



## PEER REVIEW

OP HET GEBIED VAN

SOCIALE BESCHERMING EN

SOCIALE INCLUSIE

2008

LANGDURIGE ZORG: HOE KAN BETAALBARE,  
DUURZAME LANGDURIGE ZORG GEORGANISEERD  
WORDEN GEZIEN DE BEPERKINGEN VAN  
COLLECTIEVE VERSUS INDIVIDUELE REGELINGEN EN  
VERANTWOORDELIJKHEDEN

NEDERLAND, 10-11 FEBRUARI 2009

## SYNTHE RAPPORT



Namens  
de Europese Commissie  
DG Werkgelegenheid, sociale  
zaken en gelijke kansen



## PEER REVIEW

OP HET GEBIED VAN

SOCIALE BESCHERMING EN

SOCIALE INCLUSIE

2008

# LANGDURIGE ZORG: HOE KAN BETAALBARE, DUURZAME LANGDURIGE ZORG GEORGANISEERD WORDEN GEZIEN DE BEPERKINGEN VAN COLLECTIEVE VERSUS INDIVIDUELE REGELINGEN EN VERANTWOORDELIJKHEDEN

IN SAMENWERKING MET HET MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID,  
WELZIJN EN SPORT

HEINZ ROTHGANG, CENTRUM VOOR SOCIAAL BELEID (ZES),  
UNIVERSITEIT BREMEN

KARSTEN ENGELKE, INSTITUUT VOOR GEZONDHEIDS- EN MEDISCH  
RECHT (IGMR), UNIVERSITEIT BREMEN

NEDERLAND, 10-11 FEBRUARI 2009

## SYNTHESE RAPPORT



Namens

de Europese Commissie  
DG Werkgelegenheid, sociale  
zaken en gelijke kansen



Deze publicatie wordt ondersteund door het communautair programma voor werkgelegenheid en maatschappelijke solidariteit van de Commissie (PROGRESS) (2007–2013). Dit programma wordt beheerd door het Directoraat-generaal Werkgelegenheid, sociale zaken en gelijke kansen van de Europese Commissie. Het is opgezet om de tenuitvoerlegging van de doelstellingen van de Europese Unie op het gebied van werkgelegenheid en sociale zaken, zoals opgenomen in de Sociale Agenda, financieel te ondersteunen en om op die gebieden bij te dragen aan de verwezenlijking van de Lissabonstrategie.

Het zevenjarig programma is gericht op alle belanghebbenden die kunnen meehelpen aan de ontwikkeling van een passende en doeltreffende wetgeving en beleid inzake werkgelegenheid en sociale zaken, met betrekking tot de landen van de EU-27, de EVA/EEA-landen en kandidaat en potentiële kandidaat-landen

PROGRESS moet de EU-bijdrage versterken tot staving van de toezeggingen en inspanningen van de lidstaten om meer en betere jobs te creëren en een meer samenhangende gemeenschap op te bouwen. Daarom zal PROGRESS op de volgende gebieden actief zijn:

- analyses verrichten en beleidsadviezen opstellen over de beleidsterreinen van PROGRESS;
- toezicht houden op en verslag doen over de tenuitvoerlegging van de EU-wetgeving en het EU-beleid op de beleidsterreinen van PROGRESS;
- het bevorderen van de overdracht van goed beleid, het van elkaar leren en wederzijdse ondersteuning tussen de lidstaten op het gebied van EU-doelstellingen en prioriteiten; en
- de standpunten van de belanghebbenden en de samenleving als geheel doorgeven.

Meer informatie is te vinden op:

<http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=327&langId=NL>

Meer informatie over de Peer Reviews en de Beleidsevaluaties, en andere relevante documenten is te vinden op:

<http://www.peer-review-social-inclusion.eu>.

De inhoud van deze publicatie weerspiegelt niet noodzakelijk de mening of het standpunt van het Directoraat-generaal Werkgelegenheid, sociale zaken en gelijke kansen van de Europese Commissie. Noch de Europese Commissie, noch personen die namens haar optreden zijn verantwoordelijk voor het verdere gebruik van de informatie in deze publicatie.

2009

PRINTED IN BELGIUM



---

# Inhoudstafel

Samenvatting	5
I. Inleiding	7
II. Achtergrond: de demografische uitdaging	9
III. Beleid en situatie in het gastland: Nederland	10
IV. Beleid en situatie in de deelnemende landen	12
V. Lessen	21
VI. Conclusies	32





## Samenvatting

Zoals vele EU-landen staat ook Nederland voor de uitdaging om de toenemende druk waaronder de langdurige zorg staat, in te perken en ervoor te zorgen dat het systeem toch betaalbaar blijft. Vooral in economisch moeilijke tijden als deze is dit van bijzonder belang. Daarom heeft de Nederlandse regering het publieke debat over de toekomst van de langdurige zorg geopend en voorgesteld om een Peer Review over dit onderwerp te houden. Het is volgens de Nederlandse overheid immers belangrijk dat ideeën met andere EU-lidstaten gedeeld, vergeleken en uitgewisseld kunnen worden.

De Peer Review bijeenkomst over het langdurige zorgbeleid beoogde de volgende vraag te onderzoeken: hoe kan betaalbare, duurzame langdurige zorg het best georganiseerd worden gezien de beperkingen van collectieve versus individuele regelingen en verantwoordelijkheden? De bijeenkomst vond van 10 tot 11 februari 2009 plaats in Den Haag (Nederland) in het kader van het programma “Peer Reviews op het gebied van sociale bescherming en sociale inclusie” van de Europese Commissie. Het Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport trad op als gastheer.

Naast deelnemers uit het gastland woonden vertegenwoordigers uit de 10 deelnemende landen de bijeenkomst bij, namelijk Oostenrijk, België, Estland, Duitsland, Hongarije, Polen, Roemenië, Slovenië, Zweden en het Verenigd Koninkrijk. De Europese belanghebbende partijen werden vertegenwoordigd door AGE (het Europees platform voor ouderen) en de EASPD (Europese koepel van voorzieningen voor personen met een handicap). Verder woonden ook vertegenwoordigers van het directoraat-generaal Werkgelegenheid, sociale zaken en gelijke kansen van de Europese Commissie en een thematische expert van de Universiteit Bremen (Duitsland) de bijeenkomst bij.

In het middenpunt van de Peer Review discussies stonden de volgende drie vragen; ze zijn volgens het gastland doorslaggevend bij de vrijwaring van de betaalbaarheid, duurzaamheid, toegankelijