhankelijk van belanghebbenden, ligt *moral hazard* op de loer.

Om die gevaren te ondervangen, wordt vaak gesteld dat de keuring 'objectief' moet zijn en dat financiële motieven geen rol mogen spelen. Dat is echter een illusie. Het gaat om een herverdeling van middelen, waarbij altijd financiële belangen in het geding zijn, zowel van de verzekeraar (de overheid of private zorgverzekeraar) als de verzekerde (hulpbehoevende oudere). De cruciale vraag is hoe kan worden gewaarborgd, dat de balans niet naar één kant doorslaat. Door de keuring in overheidshanden te houden heeft de overheid meer mogelijkheden om ongewenste effecten via aanvullende aanwijzingen aan de keuringsinstantie bij te sturen. Daar staat echter tegenover dat de keuringsinstantie minder wordt geprikkeld tot een doelmatige uitvoering en weinig belang heeft om specifieke, niet-verifieerbare informatie te verzamelen en in de procedure te betrekken teneinde tot een zuiverder oordeel te komen.

Dit dilemma speelt een belangrijke rol in de discussie over de Regionale Indicatie Organen (RIO's), die de indicatiestelling voor de zorgbehoefte in het kader van de AWBZ uitvoeren. Een bezwaar van deze RIO's was, dat zij volgens steeds gedetailleerdere, landelijke richtlijnen moesten werken, maar nauwelijks of geen financiële prikkels ondervonden om de indicatiestelling te richten op een doelmatige verlening van de zorg.¹¹⁵ Inmiddels is besloten om de indicatiestelling verder te centraliseren door de oprichting van een nieuw centraal indicatieorgaan. Het probleem van de niet-verifieerbare informatie die alleen op decentraal niveau beschikbaar is, wordt daarmee echter niet opgelost.

5.7 Transparantie en verantwoording

In paragraaf 5.4 is betoogd dat de markt voor langdurige ouderenzorg beter functioneert als de overheid helderheid verschaft over de publieke belangen en marktpartijen inschakelt om de benodigde zorg zo doelmatig mogelijk te leveren. Concurrentie en het reputatiemechanisme zorgen er dan voor, dat aanbieders hun specifieke kennis aanwenden om tot efficiency- en kwaliteitsverbetering te komen. Als de overheid ontevreden is over de geleverde dienstverlening kan zij overstappen naar een andere aanbieder, die beter belooft. Dit disciplineert marktpartijen en dwingt hen al hun mogelijkheden te benutten om zo goed mogelijk te presteren.

Dit veronderstelt wel, dat inzicht in prestaties mogelijk is, met andere woorden dat de markt transparant is. In een volledig transparante markt hebben alle spelers alle informatie die zij nodig hebben over prijzen en over de kwaliteit van de aangeboden producten en diensten. Maar de markt voor zorg vertoont een aantal karakteristieken die transparantie verminderen.¹¹⁶ In de eerste plaats zijn afnemers van zorg niet altijd in staat om de kwaliteit te beoordelen: het product is ingewikkeld, patiënten hebben er te weinig ervaring mee enz. In de tweede plaats ontdekken afnemers pas na verloop van tijd (na gebruik) wat de kwaliteit van de dienstverlening is. In de derde is zorg maatwerk, waardoor de ervaringen van de ene cliënt niet hoeven te corresponderen met die van een andere cliënt. Het reputatiemechanisme werkt daardoor minder goed. Wanneer de markt faalt om zelf kwaliteitsinformatie boven water te brengen, kan er een rol voor de overheid weggelegd zijn om die kwaliteit voor de consument te bewaken en zichtbaar te maken.

De WHO beveelt aan, dat overheden minimumstandaards voor lange termijn zorg opstellen en de naleving daarvan afdwingen.¹¹⁷ Deze standaards kunnen betrekking hebben op het kwalificatieniveau van zorgverleners, de minimale hoeveelheid personeel per cliënt, de mix van ervaring in de staf, eisen aan werkprocedures en aan de beschikbare zorginfrastructuur. Daarnaast wordt aanbevolen geleverde prestaties systematisch te monitoren en beoordelen. Daarvoor moeten geschikte maatstaven worden ontwikkeld. Van zeven onderzochte landen in de EU zijn alleen in onze directe buurlanden België, Duitsland en Engeland nationale standaarden voor langdurige zorg in de wet vastgelegd.¹¹⁸ Frankrijk is bezig met het formuleren van nationale standaarden. Oostenrijk en Spanje kennen geen nationale standaarden, maar wel standaarden per regio. In Oostenrijk heeft de centrale overheid hiervoor richtlijnen opgesteld; in Spanje verschillen de afzonderlijke standaarden nogal in diepgang. Zweden hanteert geen enkele vorm van standaarden; wel worden in het algemeen kwaliteitseisen opgenomen in contracten tussen de lokale gemeenten en zorgaanbieders.

5.8 Conclusies

Informatie- en coördinatieproblemen spelen een belangrijke rol in de organisatie van de langdurige ouderenzorg. Dit wijst er op, dat het efficiënter is deze zorg op decentraal niveau te organiseren dan centraal aan te sturen. In veel landen is de langdurige ouderenzorg dan ook een verantwoordelijkheid van lokale overheden.

De feitelijke uitvoering van de ouderenzorg kan voor een belangrijk deel worden geprivatiseerd. De overheid kan zich dan concentreren op haar kerntaak: het definiëren en beschermen van publieke belangen.

Privatisering werkt beter naarmate het publieke belang helderder is omschreven en de markt doorzichtiger is. Prestaties met betrekking tot de geleverde zorg moeten beter zichtbaar worden gemaakt. Hiervoor moeten adequate maatstaven worden ontwikkeld.

Privatisering vereist dat er keuze is uit meerdere aanbieders. Dat hoeven niet uitsluitend op winst gerichte organisaties te zijn. Non-profit organisaties kunnen de marktwerking verbeteren door de transparantie van de markt te vergroten en kwaliteitsmaatstaven te ontwikkelen. Daarmee kunnen zij commerciële aanbieders aansporen om rekening te houden met publieke belangen.

Persoonsgebonden budgetten voor ouderen die zorg nodig hebben, vergroten de keuzevrijheid en bevorderen de doelmatigheid. Verruiming van de aanwendingsmogelijkheden van pgb's voor de financiering van mantelzorg (zoals in Oostenrijk) verdient overweging. Wanneer financiële tegemoetkomingen noodzakelijk blijken om het aanbod van mantelzorg op peil te houden, kan dat beter via de vraagkant (de ouderen) gebeuren dan via de aanbodkant (bijvoorbeeld betaald verlof).

De beoordeling van het recht op zorg kan voor een deel worden overgelaten aan professionals die de zorg verlenen. De risico's van beoordelingsfouten op decentraal niveau wegen niet op tegen de kosten van bureaucratiesering en afschuifgedrag die verbonden zijn aan gedetailleerde indicatiestelling op centraal niveau.

6 Knelpunten in de langdurige ouderenzorg

In de voorgaande hoofdstukken zijn verschillende problemen in de financiering en organisatie van de langdurige ouderenzorg ter sprake gekomen. Hier worden die problemen nog eens samengevat en wordt duidelijk gemaakt, dat betere resultaten in het éne vlak (bijvoorbeeld toegankelijkheid van de zorg) al snel ten koste gaan van resultaten op een ander vlak (bijvoorbeeld betaalbaarheid).

6.1 Toegankelijkheid en betaalbaarheid: de spaarval

Ouderenzorg moet er zijn voor iedereen die dat nodig heeft. Dit uitgangspunt wordt door alle OECD-landen onderschreven. Een probleem van laagdrempelige ouderenzorg is echter dat het beroep op zorg snel toeneemt, omdat de voorzieningen aantrekkelijk zijn, ook voor ouderen die deze minder hard nodig hebben. Bovendien verdwijnt voor huishoudens de prikkel om zelf te sparen of verzekeringen af te sluiten voor de financiering van hun zorgbehoeften. Maximale toegankelijkheid leidt er, met andere woorden, toe, dat huishoudens terecht komen in een 'spaarval'. Hoe beter de toegankelijkheid en betaalbaarheid van langdurige ouderenzorg door de overheid worden geregeld, hoe geringer de neiging om zelf financiële voorzieningen te treffen voor verzorging op de oude dag.

Zeker met een verdere vergrijzing van de bevolking in het verschiet, zijn veel overheden zich zorgen gaan maken over de snelle stijging van de kosten en de financiële houdbaarheid van hun zorgarrangementen op lange termijn.

Er zijn verschillende manieren waarop landen de kosten proberen te beheersen. Eén manier is het fixeren van budgetten of instellen van uitgavenplafonds, zoals ook in Nederland gangbaar is. Een uitgavenplafond is een effectief instrument om zorguitgaven te beheersen, maar het is ook een bot instrument. Er ontstaan wachtlijsten en de universele toegankelijkheid is niet meer gegarandeerd, ook niet voor mensen die dringend hulp nodig hebben.

Omdat de meeste landen niet willen tornen aan de universele toegankelijkheid van voorzieningen, zoeken zij naar andere manieren om het beroep te beperken en de kosten te beheersen. Het meest gebruikelijk zijn strenge eisen aan de toegang tot voorzieningen. Zo gelden in Duitsland en Oostenrijk drempels in de vorm van een minimale zorgbehoefte van 10,5 uur per week resp. 50 uur per maand gedurende een periode van tenminste zes maanden.¹¹⁹ Andere landen stellen eisen aan de ernst van de beperkingen voordat cliënten voor hulp in aanmerking

komen of zij stellen maxima aan de toegewezen zorg. Het niveau van dienstverlening neemt daardoor af.

Enkele landen hanteren ook inkomens- en vermogenstoetsen bij de beoordeling van het recht op zorg. Tabel 4.1 gaf daarvan een overzicht. Van inkomens- en vermogenstoetsen gaan echter ook tegendraadse prikkels uit. Mensen die gespaard hebben voor hun oude dag, worden financieel gestraft als hun de toegang tot voorzieningen wordt onttrokken omdat zij over eigen middelen beschikken. Ouderen met hoge zorgkosten in het vooruitzicht hebben een *incentive* om het vermogen dat zij in de loop van hun leven hebben opgebouwd, in snel tempo op te maken of aan hun kinderen weg te schenken. Om deze averechtse effecten te vermijden, oordelen de meeste landen dat lange termijn ouderenzorg universeel beschikbaar moet zijn voor iedereen die deze zorg nodig heeft, ongeacht diens inkomen of vermogen. Maar dat brengt uiteraard hogere kosten met zich.

6.2 De kwaliteitsval

Net zoals laagdrempelige toegankelijkheid van ouderenzorg de prikkel voor huishoudens kan verminderen om zelf voorzieningen te treffen voor hun oude dag, zo kan ook hoge kwaliteit van de publieke voorziening dat effect hebben. Als de overheid kwalitatief hoogwaardige oudedagszorg garandeert voor iedereen die dat nodig heeft, is er weinig reden om extra te sparen of zich extra (aanvullend) te verzekeren voor dergelijke zorg. De kwaliteitswinst die daarmee kan worden bereikt is immers beperkt. Om huishoudens aan te moedigen ook zelf in de kwaliteit van hun zorg te investeren, moet het publieke aanbod schraler zijn dan de zorg die het gemiddelde huishouden kan verkrijgen als het daarvoor eigen middelen inzet.

Hier ligt een uitermate gevoelig dilemma. Geen enkele samenleving wil dat de kwaliteit van de zorg voor haar ouderen achterblijft bij standards die in het dagelijks leven als 'normaal' of liever nog als 'goed' worden beschouwd. Maar als goede zorg is gewaarborgd, waarom zou je dan nog sparen of je bijverzekeren om 'extra goede' zorg te genieten. Zoals in hoofdstuk 4 is besproken, kent de vraag naar zorg een hoge prijselasticiteit. Het gevolg is dat er een duidelijk verband moet zijn tussen de prijs die een huishouden voor zorg betaalt en de hoeveelheid en kwaliteit die het ontvangt. Iedereen dezelfde zorg verlenen ongeacht de eigen bijdrage, klinkt solidair en sympathiek, maar is ondoelmatig omdat het geen gebruik maakt van de *willingness to pay* voor kwalitatief hoogwaardige zorg. Tegelijkertijd mag de kwaliteit van de zorg ook niet onder een niveau belanden, dat maatschappelijk als betamelijk wordt beschouwd.

Een uitweg uit het dilemma is, dat overheden minimumnormen opstellen waaraan de ouderenzorg moet voldoen, maar tegelijkertijd de bevolking duidelijk maken dat de gegarandeerde kwaliteit schraal zal zijn. Mensen die hogere kwaliteitseisen stellen, zullen zich zelf daarvoor moeten bijverzekeren. Het onvermijdelijke gevolg is wel, dat er kwaliteitsverschillen in de ouderenzorg ontstaan tussen mensen die zich meer en minder zorg kunnen permitteren c.q. die daar meer of minder geld voor overhebben.

Wanneer die maatschappelijke verschillen in de kwantiteit en kwaliteit van de zorg niet worden geaccepteerd, wordt er weinig gespaard en verzekerd voor de oude dag en loopt de publieke rekening snel op. Op termijn kunnen budgettaire problemen er dan toe dwingen de kwantiteit en kwaliteit van de zorg voor iedereen ter discussie te stellen.

De keuze die een samenleving maakt ten aanzien van de minimumkwaliteit van de zorg voor haar ouderen is uiteraard een politieke keuze. Zoals in hoofdstuk 2 is beschreven, zijn er grote verschillen tussen landen in de uitgaven aan ouderenzorg, die niet zijn toe te schrijven aan demografische verschillen.

6.3 Het falen van de verzekeringsmarkt

Als de overheid voor elke oudere die behoeftig wordt, gemakkelijk toegankelijke en kwalitatief hoogwaardige voorzieningen beschikbaar stelt, zal de collectieve rekening snel oplopen. Ouderen zouden misschien wel bereid zijn zelf de financiële verantwoordelijkheid voor hun oude dag op zich te nemen, maar de noodzaak daartoe ontbreekt, omdat de zorg al publiek is geregeld. Zeker omdat de ouderen van de toekomst gemiddeld aanzienlijk welvarender zullen zijn dan de ouderen van nu (hoofdstuk 2), is het niet onredelijk hen een groter deel van de rekening zelf te laten betalen. Ook moet rekening worden gehouden met een afnemende bereidheid van toekomstige generaties werkenden om de steeds hoger oplopende lasten van een publieke ouderenzorg op zich te nemen, terwijl een groot deel van de ouderen dat best zelf zou kunnen betalen.

De boodschap die hieruit volgt, is dat werkenden gedurende de levensloop meer middelen zullen moeten reserveren om de financiering van hun eventuele behoefte aan langdurige ouderenzorg veilig te stellen. Daar moet al vroeg mee worden begonnen, omdat de kosten hoog kunnen zijn. Het probleem is alleen, dat niemand al tientallen jaren van tevoren weet of hij of zij op termijn een beroep op ouderenzorg zal moeten doen en hoe groot dat beroep dan zou zijn. Daardoor is het niet goed mogelijk om behoefte en financiering zodanig op elkaar af te stem-

men, dat er enerzijds niet te weinig, maar anderzijds ook niet te veel voor de oude dag wordt gespaard.

De gebruikelijke manier om zich tegen onzekere risico's in de toekomst in te dekken, is het afsluiten van een verzekering. Maar, zoals in hoofdstuk 4 is uiteengezet, komt een private verzekering voor langdurige ouderenzorg moeilijk van de grond, omdat niet voldaan is aan belangrijke voorwaarden voor een goed functionerende verzekeringsmarkt, zoals onafhankelijkheid in de verdeling van risico's en mogelijkheid om actuariële premies te berekenen. Daarnaast zijn er serieuze gevaren van *moral hazard* en *adverse selection*. Dat wordt bevestigd door internationale ervaringen: private verzekeringen voor oudedagszorg komen moeilijk van de grond, en als er al verzekeringen worden aangeboden, kennen die zoveel beperkende voorwaarden en zulke hoge premies, dat ze voor weinig mensen aantrekkelijk zijn. Marktfalen belet dat een markt tot stand komt, die in een reële behoefte zou kunnen voorzien.

6.4 Eigen verantwoordelijkheid en de overbelasting van de mantelzorg

Als markt en overheid geen toereikende oplossing bieden, zullen mensen meer op hun eigen netwerken moeten vertrouwen: de naasten en verwanten of de gemeenschap waarin ouderen leven, nemen de zorg op zich. Als elke generatie de zorg voor haar ouderen op zich neemt, kan zij er zelf ook op vertrouwen verzorgd te worden wanneer de noodzaak zich voordoet. Dit is het impliciete contract tussen generaties met betrekking tot de zorg voor ouderen.

Dit impliciete contract staat echter om verschillende redenen onder druk. In de eerste plaats zorgen vergrijzing en ontgroening ervoor dat de huidige generatie werkenden onevenredig zwaar wordt belast. Die generatie zal veel meer zorg moeten leveren dan zij zelf zal ontvangen. In de tweede plaats zijn de kosten van naleving van het contract steeds hoger geworden, doordat mantelzorgers (vooral vrouwen) meer mogelijkheden hebben gekregen om hun menselijk kapitaal ook op de arbeidsmarkt te gelde te maken. In de derde plaats zijn traditionele familie- en gemeenschapsbanden, die het impliciete contract ondersteunen met gedeelde waarden en normen, minder hecht geworden door toegenomen mobiliteit en afnemende sociale cohesie.¹²⁰ De bereidheid om hulp te verlenen vermindert, als de kans op wederkerigheid afneemt. Ten slotte zijn er ook praktische belemmeringen: doordat kinderen verder bij hun ouders vandaan wonen, kunnen zij minder gemakkelijk bijspringen wanneer hulp en verzorging nodig zijn.

Ondanks al deze contraire ontwikkelingen zal mantelzorg ook in de toe-

komst een belangrijke bron van zorg voor hulpbehoevende ouderen blijven. In veel gevallen kan mantelzorg een adequate en doelmatige oplossing bieden voor de vraag naar zorg. Het risico is wel, dat de druk op beschikbare mantelzorgers steeds hoger oploopt. Allereerst omdat de verhouding verzorgden/verzorgers ongunstiger wordt. Vervolgens omdat er een substitutieproces gaande is van formele naar informele zorg. En ten derde, omdat mantelzorgers de vrijwillige zorg in toenemende mate moeten combineren met betaalde arbeid, waardoor de *opportunity costs* voor hen toenemen.

Zoals in hoofdstuk 3 uiteengezet, is de druk op mantelzorgers nu al hoog en kan niet straffeloos worden gespeculeerd op 'eigen verantwoordelijkheid' en verdere uitbreiding van het beroep op mantelzorgers.

6.5 De valkuilen van een publieke ouderenzorg

Ook wanneer er een groter beroep op private besparingen of verzekeringen en op mantelzorgers wordt gedaan, blijven publieke voorzieningen voor ouderenzorg nodig. Er zal altijd een 'vangnet' nodig zijn voor ouderen die niet op andere mogelijkheden kunnen terugvallen. In paragraaf 6.1 en 6.2 is al uiteengezet, dat daarvan averechtse prikkels uitgaan op de bereidheid om eigen middelen in te zetten (de spaarval). Maar er kleven ook nog andere risico's aan de publieke organisatie en financiering van de zorg

Het gevaar van verkokering

Een belangrijk risico voor een doelmatige publieke voorziening voor ouderenzorg is het gevaar van verkokering. In hoofdstuk 5 is beschreven, dat de verschillende vormen van zorg niet altijd goed af te bakenen zijn. *Care* en *cure* lopen door elkaar heen. Mantelzorg, thuiszorg en zorg die vanuit een instelling wordt georganiseerd, vullen elkaar aan. Woon- en zorgvoorzieningen zijn niet altijd scherp te scheiden. Omdat het moeilijk is te definiëren wat de zorg precies zou moeten omvatten, ontstaat er een gevaar dat verantwoordelijkheden tussen verschillende financiers heen en weer worden geschoven. Zorgvragers krijgen te maken met bureaucratische regels, waarvan zij de zin niet begrijpen. Ook hanteert elke zorgverlener nog sterk zijn eigen beoordelingssysteem en kwaliteitsdoelstellingen. Een gezamenlijk systeem voor bijvoorbeeld verpleeghuizen, thuiszorg, welzijn en woningcorporaties ontbreekt.

Bovendien is er het risico, dat verschillende zorgaanbieders, die de zorgbehoefte moeten beoordelen, niet de volledige kosten van de verschillende opties in aanmerking nemen. Zo kan bijvoorbeeld besloten worden tot opname in een verzorgingshuis, terwijl thuiszorg kosteneffectiever zou zijn en ook aantrekkelijker voor de zorgontvanger. Het vraagstuk

van de juiste *incentives* is cruciaal bij de vormgeving van een beleid voor ouderenzorg.

Gebrek aan innovatie

Een overheid die in detail wil regelen, hoe de zorg voor kwetsbare ouderen moet worden ingericht, ontmoedigt uitvoerders om hun specifieke kennis over het doelmatiger organiseren en kwalitatief verbeteren van de zorg te gebruiken. Zij bereikt daardoor het tegendeel van wat zij wil bereiken. De ervaring leert dat zelfs zeer voor de hand liggende innovaties achterwege blijven, wanneer prikkels niet de goede kant op wijzen. Een bureaucratisch aangestuurd systeem werkt risicomijdend gedrag in de hand en ontmoedigt leren door middel van experimenten. Wie verbeteringen doorvoert, ziet de beloning terechtkomen bij andere onderdelen van de ouderenzorg of loopt het risico gekort te worden op zijn budget. In het ergste geval dreigen sancties omdat de regels niet volledig zijn nageleefd.

Gelijke monniken, ongelijke kappen

Een onvermijdelijk gevolg van publieke voorziening van ouderenzorg is ook dat de nadruk meer op legitimiteit, rechtmatigheid en gelijke behandeling dan op doelmatigheid komt te liggen. Juist bij de langdurige zorg voor ouderen gaat het om het leveren van 'maatwerk'. Dat is niet altijd in regels en procedures te vangen. Wat voor de ene oudere uitmuntende zorg is, kan in een vrijwel identieke situatie als volstrekt ontoereikend worden ervaren. De behoefte aan zorg is sterk individueel bepaald en slechts in beperkte mate te objectiveren.

De implicatie van dit informatieprobleem is, dat de claimbeoordeling zo dicht mogelijk bij de cliënt dient plaats te vinden en bovendien de nodige ruimte moet laten aan de beoordelaar. In een tijd waarin de claimcultuur onmiskenbaar oprukt, is dat moeilijk. In sociaalverzekeringsland ziet men juist een ontwikkeling in de richting van een steeds verfijnder afbakening van verzekerde rechten. Die weg loopt in de langdurige ouderenzorg dood.

De valkuil van accountability

De laatste jaren klinkt er in de maatschappelijke dienstverlening een sterke roep om meer verantwoording en toezicht. Dit heeft te maken met een doelmatige besteding van publieke middelen, vragen van burgers en klanten over prijs en kwaliteit van de diensten en meer in het algemeen onvrede over de prestaties van de organisaties en professionals.¹²¹ Aanscherping van de toezichts- en verantwoordingseisen gaat echter gepaard met toenemende bureaucratisering en administratieve lasten. Tegelijkertijd is er sprake van deregulering en zelfregulering, een grotere verantwoordelijkheid voor de organisaties zelf en de introductie van (beperkte vormen van) marktwerking. Dit leidt tot spanningen.

Aanbieders die publieke diensten leveren aan de burger worden overspoeld met enquêtes en rapportageverplichtingen, waarin zij worden gedwongen tot in detail te verantwoorden, hoe de publieke middelen zijn besteed. Natuurlijk is het belangrijk dat er goede verantwoording plaatsvindt van de wijze waarop publieke middelen zijn ingezet, maar in de langdurige ouderenzorg kan het zinvol zijn het oordeel over de te leveren zorg over te laten aan de professional die de zorg verleent. Een praatje van een halfuur met een eenzame oudere kan meer goed doen dan de verrichtingen x, y en z, die voor die 'casus' zijn voorgeschreven. In de geformaliseerde aanpak, waarin elk kwartier moet worden verantwoord, is daar echter geen ruimte voor.

6.6 De onderinvestering in preventie en zelfzorg

Vele onderzoeken bevestigen de kosteneffectiviteit van preventie.¹²² Niettemin blijkt telkens weer, dat preventie onvoldoende van de grond komt. Dit heeft te maken met een aantal onvolkomenheden in de 'markt' voor preventie.¹²³ Het eerste probleem is gebrek aan informatie bij het publiek. Mensen blijken de risico's van ongezond leven niet goed in te schatten. Uit onderzoek van het RIVM blijkt, dat leefstijl een belangrijke determinant is van de kans om op latere leeftijd een chronische aandoening te krijgen.¹²⁴ Toch leven veel mensen ongezond.

Een tweede probleem is *ex ante* 'moral hazard' op de verzekeringsmarkt. Verzekering maakt ongezond gedrag minder duur, omdat het inkomen overhevelt van de gezonde naar de zieke. Als verzekeringspremies actuariel correct de individuele investeringen in preventie zouden weerspiegelen, zouden individuen de juiste prikkel hebben om in preventie te investeren, maar dat is meestal niet het geval omdat de verzekeraar het gedrag van de verzekerde niet goed kan observeren. Daar komt nog bij dat de kosten van het ongezonde gedrag niet exclusief bij het individu terechtkomen, maar voor een deel worden afgewenteld op de rest van de samenleving. Individuen kunnen zich dus een ongezonde leefstijl permitteren op kosten van anderen die uiteindelijk voor (een deel van) de schade opdraaien.¹²⁵

Een oplossing voor het probleem zou zijn, dat verzekeraars de investeringen in preventie voor hun rekening nemen. Zij hebben immers belang bij lagere ziektekosten. Dit gebeurt echter niet vanwege het *free-rider* probleem. De verzekeraar die investeert in preventie, loopt het risico dat de voordelen daarvan neerslaan bij zijn concurrent die niet heeft geïnvesteerd in preventie en daardoor een goedkopere polis kan aanbieden.

Al deze redenen wijzen in de richting dat preventie een overheidstaak is. Maar ook de politicus heeft maar beperkt belang bij investeringen in

preventie. De baten daarvan laten zo lang op zich wachten dat zijn ambtstermijn of politieke carrière allang voorbij is voor de voordelen zichtbaar worden. Er is dus weinig politiek gewin te behalen met preventie.

6.7 Conclusie

Uit bovenstaande opsomming van onderling samenhangende knelpunten, blijkt dat er geen eenduidig recept is, om de langdurige zorg aan kwetsbare ouderen te organiseren en financieren. Elke oplossing voor het ene probleem, roept weer knelpunten in een ander vlak op. Uit internationale ervaringen blijkt, dat verschillende landen heel verschillende oplossingen kiezen om hun langdurige ouderenzorg te organiseren en financieren. In het volgende hoofdstuk laten wij de ouderenzorg in een drietal landen de revue passeren om te laten zien welke uiteenlopende keuzen daar worden gemaakt om oplossingen voor de hierboven geschetste knelpunten te vinden.

7 Leren van internationale ervaringen

Om de knelpunten en dilemma's in de langdurige ouderenzorg tegemoet te treden, kiezen landen voor heel verschillende oplossingen. Dit hoofdstuk bespreekt de organisatie van de ouderenzorg in Denemarken, Oostenrijk en de Verenigde Staten en analyseert de sterke en zwakke kanten daarvan.

7.1 Het Deense model¹²⁶

Uitgangspunten en organisatie

Het Deense model van ouderenzorg is gebaseerd op het principe van vrije, gelijke toegang tot zorg voor alle inwoners van Denemarken, als zij niet in staat zijn voor zich zelf te zorgen vanwege tijdelijke of blijvende verslechtering van hun fysieke of mentale conditie. Ouderen (en lichamelijk gehandicapten) kunnen hulp en ondersteuning krijgen als zij die aanvragen.

De verantwoordelijkheid voor het verstrekken van de zorg ligt bij lokale overheden (gemeenten), waarbij deze moeten voldoen aan wettelijke vereisten. De gemeenten financieren de zorg uit lokale belastingen, aangevuld met (beperkte) bijdragen van de centrale overheid.

Volgens de Deense wet kunnen lokale overheden de aard en omvang van de aangeboden hulp (het niveau van dienstverlening) bepalen op basis van lokale omstandigheden. Zij zijn ervoor verantwoordelijk, dat er voldoende middelen zijn om de dienstverlening in overeenstemming te brengen met algemene beleidsuitgangspunten ten aanzien van het niveau van dienstverlening.

Een belangrijk uitgangspunt in het Deense stelsel is dat de woonsituatie niet mag bepalen op welke soort zorg iemand recht heeft. Sinds 1987 zijn er geen traditionele verzorgingshuizen meer gebouwd in Denemarken. In plaats daarvan zijn gesubsidieerde woningen gebouwd voor ouderen, waaronder woningen met verzorgings- en verpleegfaciliteiten. In tegenstelling tot de traditionele verpleeghuizen worden de huisvestings- en verpleegfaciliteiten van elkaar gescheiden, wat betekent dat de diensten specifiek ter beschikking staan van de bewoners.

Toegankelijkheid

De hulp wordt aangeboden aan personen die niet in staat zijn om zich zelf te redden, met als expliciet doel om de zelfredzaamheid te bevorderen. Dat wil zeggen dat de hulp een aanvulling vormt op taken die de zorgontvangers tijdelijk of permanent niet of alleen met grote problemen

zelf kunnen doen. De hulp voor persoonlijke verzorging en huishoudelijke ondersteuning wordt aangeboden op basis van een specifieke, individuele beoordeling van de functionele capaciteiten van elke zorgvrager en zijn of haar behoeften. Daarnaast is het serviceniveau dat in de betreffende gemeente geldt, bepalend. De hulp kan tijdelijk of blijvend zijn. De meeste ouderen ontvangen blijvend hulp.

De Deense wet staat lokale overheden alleen toe om (beperkte) eigen bijdragen in rekening te brengen voor blijvende huishoudelijke hulp en persoonlijke verzorging bij mensen thuis. De lokale autoriteiten mogen geen personeelskosten in rekening brengen, maar uitsluitend kosten voor gebruikte goederen en materialen.

Inwoners van verzorgingshuizen betalen een maandelijks huur om de huisvestingskosten te dekken. Inwoners van verpleeghuizen betalen een bedrag, dat ongeveer de kosten van het runnen van het verpleeghuis dekt.

Keuzevrijheid

In 2002 is er een wet aangenomen, die ouderen meer keuzevrijheid biedt ten aanzien van de aangeboden hulp. Iedereen die hulp ontvangt, krijgt het recht om de aangeboden hulp te vervangen door hulp die zij zelf wensen. De keuzevrijheid kan ook inhouden dat mensen een plaats in een verzorgingshuis buiten hun eigen regio krijgen. Met deze verruiming van de keuzevrijheid wil de Deense regering het monopolie van de publieke sector op de dienstverlening doorbreken. De verruiming van de keuzevrijheid impliceert ook dat mensen zoveel mogelijk moeten kunnen kiezen uit verschillende aanbieders. De gemeente moet daarom contracten sluiten met meerdere aanbieders. Daarbij blijft de gemeente ervoor verantwoordelijk, dat elke inwoner de hulp ontvangt die bij zijn beperkingen en behoeften past. De thuiszorger moet daarom beoordelen of iemand in redelijkheid kan afzien van de aangeboden hulp om in plaats daarvan andere hulp naar eigen keuze te verkrijgen.

Ondersteuning van informele zorg

Mantelzorgers die de zorg voor zelfstandig wonende familieleden op zich hebben genomen, kunnen een 'zorgbijdrage' krijgen als gedeeltelijke compensatie voor geleden inkomensverlies. Een voorwaarde hiervoor is dat medische beoordeling heeft uitgewezen, dat behandeling in het ziekenhuis niet zinvol zou zijn. De gemeente beslist of zulke zorgbijdragen worden uitgekeerd.

Lokale autoriteiten moeten ook ondersteuning en respijtzorg bieden aan echtgenoten of andere verwanten die zorgen voor iemand met een verslechterde lichamelijke of geestelijke conditie. Ondersteuning wordt geboden bij de zorgvrager thuis, respijtzorg buitenshuis, bijvoorbeeld in een accommodatie bij een verpleeg- of verzorgingshuis, overdag,

's nachts of beide.

Sommige gemeenten bieden ook diensten aan ouderen aan, die gericht zijn op activering en preventie. De gemeenten beslissen zelf of dergelijke diensten worden aangeboden en hoe ze worden georganiseerd. In veel gevallen wordt de organisatie van deze preventieve en activerende activiteiten overgelaten aan vrijwilligersorganisaties, waarbij de gemeente zorgdraagt voor de financiering. Deze activiteiten kunnen bijvoorbeeld betrekking hebben op sportactiviteiten, themabijeenkomsten en gezelschapsactiviteiten.

Kwaliteit

Er bestaan geen nationale kwaliteitsstandaarden voor de langdurige ouderenzorg. Binnen de grenzen van de nationale wetgeving kan elke gemeente zelf beslissen welk serviceniveau wordt aangeboden en welke financiële middelen daarvoor beschikbaar zijn. De Deense wet schrijft wel voor, dat gemeenten zelf kwaliteitsstandaards opstellen, inclusief een beschrijving van het serviceniveau dat voor de gemeente geldt. Die kwaliteitsstandaards moeten een uitgebreide beschrijving bieden en operationele doelstellingen bevatten, die de gemeente vervolgens kan gebruiken om de prestaties en resultaten te beoordelen. De standaards omvatten ook doelstellingen op het gebied van verzuim, veiligheidsvoorschriften e.d. van de zorgverlenende instellingen. Mits goed toegepast kunnen de lokale kwaliteitsstandaards worden gebruikt om te beoordelen of het lokale beleid in overeenstemming is met nationale politieke doelstellingen. Bovendien bieden de standaards helderheid over de rechten van burgers en verschaffen zij zowel zorggebruikers als andere burgers informatie om de prestaties van lokale autoriteiten en dienstverleners te kunnen beoordelen.

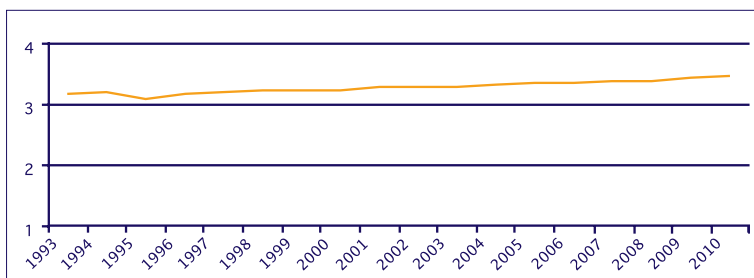
Er bestaan in Denemarken geen wettelijke certificatievereisten met betrekking tot de dienstverlening aan ouderen. Er is wel een vrijwillig privaat keurmerk voor dienstverleners. Dienstverleners die aan bepaalde eisen voldoen op het gebied van algemeen management, kwaliteit van de dienstverlening en proces- en resource management mogen het keurmerk voeren. In toenemende mate wordt het aspect van de klanttevredenheid in de kwaliteitsbeoordeling betrokken. Daarnaast is belangrijk, dat burgers toegang hebben tot de informatie die nodig is om de kwaliteit van dienstverleners in de markt te beoordelen.

Een bijzonder aspect is dat de Deense wet gemeenten dwingt deadlines op te stellen voor de termijn waarbinnen zij beslissen over hulpaanvragen. Voor beslissingen over persoonlijke verzorging is de gemiddelde deadline bijvoorbeeld 6 dagen, voor huishoudelijke ondersteuning 8 dagen en voor beslissingen over plaatsing in een verpleeg- of verzorgingshuis 26 dagen.

Betaalbaarheid

De kosten van ouderenzorg in Denemarken zijn hoog, in vergelijking met andere OECD-landen (2,12 % bbp in 2000). Zij zijn de afgelopen tien jaar echter nauwelijks gestegen (zie figuur 7.1). Tot 2010 wordt een bescheiden groei verwacht, in lijn met de demografische ontwikkeling. Na 2010 wordt verwacht dat de vraag naar ouderenzorg sterker zal toenemen, omdat dan ook de vergrijzing aanzienlijk sneller gaat dan tot die tijd.

Figuur 7.1 Kosten van ouderenzorg in Denemarken in miljarden euro's (prijzen van 2002)



Denemarken verwacht de oplopende kosten te kunnen opvangen door omvangrijke begrotingsoverschotten (1,5 – 2,5% bbp) in de periode tot 2010, die voor een halvering van de staatsschuld tot 25% bbp moeten zorgen. De bijbehorende vermindering van rentelasten moet Denemarken in staat stellen de extra uitgaven als gevolg van een snel vergrijzende bevolking na 2010 op te vangen.

De kosten per oudere variëren aanzienlijk per gemeente, tussen ongeveer € 3500 en € 7000 per persoon. Verschillen worden deels veroorzaakt doordat de samenstelling van de groep ouderen verschilt, deels doordat gemeentelijke serviceniveaus verschillen. Een onderzoek van het Ministerie van Sociale Zaken wees uit, dat er echter ook belangrijke verschillen in productiviteit tussen regio's zijn. Dat biedt ruimte voor efficiencyverbeteringen in gemeenten met de laagste productiviteit.

Er worden geen eigen bijdragen van mensen gevraagd voor langdurige ouderenzorg, behalve een inhouding op het pensioen van ouderen die in verpleeg- of verzorgingshuizen wonen. De lokale autoriteiten zijn volledig verantwoordelijk voor de planning en uitvoering, ook financieel. De lokale en regionale autoriteiten dragen ook verantwoordelijkheid voor de afstemming tussen de ouderenzorg en gezondheidszorg

Conclusie

Denemarken biedt een hoge kwaliteit van voorzieningen en universele

beschikbaarheid voor alle ouderen die hulp nodig hebben. De eigen betalingen zijn beperkt. Het gevolg is dat de kosten van de ouderenzorg in Denemarken internationaal vergeleken hoog zijn. De overheid garandeert de betaalbaarheid door een budgettair beleid dat op lange termijn middelen vrijmaakt voor de oplopende kosten als gevolg van de vergrijzing.

Denemarken vermijdt de valkuilen van publieke ouderenzorg door een decentrale organisatie met grote verantwoordelijkheden op het uitvoerende niveau. Bovendien zijn er concurrentieprikkels in de uitvoering. Zo zijn gemeenten wettelijk verplicht contracten te sluiten met meerdere aanbieders en moeten zij cliënten die niet tevreden zijn over de dienstverlening een alternatief bieden. Ook het niveau en de kwaliteit van de dienstverlening zijn een lokale verantwoordelijkheid. In plaats van landelijke richtlijnen zijn concurrentie, transparantie en het reputatiemechanisme de instrumenten om kwaliteit te waarborgen. Ook de financiering is in hoge mate lokaal. Dat is mogelijk doordat Denemarken veel hogere lokale belastingen kent dan bijvoorbeeld Nederland. Dat budgettaire en uitvoerende verantwoordelijkheden op één niveau liggen, komt de doelmatigheid ten goede. Dat daardoor lokale verschillen in serviceniveau ontstaan, nemen de Denen voor lief.

7.2 Het Oostenrijkse model¹²⁷

Uitgangspunten en organisatie

De Oostenrijkse ouderenzorg is uniek, in de zin dat zij zich bijna volledig richt op vergoedingen voor benodigde zorg en geen directe verantwoordelijkheid neemt voor het feitelijk beschikbaar stellen van ouderenzorg in natura. Vóór 1993 bestonden er talrijke verschillende subsidies en vergoedingen voor ouderenzorg, maar was niet systematisch gewaarborgd dat ouderen die hulp nodig hadden, die hulp ook daadwerkelijk ontvingen. Dit was te meer een probleem omdat het sociale verzekeringsstelsel geen dekking bood voor de langdurige zorg voor ouderen. Met de aanneming van de *Bundespflegegeldgesetz* in 1993 werd een federaal en provinciaal stelsel van kracht, dat iedereen die aan de criteria voldoet, recht geeft op een zorgvergoeding. Deze vergoeding kan worden gebruikt om formele zorg te bekostigen, mantelzorgers te betalen of voor elke andere aanwending, geheel naar vrije keuze van de cliënt. De vergoeding wordt voor het overgrote deel gefinancierd door de federale regering (uit belastingen) en voor een klein deel door de *Länder*.

Op provinciaal niveau wordt ook ouderenzorg in natura verstrekt, bijvoorbeeld in de vorm van verpleeghuizen en thuiszorg. De verpleeghuizen zijn klein, decentraal en ingepast in de lokale gemeenschap. Deze sociale voorzieningen zijn bescheiden van opzet en omvang. Ze zijn uit-

drukkelijk bedoeld als aanvulling op de informele zorg door familie en niet als vervanging ervan.

Toegankelijkheid en keuzevrijheid

Voor de zorgvergoeding komt iedereen in aanmerking, die gehandicapt is en lange termijn zorg nodig heeft, dat wil zeggen ouderen, maar ook lichamelijk en psychisch gehandicapten. De vergoedingen zijn gebaseerd op de mate van beperkingen, onafhankelijk van de oorzaak daarvan. Het recht op een vergoeding is niet afhankelijk van inkomen of vermogen, en ook niet van de beschikbaarheid van mantelzorg. De vergoeding is bedoeld om de extra kosten van de zorggerelateerde uitgaven te dekken en wordt verstrekt in de vorm van een lump-sum betaling. Een belangrijk doel is dat de ontvanger keuzevrijheid houdt om zelfstandig te kunnen beslissen, bijvoorbeeld om zo lang mogelijk in de vertrouwde omgeving te blijven.

De zorgvergoeding wordt verstrekt aan personen die minstens zes maanden persoonlijke verzorging nodig hebben en meer dan 50 uur per maand zorg behoeven. De wet onderscheidt zeven niveaus van beperkingen, gebaseerd op de hulp die nodig is bij dagelijkse bezigheden, zoals wassen en koken, of dat ondersteunen, zoals schoonmaken en boodschappen doen. De aanwezige beperkingen worden vertaald in een hulpbehoefte per maand. Ouderen met de lichtste categorie beperkingen hebben tussen de 50 en 75 uur hulp nodig. Mensen die blind of doof zijn of op een rolstoel zijn aangewezen vallen automatisch in zwaardere categorieën. De hulpbehoefte wordt bepaald op basis van een beoordeling door een private arts. Er is kritiek op het feit, dat de uitkomst van de beoordeling kan afhangen van de verstandhouding tussen zorgvrager en arts.

Ondersteuning van informele zorg

Om mantelzorgers (die in Oostenrijk zo'n 80% van de zorg aan ouderen voor hun rekening nemen) extra ondersteuning te bieden, betalen mantelzorgers lagere pensioenpremies. Daarnaast zijn ondersteunende diensten opgericht, die mantelzorgers met informatie en adviezen terzijde staan.

De zorgvergoedingen lossen niet alle problemen van de ouderenzorg op. Recente beleidsvoornemens richten zich op een uitbreiding van de sociale voorzieningen in de *Länder*, mede als reactie op de behoeften van mantelzorgers aan meer ondersteuning. Daarnaast wordt gewerkt aan mogelijkheden om de combinatie van mantelzorg en betaalde arbeid te vergemakkelijken.

Kwaliteit

De kwaliteitsbewaking voor de sociale dienstverlening berust bij de

Länder. Er zijn geen uniforme kwaliteitsstandaards. De *Länder* stellen in het algemeen wel bepaalde eisen aan instellingen voor ouderenzorg, waarbij vrije keuze voor cliënten en inbedding van voorzieningen in de lokale gemeenschap belangrijke criteria zijn.

Betaalbaarheid

Zoals beschreven, worden de zorgbijdragen niet gefinancierd uit het sociale verzekeringsstelsel, maar uit belastingmiddelen. Omdat de zorgbijdragen wettelijk gegarandeerde rechten zijn, gelden er geen budgetrestricties. De sociale dienstverlening wordt gefinancierd uit budgetten van de *Länder*. Van personen die zorg ontvangen, worden eigen bijdragen gevraagd, waarbij de financiële situatie (inkomen, vermogen) van de zorgontvanger in aanmerking wordt genomen.

Voor de toekomst verwacht de Oostenrijkse regering dat als gevolg van de vergrijzing, de hogere arbeidsparticipatie van vrouwen en het hogere aantal scheidingen waardoor meer ouderen alleenstaand zijn, meer professionele zorgverleners nodig zullen zijn. Daardoor zullen de kosten van de zorg oplopen. Er zijn nog geen maatregelen in voorbereiding om hierin te voorzien.

Conclusie

Het Oostenrijkse model van ouderenzorg vertrouwt vrijwel volledig op mantelzorg en lokale verantwoordelijkheid voor ouderen in de eigen gemeenschap. De eigen verantwoordelijkheid wordt ondersteund met ongebonden zorgbudgetten, die kwetsbare ouderen in staat stellen zorg naar keuze in te kopen en mantelzorgers te compenseren voor hun inspanningen en het verlies van arbeidsmarktmogelijkheden. Het stelsel van ouderenzorg staat onder druk door de toegenomen arbeidsparticipatie van vrouwen en het feit dat er steeds meer alleenstaande ouderen zijn die niet op een partner kunnen terugvallen. Verwacht wordt dat de kosten van de ouderenzorg, die nu nog relatief laag zijn, daardoor zullen oplopen.

Het Oostenrijkse model leunt zwaar op de hoge mate van sociale cohesie binnen lokale gemeenschappen. Naarmate deze door economische en maatschappelijke ontwikkelingen afneemt, zal de druk op het stelsel zowel financieel als organisatorisch toenemen.

7.3 Het Amerikaanse model¹²⁸

Uitgangspunten en organisatie

De Amerikaanse overheid heeft in de jaren zestig verzekeringsprogramma's opgezet voor ouderen (Medicare) en mensen met lage inkomens die niet zelf over voldoende financiële middelen beschikken om de benodig-

de ouderenzorg te bekostigen (Medicaid). Terwijl de gezondheidszorg voor het grootste deel wordt gefinancierd door een verzekeringsstelsel, dat voornamelijk met werkgeversbijdragen wordt betaald, wordt de ouderenzorg voornamelijk gefinancierd door Medicaid (belastinggeld) en eigen middelen. Als ouderen geen eigen middelen (meer) hebben, springt Medicaid in om te betalen voor verpleeghuiszorg. In 2002 betaalde Medicaid tweederde van alle kosten voor bewoners van verpleeghuizen en was het de belangrijkste financier van de langdurige ouderenzorg.

Toegankelijkheid

Om in aanmerking te komen voor ondersteuning door Medicaid, moet iemand een zeer laag inkomen (onder de 75% van het armoedeniveau) en vermogen (minder dan \$ 2000 dollar voor een alleenstaande, minder dan \$ 4.000 dollar voor een paar) hebben of 'medisch behoeftig' zijn. Dit laatste houdt in dat men zulke hoge medische kosten heeft dat het volledige inkomen (met uitzondering van een kleine som voor dagelijkse uitgaven) eraan opgaat. Ook moet eerst het vermogen worden opge- maakt tot aan de vermogensgrens, voordat men voor publieke zorg in aanmerking komt. Daarbij blijft de waarde van de eigen woning buiten beschouwing. Ondanks deze strenge criteria betekenen de hoge kosten van verpleeghuiszorg dat eenderde van de bewoners die als *private pay* tot verpleeghuizen zijn toegelaten, eindigt als klant van Medicaid omdat de eigen financiële middelen zijn uitgeput.¹²⁹

Staten kunnen er ook voor kiezen om ouderenzorg te verschaffen in de vorm van tegemoetkomingen in thuiszorgprogramma's onder de vlag van Medicaid. Dit is een aantrekkelijk alternatief, omdat het staten meer flexibiliteit biedt in de aard en omvang van de zorg die zij willen bieden, en bovendien de meerderheid van de ouderen een voorkeur heeft om zo lang mogelijk thuis zorg te ontvangen. De federale overheid legt echter strenge beperkingen op aan het aantal mensen dat van deze tegemoet- komingen gebruik kan maken, zodat slechts een heel klein deel van de bevolking die ouderenzorg nodig heeft, onder deze regeling valt.

Eigen verantwoordelijkheid en eigen middelen

In 2002 werd 18% van de uitgaven aan thuiszorg en 25% van de uitga- ven aan verpleeghuiszorg rechtstreeks betaald uit eigen middelen. De werkelijke kosten zijn veel hoger als men ook de informele, onbetaalde zorg in aanmerking neemt die vrienden en familie bieden. De kosten van verpleeghuiszorg zijn zo hoog, dat ouderen die intensieve zorg nodig hebben, vaak door hun eigen middelen heen raken. Voor veel mensen is het zelf betalen van verpleeghuiszorg dan ook een tijdelijke fase voordat zij op Medicaid aangewezen zijn.

Vrijwillige verzekeringen

Er bestaan vrijwillige verzekeringen om polishouders te beschermen tegen de 'catastrofale' kosten van langdurige ouderenzorg, mochten zij die nodig hebben. In 2002 financierden deze verzekeringen ongeveer 10% van de totale uitgaven aan verpleeghuis- en thuiszorg. De verzekeringspolissen specificeren de hoeveelheid dagelijkse zorg die onder de dekking valt, de soort zorg die polishouders kunnen ontvangen en de maximale hoeveelheid geld of de maximale uitbetalingsperiode. Een polis kan bijvoorbeeld zorg in een verpleeghuis of thuiszorg bieden voor maximaal \$ 100 per dag voor een maximale duur van drie jaar. De gemiddelde kosten van een dag in een verpleeghuis zijn \$ 160 en vier uur thuiszorg kost tussen de \$ 75 en \$ 150, afhankelijk van het niveau van de verzorgers. Bijgevolg is de verzekering meestal niet toereikend voor degenen met langdurige en kostbare zorgbehoeften.

De dekking van de verzekering treedt in werking wanneer de polishouder een bepaalde mate van beperkingen ondervindt, bijvoorbeeld moeite heeft met 2 of meer ADL's³⁰, of mentaal achteruitgaat. Soms is een medisch rapport nodig van benodigde zorg. Nadat deze drempel is genomen, is gewoonlijk een wachttijd van 30 tot 90 dagen nodig voordat de verzekeraar de kosten begint te betalen. Er zijn mogelijkheden om polissen inflatiebestendig te maken of andere voordelen mee te verzekeren, uiteraard tegen hogere kosten.

In 2003 was de gemiddelde verzekeringnemer van een ouderenzorgpolis 67 jaar oud. Slechts een op de drie was jonger dan 65 jaar.

Verzekeringnemers hebben in het algemeen een hoger inkomen en vermogen dan mensen zonder verzekering. Een belangrijk motief om de verzekering te nemen is het tegengaan van vermogensverlies, vermindering van afhankelijkheid van familiehelp en uitbreiding van keuzemogelijkheden voor ouderenzorg. De helft van de verzekerden heeft geen kinderen binnen een straal van 40 kilometer wonen. Vrijwillige ouderenzorgverzekering helpt mensen die niet op mantelzorg terug kunnen vallen, om zorg thuis en in de omgeving te ontvangen in plaats van in een verzorgings- of verpleeghuis.

Ondanks recente groei is de markt voor ouderenzorgverzekering beperkt. Daarvoor worden vele redenen genoemd. Veel jonge mensen, vooral die met een goede gezondheid, kunnen zich moeilijk voorstellen dat ze eens chronisch ziek of gebrekkig zullen zijn en verzorging nodig hebben. Een groot deel van de bevolking, zowel jongeren als ouderen, neemt ook aan dat, mochten zij in de toekomst langdurige zorg nodig hebben, overheidsprogramma's zoals Medicaid daarvoor zullen zorgen. Averechtse selectie wordt genoemd als een andere reden voor de beperkte markt. De verzekering is ook gecompliceerd en moeilijk te verkopen of de

prijs/kwaliteitsverhouding wordt onvoldoende geacht. Anderen vinden de dekking ontoereikend.

Het ontbreken van goede verzekeringen veroorzaakt een aantal serieuze problemen:

1. Druk op Medicaid. Door het tekortschieten van vrijwillige verzekeringen moet steeds meer langdurige zorg worden betaald uit Medicaid, terwijl die ook voor andere doelen bedoeld is, zoals de zorg voor jongeren en kinderen die langdurige verzorging nodig hebben. Medicaid vormt met 15% van de uitgaven de op een na grootste uitgavenpost van het budget van de meeste staten. Veel staten willen de vergoedingen in het kader van Medicaid verminderen, meer eigen bijdragen vragen of de toegang tot de voorzieningen inperken.
2. Door de wettelijke voorschriften om Medicaid vrijwel uitsluitend in te zetten voor de financiering van verpleeghuiszorg zijn er onvoldoende middelen voor thuiszorg, hoewel die vorm van zorg zowel vanuit gezondheidszorg- als consumenten oogpunt waarschijnlijk het meest gewenst zou zijn.
3. Druk op mantelzorgers. Het ontbreken van een behoorlijk stelsel van financiering van ouderenzorg betekent in veel gevallen dat een te zwaar beroep op ouderen zelf (echtgenoten) en hun kinderen wordt gedaan. De helft van de mantelzorgers geeft aan, dat zij zelf hulp nodig hebben om de financiële en psychische druk aan te kunnen.
4. Invloed op pensioenen en besparingen. Een jaar in een verpleeghuis kost ongeveer \$ 52.000, wat meer is dan de meeste mensen voor hun oudedag hebben gespaard. Medicaid biedt geen bescherming tegen het uitputten van eigen besparingen. Hoewel woningbezit is uitgezonderd van de vermogenstoets die Medicaid kent, kunnen de gemaakte kosten na het overlijden van de oudere alsnog worden verhaal op de waarde van diens onroerend goed. Sommigen kiezen voor ouderenzorgverzekeringen om hun woning en andere activa hiertegen te beschermen, maar omdat de meeste polissen maximale termijnen of maximale dekkingen hanteren, biedt ook dat vaak geen afdoende bescherming tegen de hoge kosten van ouderenzorg.

Ontoereikende besparingen

Het ouder worden van de bevolking en het risico dat kostbare zorg nodig is, onderstrepen het belang dat oudere huishoudens over voldoende middelen beschikken om in hun consumptieve en zorgbehoeften te voorzien. Op dit moment zijn veel Amerikanen onvoldoende verzekerd van adequate inkomens- en zorgvoorzieningen op oudere leeftijd.

Uit een onderzoek van het Congressional Budget Office (CBO) bleek, dat slechts ongeveer de helft van de huishoudens van de *babyboom* gene-

ratie voldoende spaart voor de oude dag. Een kwart spaart niet voldoende. Voor het resterende kwart hangt de beoordeling af van de aannames die men maakt, bijvoorbeeld of men het eigen huis op latere leeftijd zal verkopen en daarmee middelen vrijmaakt voor consumptie. Ervaringen tot nu toe wijzen overigens niet in die richting.

Een ander belangrijk punt is de pensioenleeftijd. Later met pensioen gaan betekent dat er meer tijd is om (pensioen)besparingen te accumuleren en minder tijd waarover de besparingen worden geconsumeerd. Het CBO heeft berekend dat huishoudens tussen de 55 en 64 jaar met een modaal inkomen, die op 62 jarige leeftijd met pensioen willen gaan, meer dan \$ 500.000 nodig hebben als zij direct met pensioen willen gaan. Als zij tot 66 jaar doorwerken alvorens met pensioen te gaan, hebben ze ongeveer \$ 250.000 nodig en als zij op 70 jarige leeftijd met pensioen gaan, volstaat een vermogen nu van slechts \$ 50.000, onder handhaving van de gelijke levensstandaard.

Conclusie

Het Amerikaanse model van ouderenzorg biedt minimumvoorzieningen voor ouderen die hulp nodig hebben en geen eigen inkomen of vermogen hebben. De *means* test impliceert, dat huishoudens hun inkomen en vermogen (met uitzondering van de eigen woning) volledig moeten aanspreken voordat zij voor publieke ondersteuning in aanmerking komen. De schrale publieke voorzieningen worden onvoldoende gecompenseerd door private besparingen (de spaarval). Ook hebben weinigen zich verzekerd tegen de kosten van ouderenzorg; bovendien bieden veel verzekeringen te weinig dekking als er werkelijk hoge kosten voor verzorging moeten worden gemaakt. Veel huishoudens zijn dan ook onvoldoende beschermd tegen de risico's van de ouderdom. De uiteindelijke last van langdurige ouderenzorg wordt daarom vaak afgewenteld op familieleden, hetzij omdat middelen die bedoeld waren voor de erfenis worden opgesoupeerd, hetzij omdat een zwaar beroep op informele zorg wordt gedaan. De publieke uitgaven voor ouderenzorg zijn in internationaal perspectief laag. Desalniettemin maken veel staten zich ernstige zorgen over de oplopende kosten.

7.4 Conclusies

Het Deense, het Oostenrijkse en het Amerikaanse model van langdurige ouderenzorg verschillen wezenlijk van elkaar in opzet en uitvoering. Denemarken biedt zijn kwetsbare ouderen een uitgebreid stelsel van lokale voorzieningen, dat universeel toegankelijk is en met lokale belastingmiddelen wordt gefinancierd. Oostenrijk stelt aan zijn ouderen die zorg behoeven voornamelijk geld beschikbaar, waarmee zij naar eigen inzicht de zorg kunnen inkopen die zij nodig hebben. De VS bieden een

minimumvoorziening voor arme huishoudens die niet zelf in hun zorg-behoefte kunnen voorzien, en vertrouwen er verder op dat mensen primair zelf financiële voorzieningen treffen voor hun oude dag.

Het Deense model biedt het hoogste niveau van voorzieningen, maar de publieke uitgaven voor ouderenzorg zijn ook het hoogst. De doelmatigheid wordt gewaarborgd door de voorzieningen op lokaal niveau te organiseren en daarvoor lokale middelen in te zetten. Bovendien zijn concurrentieprikkels ingebouwd. Het Oostenrijkse model leunt zwaar op mantelzorg en lokale verantwoordelijkheid. De kosten daarvan zijn lager, maar het stelsel staat onder toenemende druk door verminderde beschikbaarheid van mantelzorgers en afnemende sociale cohesie. De Verenigde Staten bieden arme ouderen die niet zelf hun zorg kunnen financieren een publiek vangnet. Ondanks het grote beroep op eigen verantwoordelijkheid blijkt dat een substantieel deel van de ouderen te weinig spaart voor een goede oudedagsvoorziening. Wanneer een beroep op kostbare ouderenzorg nodig is, schieten de eigen middelen te kort. Ook hebben slechts weinigen zich vrijwillig verzekerd. Wanneer zich beperkingen aandienen, moeten veel ouderen daarom noodgedwongen terugvallen op de minimale voorzieningen die Medicaid biedt.

8 **Bouwstenen voor een bestendige zorg voor kwetsbare ouderen**

De voorgaande hoofdstukken hebben laten zien, dat de organisatie en financiering van de langdurige zorg voor ouderen een groot aantal dilemma's en knelpunten oproept. Bovendien is gebleken, dat verschillende landen de oplossingen voor die problemen in heel verschillende richtingen zoeken. Een van de belangrijkste conclusies is dat eenvoudige oplossingen niet bestaan: er is altijd sprake van een afruil van doelstellingen. Een tweede conclusie is dat een bestendig en samenhangend stelsel van langdurige zorg voor kwetsbare ouderen op meerdere pijlers moet rusten. Dit hoofdstuk draagt bouwstenen aan ter ondersteuning van elk van de vier pijlers die de organisatie en financiering van de ouderenzorg schragen: zelfredzaamheid, mantelzorg, private financiering en publieke waarborgen.

8.1 **Eerste pijler: preventie en zelfredzaamheid**

Door de vergrijzing zal het aantal ouderen met een of meer chronische aandoeningen toenemen. De toename van het aantal ouderen met beperkingen als gevolg van chronische ziekten is echter geen natuurwet. Preventie, vroegtijdige diagnose en het voorkomen van complicaties door goede zorg kunnen de ziektelast aanzienlijk verminderen. Wanneer een chronische ziekte eenmaal is ingetreden, kunnen mensen door gezond gedrag en therapietrouw complicaties voorkomen of uitstellen. Investerings in preventie leveren per euro vaak een veel hogere gezondheidswinst op dan dure zorg later in het ziekteproces. Een beleid gericht op adequate zorg voor kwetsbare ouderen begint dan ook met preventie van chronische ziekten en bevordering van zelfzorg.¹³¹

Een preventiefonds voor ouderdomsziekten

Mensen leven ongezond doordat ze de langetermijnrisico's van ongezond gedrag niet kennen of onderschatten. Verzekeraars investeren te weinig in preventie omdat ze bang zijn dat de baten daarvan toevallen aan collega-verzekeraars die niet in preventie hebben geïnvesteerd. Politici hebben de neiging preventie te verwaarlozen, omdat de vruchten daarvan pas op zeer lange termijn zichtbaar worden: het loont niet binnen de beperkte beleidshorizon. Daardoor dreigt onderinvestering in preventie. Omdat chronische ziekten gepaard gaan met hoge externe kosten, is investeren in kosteneffectieve vormen van preventie een publiek belang.¹³² Middelen hiervoor kunnen worden gevonden door een vast percentage uit de centrale vereveningskas van de ziektekostenverzekering te reserveren voor preventie. Een jaarlijkse bijdrage van 1% uit deze kas is al voldoende om een Preventiefonds te creëren, dat jaarlijks € 150 miljoen investeert in preventie en verbeterde zelfzorg. Vanzelfsprekend moeten

deze middelen worden ingezet voor vormen van preventie en zelfzorg, waarvan de kosteneffectiviteit is aangetoond. Verzekeraars kan medezeggenschap worden gegeven in de aanwending van deze middelen.

Bevordering van zelfzorg door ouderen

Ouderen moeten langer zelfstandig blijven en zullen meer op zich zelf aangewezen zijn. *Empowerment* programma's kunnen ouderen met lichamelijke beperkingen ondersteunen om de regie over hun leven zoveel mogelijk in eigen hand te houden. *Empowerment* programma's kunnen, mits goed vormgegeven, de kwaliteit van leven verbeteren én de kosten van zorg omlaag brengen.

Net als in Engeland moeten *empowerment* programma's ook in Nederland onderdeel worden van het reguliere zorgaanbod. Aan de hand van internationale ervaringen kan worden nagegaan, wat kosteneffectieve manieren zijn om de zelfstandigheid van kwetsbare ouderen te bevorderen en hen te leren de regie over hun leven zoveel mogelijk in eigen hand te houden. Behalve voor de overheid is hier ook een rol voor verzekeraars weggelegd.

Experimenten met innovatieve woonzorgconcepten

Bevordering van zelfstandigheid van ouderen vereist aanpassingen in de woonsituatie. Uit onderzoek van het SCP blijkt dat een op de drie ouderen met ernstige lichamelijke beperkingen geen geschikte woning heeft. De ontwikkeling van efficiënte voorzieningen, die wonen, zorg en specifieke vormen van dienstverlening, zoals alarmeringssystemen, maaltijdservice, huishoudelijke diensten e.d. combineren, wordt gehinderd door financiële en organisatorische schotten tussen de verschillende soorten voorzieningen.

Gemeenten, woningcorporaties, verzekeraars en zorginstellingen moeten financieel worden geprikkeld te starten met geïntegreerde woon-, zorg- en welzijnsvoorzieningen voor kwetsbare ouderen. Belemmerende regelgeving en financiële verkokering die dergelijke initiatieven in de weg staan, moeten worden weggenomen. Experimenten met geïntegreerde budgetten voor ouderenzorg op lokaal niveau kunnen marktpartijen aanmoedigen innovatieve oplossingen te ontwikkelen om wonen, medische en sociale zorg en andere vormen van dienstverlening te combineren, waardoor ouderen in staat worden gesteld langer zelfstandig te blijven. Toepassing van ict (*smart living*) kan daarbij een belangrijke ondersteunende rol spelen.

8.2 Tweede pijler: mantelzorg

Mantelzorgers zullen ook in de toekomst een sleutelrol in de ouderen-

zorg vervullen. In veel landen is de laatste jaren meer erkenning ontstaan voor de inspanningen die mantelzorgers zich getroosten en zijn initiatieven genomen om informele hulp beter in de organisatie van de ouderenzorg in te passen.

Erkenning voor de centrale rol van mantelzorg

Om te beginnen moet mantelzorg ook in het Nederlandse beleid worden erkend als volwaardige pijler onder de langdurige ouderenzorg.

Maatschappelijke kosten-batenanalyses, die rekening houden met de werkelijke kosten en baten van mantelzorg, kunnen ertoe bijdragen dat beter inzicht ontstaat in de rol die mantelzorg vervult en bieden een economisch fundament voor maatregelen die een efficiënte inzet van mantelzorg ondersteunen.

Persoonsgebonden budgetten voor ouderenzorg

Persoonsgebonden budgetten voor kwetsbare ouderen die hulp behoeven, zijn efficiënter dan hulp in natura. Zij stellen ouderen die hulp nodig hebben, in staat zelf de regie over hun zorgbehoefte in handen te houden en doen meer recht aan het respect voor kwetsbare ouderen.

Naar analogie van het *Pflegegeld* in Oostenrijk moet de aanwending van persoonsgebonden budgetten geheel aan de vrije keuze van ontvangers worden overgelaten. Pgb's kunnen dan gemakkelijker worden gebruikt om mantelzorgers een (bescheiden) vergoeding voor hun inzet te geven. Dit vermindert de financiële druk op mantelzorgers en vergroot hun beschikbaarheid.

Respijtzorg

Verschillende landen kennen voorzieningen voor respijtzorg, om mantelzorgers te ontlasten en de druk van de permanente verantwoordelijkheid te verlichten. Ook in Nederland moet respijtzorg voor ouderen met een intensieve zorgbehoefte onderdeel van het reguliere hulpaanbod worden.

8.3 Derde pijler: private financiering

Ouderen zullen in de toekomst gemiddeld welvarender zijn dan ouderen nu. Dit opent mogelijkheden om private middelen een belangrijke rol te laten spelen in de financiering van de ouderenzorg. Vanwege diverse vormen van marktfalen komen private besparingen en private verzekeringen voor langdurige ouderenzorg echter moeilijk van de grond. Een belangrijk knelpunt is, dat private verzekeraars die polissen voor langdurige ouderenzorg willen aanbieden, zich geplaatst zien voor zeer grote, niet te calculeren ('catastrofale') risico's. Wanneer de overheid zich garant stelt voor deze onverzekerbare risico's (zie paragraaf 8.4), kan zich gemakkelijker een particuliere markt voor de wel te overziene risico's ontwikkelen.

Ouderenzorg in de aanvullende polis

Een belangrijk deel van de langdurige ouderenzorg kan worden overgelaten aan de private markt en eventueel worden ondergebracht in de aanvullende polis van de ziektekostenverzekering. Het is onvermijdelijk, dat daarbij een differentiatie in premies en pakketten ontstaat. Dit bevordert doelmatigheid en doet recht aan verschillende risicovoorkeuren en wensen ten aanzien van de hoeveelheid en kwaliteit van de geleverde zorg.

Hogere eigen betalingen

De prijselasticiteit van de vraag naar ouderenzorg en het gevaar van 'moreel risico' wijzen in de richting van hogere eigen bijdragen en eigen risico's in de ouderenzorgverzekering, op straffe van ondoelmatigheid. Hiervoor moet ruimte worden geboden op de verzekeringsmarkt. Het onvermijdelijke gevolg is dat er een meer gediversifieerde markt voor ouderenzorg ontstaat, waarbij mensen die zich duurder hebben verzekerd, ook meer en kwalitatief betere zorg ontvangen dan degenen die voor een (door de overheid gegarandeerd) minimumpakket kiezen.

Nieuwe spaar- en verzekeringsproducten

Meer diversificatie op de verzekeringsmarkt zal leiden tot de ontwikkeling van nieuwe spaar- en verzekeringsproducten die tegemoetkomen aan de behoeften (en financiële wensen) van nieuwe generaties ouderen. Voor de hand liggende verzekeringsproducten zijn combinaties van levensverzekering en zorgverzekering of lijfrentepolis en zorgverzekering. Wie tijdig begint met sparen of verzekeren, kan een behoorlijke spaarpot opbouwen om zich van 'adequate' zorg te verzekeren op zijn oude dag en betaalt in het algemeen ook minder premie. Een ander voorbeeld van product vernieuwing is de omgekeerde hypotheek, die eigenwoningbezitters in staat stelt het vermogen dat vastzit in onroerend goed, te activeren ten behoeve van een zorgverzekering. Voor deze nieuwe verzekeringsproducten is geen speciale overheidsondersteuning nodig. Die zou slechts het *level playing field* op de spaar- en verzekeringsmarkt verstoren. Wel kunnen vormen van marktregulering ter bescherming van consumentenbelangen ertoe bijdragen het vertrouwen van het publiek in lange termijn zorgverzekeringen te laten toenemen.

Pensioen-zorg-polissen

Een interessante mogelijkheid is koppeling van zorgverzekeringen en pensioenverzekeringen. Daardoor worden levensduur- en schaderisico's gespreid. Dankzij de uitbouw van aanvullende pensioenvoorzieningen beschikken huidige en toekomstige generaties ouderen wel over aanzienlijk meer inkomen, maar zijn zij niet financieel gewapend tegen het risico dat zij intensieve zorg nodig hebben. De verplichting om binnen het raamwerk van de pensioenverzekering ook een zorgverzekering voor de

oude dag af te sluiten, zorgt ervoor dat deelnemers zich al op jonge leeftijd indekken tegen de mogelijke kosten van intensieve verzorging op hoge leeftijd. Dit is niet alleen goedkoper, maar voorkomt ook selectie- en acceptatieproblemen die ontstaan als ouderen pas op latere leeftijd een dergelijke verzekering willen afsluiten.

8.4 Vierde pijler: publieke waarborgen

De AWBZ als vangnet voor catastrofale risico's

Het spannen van een publiek 'vangnet' voor catastrofale (onverzekerbare) risico's blijft een overheidstaak. De AWBZ (of iets wat er op lijkt) kan voor dit doel in sterk afgeslankte vorm blijven bestaan. Dit geeft uitdrukking aan de risicosolidariteit in de samenleving. Hierbij is het belangrijk dat de overheid zo nauwkeurig mogelijk definieert welke risico's zij verzekert.

... en voor minimumzorg

Naast risicosolidariteit is er ook behoefte aan inkomenssolidariteit. Hoewel toekomstige generaties ouderen gemiddeld rijker zullen zijn dan de huidige generatie ouderen, zullen er groepen ouderen blijven, die financieel niet in staat zijn de benodigde ouderenzorg te bekostigen (of zich daarvoor niet vrijwillig hebben verzekerd). De eis dat geen enkele oudere onverzorgd achterblijft, dwingt tot een publiek vangnet dat breder is dan alleen het vangnet voor onverzekerbare zorg. Dat vangnet zal echter slechts een schraal niveau van zorg kunnen garanderen, omdat anders alle prikkels voor private financiering van de oudedagzorg worden weggenomen. Opnieuw is belangrijk, dat de overheid expliciet duidelijk maakt welke niveaus van zorg zij garandeert en zich daar dan ook voor lange tijd op vastlegt.

Explicitering van het intergenerationele contract

Het vangnet voor ouderenzorg is een uitdrukking van de solidariteit tussen generaties. Om de intergenerationele solidariteit niet te overbelasten, is het belangrijk dat de publieke voorziening geen 'luxe' karakter heeft en universele toegang biedt. De verzekerde zorg kan uit de belastingmiddelen worden betaald. Dat hoeft geen al te grote budgettaire problemen op te leveren, ook niet in een tijd van vergrijzing. Uitgaande van het huidige niveau van AWBZ-zorg voor ouderen zouden de uitgaven van 1,8% nu naar 2,6% van het bbp in 2020 stijgen. In werkelijkheid kan de stijging beperkter zijn, omdat delen van de huidige AWBZ-zorg naar het private domein kunnen worden overgeheveld. Zo'n stijging naar maximaal 2,6% bbp is heel wel te financieren bij reductie van de staatsschuld of verhoging van arbeidsparticipatie.¹³³

Essentieel voor de instandhouding van het intergenerationele contract is

de geloofwaardigheid van de toezegging. De overheid moet zich daarom voor de zeer lange termijn wettelijk vastleggen op de omvang van de verzekerde zorg en de wijze waarop deze gefinancierd wordt. In Denemarken heeft de overheid aangegeven dat het beleid tot 2010 gericht zal zijn op het creëren van begrotingsoverschotten van 1,5 – 2,5% bbp. Daardoor zal de staatsschuld afnemen tot 25% bbp. De daaruit resulterende renteverlaging schept voldoende ruimte om de kosten van de vergrijzing binnen het budget op te vangen. De Nederlandse overheid moet zich op een vergelijkbaar beleid voor de lange termijn vastleggen – en daaraan vasthouden – om de intergenerationele solidariteit te ondersteunen.

8.5 Organisatie

Decentrale verantwoordelijkheid, private uitvoering

Het waarborgen van een maatschappelijk bepaald niveau van zorg voor kwetsbare ouderen is een overheidstaak. De organisatie van de zorg kan het beste decentraal en door private aanbieders geschieden. Dit kan zowel door *profit*- als *non-profit* instellingen gebeuren. Daarbij is belangrijk dat er keuze tussen verschillende aanbieders is. Concurrentie tussen aanbieders bevordert niet alleen het kostenbewustzijn, maar moedigt ook de ontwikkeling van nieuwe creatieve vormen van geïntegreerde zorg voor kwetsbare ouderen aan.

Kwaliteitsbewaking door concurrentie en transparantie

Denemarken kent geen landelijke richtlijnen voor de kwaliteit van zorg voor zijn kwetsbare ouderen. Lokale overheden zijn vrij om zelf te bepalen welk niveau van dienstverlening zij aan hun burgers willen garanderen, als zij maar expliciet maken welk niveau van zorg zij waarborgen. Bovendien dienen zij aan hun inwoners keuzevrijheid te garanderen. Omdat zorgaanbieders kenbaar moeten maken welke kwaliteit zij leveren, kunnen burgers de kwaliteit vergelijken met die van andere aanbieders. Deze combinatie van concurrentie en transparantie heeft een positieve uitwerking op het niveau van zorgverlening in Denemarken en verdient ook in Nederland navolging. Dit betekent dat ook hier instellingen (of overheden) die verantwoordelijk zijn voor de zorg voor ouderen, minimum kwaliteitseisen moeten opstellen waaraan de zorg moet voldoen en voor het publiek zichtbaar moeten maken in hoeverre aan deze eisen wordt voldaan.

Decentrale indicatiestelling

Veel landen, waaronder Nederland, zijn de kant opgegaan van een centrale, onafhankelijke indicatiestelling op basis van steeds gedetailleerdere, landelijke richtlijnen om ongelijke behandeling en risico's van oneigenlijk gebruik of fraude te voorkomen. De keerzijde hiervan is een steeds

grotere mate van bureaucratie, waardoor de slagvaardigheid (snelle beslissingen) en doelmatigheid sterk afnemen.

Het beoordelen van de behoefte aan langdurige zorg moet zoveel mogelijk worden overgelaten aan professionals, die dagelijks met de cliënten te maken hebben. Eenvoudige richtlijnen kunnen daarbij volstaan. Een dergelijke indicatiestelling, eventueel aangevuld met een controlesysteem dat toetst op statistisch onwaarschijnlijke afwijkingen, is efficiënter om de risico's van oneigenlijk gebruik te beperken dan gedetailleerde landelijke richtlijnen die alle mogelijkheden voor het bieden van maatwerk wegnemen.

Noten

- ¹ Gibson et al., 2003: Long-term care in developed nations.
- ² Ministerie van VWS, 2004: Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning, Tweede Kamer 2003-2004, 29538, nr. 1.
- ³ Van Hoorn en De Beer, 2001: 'Trends in leven', p. 7-9.
- ⁴ Van den Bergh Jeths et al., 2004: Ouderen nu en in de toekomst, p. 96.
- ⁵ Van den Bergh Jeths et al., 2004: Ouderen nu en in de toekomst.
- ⁶ Jacobzone, 1999: Ageing and care for frail elderly persons, p. 10.
- ⁷ Onder 'ernstige beperkingen' wordt verstaan het onvermogen om activiteiten die noodzakelijk zijn voor het dagelijkse leven (zoals opstaan, wassen, eten bereiden, naar toilet gaan, verplaatsen) zonder substantiële hulp van anderen te verrichten.
- ⁸ Jacobzone, 1999: Ageing and care for frail elderly persons, p. 11.
- ⁹ Het RIVM signaleert dat het aandeel van de bevolking van 55 jaar en ouder dat wordt geconfronteerd met ADL-beperkingen (activities of daily living) in de periode 1989-2000 stabiel is gebleven. Daarbij is het aandeel vrouwen met ADL-beperkingen significant toegenomen, terwijl het aandeel mannen met beperkingen is afgenomen. RIVM, 'Neemt de gezonde levensverwachting in Nederland toe of af?', in: Nationaal Kompas Volksgezondheid.
- ¹⁰ Thio, 2002: De inkomenspositie van ouderen, p. 9.
- ¹¹ Thio, 2002: De inkomenspositie van ouderen, p. 14.
- ¹² In deze berekeningen zijn de gevolgen van de beurscrisis voor de aanvullende pensioenen niet verdisconteerd.
- ¹³ SCP, 1996: Sociaal en Cultureel Rapport 1996, p. 162.
- ¹⁴ CPB, 2005: Naar een toekomstbestendig stelsel voor arbeidsmarkt en sociale zekerheid, p. 7.
- ¹⁵ Zie ook de Commissie van Sociaal-Economische Deskundigen van de SER, 1999: Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing, p. 62.
- ¹⁶ CBS, Vermogensstatistiek 2000.
- ¹⁷ Van den Berg Jeths et al., 2004: Ouderen nu en in de toekomst, p. 98.
- ¹⁸ Jacobzone, 1999: Ageing and care for frail elderly persons, p. 8.
- ¹⁹ Poglianich, 1988: Life care communities: evaluating a promising retirement alternative.
- ²⁰ Van der Berg Jeths, 2004: Ouderen nu en in de toekomst.
- ²¹ Timmermans en Woittiez, 2004: Verpleging en verzorging verklaard.
- ²² Gibson et al., 2003: Long-term care in developed nations, p. 4.
- ²³ Van den Berg Jeths et al., 2004: Ouderen nu en in de toekomst.
- ²⁴ Cutler en Sheiner, 1993: Policy options for long term care.
- ²⁵ Jacobzone, 1999, Ageing and care for frail elderly persons, p. 37.
- ²⁶ Brief van 15 september 2003, Tweede Kamer 2002-2003, 26631, nr. 37.

- 27 Bron: SCP, 2004: Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen, p. 244.
- 28 Van Lindert, Droomers en Westert, 2004: Tweede nationale studie
naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk.
- 29 WHO, 2002: Innovative care for chronic conditions.
- 30 Milbank Memorial Fund, 1999: Patients as effective collaborators in
managing chronic conditions.
- 31 Donaldson, 2003. 'Expert patients usher a new era of opportunity
for the NHS'.
- 32 Milbank Memorial Fund, 1999: Patients as effective collaborators in
managing chronic conditions, p. 5-6.
- 33 Rich et al., 1995: 'A multidisciplinary intervention to prevent the
readmission of elderly patients with congestive heart failures'.
- 34 NYFER, 2005: Van patient tot partner.
- 35 WHO, 2002: Innovative care for chronic conditions.
- 36 Jenson en Jacobzone, 2000: Care allowances for the frail elderly and
their impact on women caregivers, p. 9
- 37 Timmermans, 2003: Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantel-
zorgers.
- 38 Van den Berg Jeths, 2004: p. 107.
- 39 Ministerie van VWS, 2004: Op weg naar een bestendig stelsel voor
langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning, Tweede Kamer,
2003-2004, 29538, nr. 1.
- 40 Uit Amerikaans onderzoek blijkt dat vermogende mensen (die een
potentiële erfenis kunnen nalaten) meer 'onbetaalde' zorg van hun
kinderen ontvangen dan minder vermogende ouderen. Vermogende
ouderen kopen dus zorg van hun kinderen in met hun erfenis.
- 41 Blackman, 2000: 'Defining responsibility for care: approaches to the
care of older people in six European countries'.
- 42 Gramain, 1998: The costs of long-term care according to living
arrangements.
- 43 Jenson en Jacobzone, 2000: Care allowances for the frail elderly and
their impact on women caregivers, p. 12.
- 44 Muurinen, 1986: 'The economics of informal care'.
- 45 Timmermans, 2003: Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantel-
zorgers.
- 46 Timmermans, 2003: Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantel-
zorgers, p. 192.
- 47 Timmermans, 2003: Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantel-
zorgers.
- 48 Jenson en Jacobzone, 2000: Care allowances for the frail elderly and
their impact on women caregivers, p. 26.
- 49 Idem, p. 26.
- 50 Idem, p. 23.
- 51 Gibson et al, 2003: Long-term care in developed nations, p. 7.
- 52 Jenson en Jacobzone, 2000: Care allowances for the frail elderly and
their impact on women caregivers, p. 36.

- 53 Van der Windt, 2004: Regiomarge 2003: Arbeidsmarktverkenning
verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalpedagogen.
- 54 Timmermans, 2003: Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantel-
zorgers, p. 151.
- 55 Timmermans en Woittiez, 2004: Verpleging en verzorging verklaard.
56 De laatste jaren neemt het aantal bewoners van verpleeg- en verzor-
gingshuizen al nauwelijks meer toe.
- 57 Timmermans en Woittiez, 2004: Verpleging en verzorging verklaard,
p. 52.
- 58 Docteur en Oxley, 2003: Health-care systems: lessons from the
reform experience.
- 59 Cutler en Sheiner, 1993: Policy options for long-term care.
- 60 Heijmans, Peters, Rijken en Verhaak, 2003: 'Ziek zijn eist zijn tol'.
61 NYFER, 2005: Van patiënt tot partner.
- 62 SCP, 2004: Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen.
- 63 Shleifer, 1998: 'State versus private ownership', in: Journal of
Economic Perspectives, vol. 12, no. 4, p. 133-150.
- 64 Oudere in Almelo krijgt speciale arts, in: Het financiële Dagblad,
18 maart 2005.
- 65 Inspectie voor de Gezondheidszorg, 2004: Verpleeghuizen garande-
ren minimale zorg niet.
- 66 Zie ook het onderzoek van The, 2005: In de wachtkamer van de
dood, dat een onthutsend beeld schetst van de zorg aan demente-
rende ouderen
- 67 Brodsky, Habib en Mizrahi, 2000: Long term care laws in five devel-
oped countries.
- 68 European Commission, 2002: Questionnaire on health and long-
term care for the elderly – Denmark.
- 69 Larizgoitia, 2003: 'Approaches to evaluating LTC systems', p. 238.
- 70 Gibson et.al., 2003: Long-term care in developed nations, p. 26.
- 71 Jacobzone, 1999: Ageing and care for frail elderly persons, p. 12
(voetnoot 6).
- 72 Ministerie van VWS, 2004: Op weg naar een bestendig stelsel voor
langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning, Tweede Kamer
2003-2004, 29538, nr. 1, p. 22.
- 73 Ahlstrom, Tumilson en Lambrew, 2004: Linking reverse mortgages
and long-term care insurance, p. 13.
- 74 Idem, p. 12-13.
- 75 Bakstenen verzilveren, in: NRC Handelsblad, 26 en 27 februari
2005.
- 76 Wittenberg, Sandhu en Knapp, 2002: 'Funding long-term care: the
public and private options'.
- 77 Zorgsparen (bijvoorbeeld naar analogie van de medical savings
accounts in Singapore) is vooral geschikt voor kleine, voorspelbare
uitgaven aan zorg, niet voor grote uitgaven die slechts weinigen tref-
fen. Zie ook Jeurissen, 2005: Houdbare solidariteit in de gezond-
heidszorg, p. 51.

- 78 Cutler, 1993: Why doesn't the market fully insure long-term care?
- 79 Brown en Finkelstein, 2004: Supply or demand: why is the market
for long-term care insurance so small?
- 80 Wittenberg et al., 2002: 'Funding long-term care: the public and
private options'.
- 81 Barr, 1998: Economics of the welfare state.
- 82 Wittenberg et al., 2002: 'Funding long-term care: the public and
private options'
- 83 Garber, 1995: To comfort always.
- 84 Cutler, 1993: Why doesn't the market fully insure long-term care?
- 85 Wittenberg et al., 2002: 'Funding long-term care: the public and
private options'
- 86 Recent onderzoek in het Verenigd Koninkrijk suggereert echter dat
zo'n belastingverlichting de vraag maar weinig bevordert, zodat een
dergelijke belastinguitgave voornamelijk deadweight loss zou veroor-
zaken. Zie Wittenberg, 2002: p. 241.
- 87 Royal Commission on Long-term Care, 1999: With respect to old
age, p. 86.
- 88 Wittenberg et al., 2002: 'Funding long term care: the public and
private options', p. 241.
- 89 Idem, p. 242.
- 90 Wittenberg et al., 2002: 'Funding long term care: the public and
private options', p. 243.
- 91 Wittenberg et al., 2002: 'Funding long term care: the public and
private options', p. 244.
- 92 Wittenberg et al., 2002: 'Funding long term care: the public and
private options', p. 243.
- 93 Ook de SER wijst op het belang van een evenwichtige verdeling van
collectieve lasten over generaties. SER, 2005: Van alle leeftijden.
- 94 Bron: Verbon et al., 2000: Economische theorie van overlappende-
generatiemodellen.
- 95 Kotlikoff et al., 1988: 'Social contracts as assets: a possible solution
to the time-consistency problem'.
- 96 Wiener et al., 1994: Sharing the burden.
- 97 Ministerie van VWS, 2004: Op weg naar een bestendig stelsel voor
langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning, p. 4.
- 98 Consumentenbond, 2003: Zwartwitboek. Vastgelopen in de zorg.
- 99 Brickley, Smith en Zimmerman, 2004: Managerial economics and
organizational architecture.
- 100 Jacobzone, 1999: Ageing and care for frail elderly persons, p. 12.
- 101 Joel, 1997, geciteerd in Jacobzone, 1999.
- 102 Mudde, 2004: Zweden deed vijftien jaar over hervorming ouderen-
zorg.
- 103 RVZ, 2001: Over schotten in care en cure: opvattingen en werkwij-
zen

- ¹⁰⁴ Nies, 2004: 'Introduction', in: Managing integrated care for the older people – European perspectives and good practices.
- ¹⁰⁵ Nies, H., 2004: 'Introduction', in: Managing integrated care for the older people – European perspectives and good practices.
- ¹⁰⁶ Ministerie van VWS, 2004: Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning, Tweede Kamer 2003-2004, 29538, nr. 1, p. 14.
- ¹⁰⁷ Voor een overzicht zie Teulings, Bovenberg en Van Dalen, 2003: De calculus van het publieke belang.
- ¹⁰⁸ Zie ook RVZ, 2002: Winst en gezondheidszorg.
- ¹⁰⁹ Bovenberg en Gradus, 2001: 'De economie van moeder Theresa'.
- ¹¹⁰ Bovenberg en Teulings, 2000: 'De economie van privatisering', p. 308.
- ¹¹¹ Zie ook RVZ, 2003: Van patiënt tot klant, p. 55.
- ¹¹² Halloran, 1998: Towards a people's Europe.
- ¹¹³ Brodsky, Habib en Mizrahi, 2000: Long-term care laws in five developed countries, p. 21.
- ¹¹⁴ Ministerie van VWS, 2004: Beleidsbrief "Het PGB gewogen". Evaluatie en vooruitblik.
- ¹¹⁵ Zie ook CPB, 2004: Momentopname van de AWBZ.
- ¹¹⁶ Appelman, 2002: 'Improving transparency in health care: a key role for government'.
- ¹¹⁷ Larizgoitia, 2003: 'Approaches to evaluating long-term care systems', p. 238.
- ¹¹⁸ Ten Have, Van Hulst en Visser, 2004: Internationale vergelijking langdurige zorg, p. 68.
- ¹¹⁹ Ten Have, Van Hulst en Visser, 2004: Internationale vergelijking langdurige zorg, p. 51.
- ¹²⁰ Putnam, 2000: Bowling alone.
- ¹²¹ WRR, 2004: Bewijzen van goede dienstverlening, p. 192.
- ¹²² Dirkmaat, Van Genugten en De Wit, 2003: De kosten-effectiviteit van preventie.
- ¹²³ Kenkel, 2000: 'Prevention'.
- ¹²⁴ Ministerie van VWS, 2003: Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag, p. 12.
- ¹²⁵ Zie over dit vraagstuk ook RVZ, 2005: Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg.
- ¹²⁶ De beschrijving van het Deense stelsel van ouderenzorg is gebaseerd op: European Commission, 2002: Questionnaire on health and long-term care for the elderly – Denmark.
- ¹²⁷ De beschrijving van het Oostenrijkse stelsel van ouderenzorg is gebaseerd op: Brodzky, Habib en Mizrahi, 2000: Long-term care laws in five developed countries – a review, en European Commission, 2002: Questionnaire on health and long-term care for the elderly – Austria.

- ¹²⁸ De beschrijving van het Amerikaanse stelsel van ouderenzorg is gebaseerd op: Gale et al., 2004: Retirement saving and long-term care needs: an overview.
- ¹²⁹ Wiener en Stevenson, 1997: Long term care for the elderly and state health policy.
- ¹³⁰ Activities of Daily Living. Hieronder vallen: wassen, aankleden, eten, naar toilet gaan, verplaatsen en continëntie.
- ¹³¹ Zie ook NYFER, 2005: Van patiënt tot partner.
- ¹³² De RVZ heeft al eerder bepleit meer aandacht te schenken aan preventiebeleid voor ouderen. RVZ, 1996: Preventie en ouderen.
- ¹³³ Zie ook SER, 2005: Van alle leeftijden.

Bijlagen

Bijlage 1

Lijst van afkortingen

ADL's	Activities of Daily Living
AOW	Algemene Ouderdomswet
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
bbp	bruto binnenlands product
CBO	Centraal Begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing
CPB	Centraal Planbureau
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CWI	Centrum voor Werk en Inkomen
LCC	life care community
COPD	chronic obstructive pulmonary diseases
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
Pbg's	persoonsgebonden budgetten
RIO	Regionaal Indicatie Orgaan
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SER	Sociaal-Economische Raad
SZW	Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid
VS	Verenigde Staten
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization
WMO	Wet maatschappelijke ondersteuning
WW	Werkloosheidswet
WWB	Wet Werk en Bijstand

Bijlage 2

Literatuur

Ahlstrom, A., A. Tumilson en J. Lambrew. Linking reverse mortgages and long-term care insurance. Washington D.C.: The Brookings Institution, 2004.

Appelman, M. 'Improving transparency in health care: a key role for government'. CPB Report, 4, 2002.

Barr, N. Economics of the welfare state. Oxford : Oxford University Press, 1998.

Bergh Jeths, A., et al. Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020. Houten: RIVM/SCP, Bohn Stafleu Van Loghum, 2004.

Blackman, T. 'Defining responsibility for care: approaches to the care of older people in six European countries'. International Journal of Social Welfare, 2000, no. 9, p. 181-190.

Bovenberg, A.L. en R.H.J.M. Gradus, 2001: 'De economie van moeder Theresa'. ESB, 86, no. 4315, p. 516-519.

Bovenberg, A.L. en C.N. Teulings. 'De economie van privatisering'. ESB, 85, 2001, no. 4251, p. 304-308.

Brickley, J., C.W. Smith en J. Zimmerman. Managerial economics and organizational architecture. New York: McGraw-Hill, 2004.

Brodzky, J., J. Habib en I. Mizrahi. Long-term care laws in five developed countries: a review. Jerusalem: JDC Brookdale Institute of Gerontology and Human Development, 2000.

Brown, J.R. en A. Finkelstein. Supply or demand: why is the market for long-term care insurance so small? NBER Working Papers, 2004, no. 10782.

Commissie van Sociaal-economische Deskundigen van de SER. Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing. Den Haag: SER, 1999.

Consumentenbond. Zwartwitboek: vastgelopen in de zorg. Den Haag: Consumentenbond, 2003.

Centraal Planbureau. Momentopname van de AWBZ: een analyse van sterke en zwakke punten. Den Haag: CPB, 2004.

Centraal Planbureau. Naar een toekomstbestendig stelsel voor arbeidsmarkt en sociale zekerheid. Den Haag: CPB, 2005.

Cutler, D.M. Why doesn't the market fully insure long-term care? NBER Working Papers, 1993, no.4301.

Cutler, D.M. en L.M. Sheiner. Policy options for long term care. NBER Working Papers, 1993, no. 4302.

Docteur, E. en H. Oxley. Health-care systems: lessons from the reform experience. OECD Health Working Papers, 2003, no.9.

Donaldson, L. 'Expert patients usher a new era of opportunity for the NHS'. British Medical Journal, no. 326, p. 1279-1280.

European Commission. Questionnaire on health and long-term care for the elderly. Austria: EC, 2002.

European Commission. Questionnaire on health and long-term care for the elderly. Denmark: EC, 2002.

Gale, W.G., et al.. Retirement saving and long-term care needs: an overview. Washington D.C.: The Brookings Institution, 2004.

Garber, A.M. To comfort always: the prospects of expanded social responsibility for long-term care. NBER Working Paper, 1996, no. 5034.

Gibson, M.J., S.R. Gregory en S.M. Pandya. Long-term care in developed nations: a brief overview. Washington D.C : AARP Public Policy Institute, 2003.

Gramain, A. The costs of long-term care according to living arrangements: a survey, Labour Market and Social Policy Occasional Papers. Paris: OECD, 1998.

Halloran, J., et al. Towards a people's Europe: a report on the development of direct payments in 10 member states of the European Union. European Social Network, 1998.

Have, A. ten, B. van Hulst en M. Visser. Internationale vergelijking langdurige zorg. Rotterdam: Ecorys-NEI, 2004.

- Heijmans, M. 'Ziek zijn eist zijn tol'. Medisch Contact, 58, 2003, no. 30/31.
- Hoorn, W. van en J. de Beer. 'Trends in leven'. In: Index, no. 8, 2001, p. 7-9.
- Inspectie voor de Gezondheidszorg. Verpleeghuizen garanderen minimale zorg niet. Den Haag: IGZ, 2004.
- Jacobzone, S. Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives. Labour Market and Social Policy Occasional Papers. Paris: OECD, 1999.
- Jenson, J. en S. Jacobzone. Care allowances for the frail elderly and their impact on women caregivers. Labour Market and Social Policy Occasional Papers. Paris: OECD, 2000.
- Jeurissen, P.P.T. Signalement Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg. Zoetermeer: RVZ, 2005.
- Kenkel, D.S. 'Prevention', in: A.Y. Culyer en J.P. Newhouse. Handbook of health economics. Elsevier Science, 1B, Ch. 31, 2000, p. 1676-1720.
- Klerk, M.M.Y. de. Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004. Den Haag: SCP, 2004.
- Kotlikoff, L.J., T. Persson en L.E.O. Svensson. 'Social contracts as assets: a possible solution to the time-consistency problem'. American Economic Review, 78, 1988, p. 662-677.
- Larizgoitia, I. 'Approaches to evaluating LTC systems'. WHO: Key policy issues in long-term care, Ch. 7, 2003, p. 227-240.
- Lindert, H. van, M. Droomers en G.P. Westert. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk, een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik.. Utrecht, Bilthoven: NIVEL/RIVM, 2004.
- Millbank Memorial Fund. Patients as effective collaborators in managing chronic conditions. New York: MMF, 1999.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag: Ministerie VWS, 2003.
- Mudde, L. Zweden deed vijftien jaar over hervorming ouderenzorg, 2004. www.vng.nl.

Muurinen, J-M. 'The economics of informal care: labour market effects in the National Hospice Study'. *Medical Care*, 24, 1986, p. 1007-1017.

Nies, H.. 'Introduction'. In: Vaarama, M. en R. Pieper. *Managing integrated care for the older people: European perspectives and good practices*. Helsinki: Stakes, 2004.

NYFER. *Van patiënt tot partner*. Breukelen: NYFER, 2005.

Poglianich, A. 'Life care communities: evaluating a promising retirement alternative'. *Journal of Financial Planning*, 9, 1988, no. 1, p. 29-34.

Putnam, R.D. *Bowling alone. The collapse and revival of American community*. New York: Touchstone, 2000.

Rich, M.W., et al. 'A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failures'. *New England Journal of Medicine*, 333, 1995, p. 1190-1195.

RIVM. *Nationaal Kompas Volksgezondheid*. www.rivm.nl.

Rizzo, J.A., et al. 'The cost-effectiveness of a multifactorial targeted prevention program for falls among community elderly persons'. *Md Care*, 34, 1996, p.954-969.

Royal Commission on Long-term Care. *With respect to old age*. London: The Stationary Office, 1999.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Preventie en ouderen*. Zoetermeer: RVZ, 1996.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Over schotten in care en cure: opvattingen en werkwijze*. Zoetermeer: RVZ, 2001.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Winst en gezondheidszorg*. Zoetermeer: RVZ, 2002.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Van patiënt tot klant*. Zoetermeer: RVZ, 2003.

Sociaal Cultureel Planbureau. *Sociaal en Cultureel Rapport 1996*. Den Haag: SCP, 1996.

Sociaal Cultureel Planbureau. *Zorg en wonen voor kwetsbare ouderen. Rapportage ouderen 2004*. Den Haag: SCP, 2004.

Sociaal-Economische Raad. Van alle leeftijden. Advies over een toekomstgericht ouderenbeleid op het terrein van werk, inkomen, pensioenen en zorg. Den Haag: SER, 2005.

Shleifer, A. 'State versus private ownership'. Journal of Economic Perspectives, 12, 1998, no. 4, p. 133-150.

Teulings, C.N., A.L. Bovenberg en H.P. van Dalen.: De calculus van het publieke belang. Den Haag: Kenniscentrum voor Ordeningsvraagstukken, 2003.

The, A-M. In de wachtkamer van de dood. Amsterdam: Uitgeverij Thoeoris, 2005.

Thio, V. De inkomenspositie van ouderen. Den Haag: Ministerie van SZW, 2002.

Timmermans, J.M. Mantelzorg. Over de hulp van en aan mantelzorgers. Den Haag: CP, 2003.

Timmermans, J.M. en I.B. Woittiez. Verpleging en verzorging verklaard. Den Haag: SCP, 2004.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Op weg naar een bestendig stelsel voor langdurige zorg en maatschappelijke ondersteuning. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2003-2004. No. 29538-1.

Tweede Kamer der Staten Generaal. Beleidsbrief Het PGB gewogen". Evaluatie en vooruitblik. Den Haag: Sdu Uitgevers, vergaderjaar 2004-2005. No. 25651.

Verbon, H.A.A., B.J.A.M. van Groezen en Th. Leers. Economische theorie van overlappende-generatiemodellen, WRR Werkdocument 105. Den Haag: WRR, 2000.

World Health Organization. Innovative care for chronic conditions: building blocks for action. Genève: WHO, 2002.

Wiener, J.M., L.H. Illston en R.J. Hanley. Sharing the burden: strategies for public and private long-term care insurance. Washington D.C.:Brookings Institution, 1994.

Wiener, J.M. en D.G. Stevenson. Long term care for the elderly and state health policy. Washington: The Urban Institute, 1997.

Windt, W. van der. Regiomarge 2003: Arbeidsmarktverkenning verpleegkundigen, verzorgenden en sociaalpedagogen. Utrecht: Sectorfondsen Zorg en Welzijn, 2003.

Wittenberg, R., B. Sandhu en M. Knapp. 'Funding long-term care: the public and private options' In: Mossialis, E., J. Figueras en A. Dixon. Funding health care: options for Europe, Ch. 10, 2002, p. 226-249.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Bewijzen van goede dienstverlening. Amsterdam: University Press Amsterdam, 2004.

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net).
Tevens kunt u de adviezen telefonisch aanvragen bij de RVZ (079 3 68 73 11).

De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

Adviezen en achtergrondstudies

05/11	Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het in 2005 uit te brengen advies over de AWBZ)	€	15,00
05/07	Medische diagnose: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij het advies Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid)	€	15,00
05/06	Medische diagnose: kiezen voor deskundigheid	€	15,00
05/05	Weten wat we doen: verspreiding van innovaties in de zorg (achtergrondstudie bij het advies Van weten naar doen)	€	15,00
05/04	Van weten naar doen	€	15,00
05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier		gratis
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)	€	15,00
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning		gratis
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)		gratis
04/08	Gepaste zorg	€	15,00
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€	15,00
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€	15,00
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€	15,00
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€	15,00
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€	15,00
04/01E	The state of the system (Engelse vertaling van het advies De Staat van het stelsel)		gratis
04/01	De Staat van het Stelsel	€	15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€	15,00
03/14	Acute zorg	€	15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€	15,00
03/12	Gemeente en zorg	€	15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€	15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€	15,00

03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€ 15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€ 15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€ 15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€ 15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€ 15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€ 15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€ 15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€ 15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€ 15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€ 15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/05	E-health in zicht	€ 15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€ 15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€ 13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€ 13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61

01/08	Verzekerbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€	13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€	13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkenkende studie)	€	11,34
01/04E	Healthy without care	€	9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€	19,29
00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€	13,61
00/03	De rollen verdeeld	€	13,61

Bijzondere publicaties

05/10	Uw stem in de WMO (brochure bij het briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning (05/01) en het advies Gemeente en zorg (03/12))	€	15,00
05/09	Internetgebruiker en veranderingen in de zorg	€	15,00
05/08E	The Dutch health care market: towards healthy competition (Engelse vertaling samenvattingen van de adviezen Winst en gezondheidszorg, Marktwerking in de medisch specialistische zorg en Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)		gratis
04/11	RVZ: sanus sine cure (rapport bij evaluatieverslag 2000-2004)		gratis
04/10	Evaluatierapport RVZ 2000-2004		gratis
04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)	€	15,00
03/11E	The preferences of healthcare customers in Europe		gratis
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€	15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€	15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen		gratis
01M/01E	E-health in the United States	€	11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€	9,08
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€	6,81
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel	€	9,08
01M/01	Management van beleidsadvisering	€	11,34
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€	6,81

Signalementen met achtergrondstudies

Sig 05/03	Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)	€	15,00
Sig 05/02	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg	€	15,00
Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid	€	15,00
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€	15,00

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2004	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2005	gratis
De vertwijfeling van de mantelmeeuw 2004	gratis
Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)	gratis

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.

VG 05/04	Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/03	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/02	Genitale verminking in juridisch perspectief (achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VG 05/01	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking	gratis

Werkprogramma's en jaarverslagen

00/02	Werkprogramma RVZ 2001 – 2002	gratis
04/12	Jaarverslag 2002-2003 RVZ	gratis
02/08	Jaarverslag 2001 RVZ	gratis
01/06	Jaarverslag 2000 RVZ	gratis
00/01	Jaarverslag 1999 RVZ	gratis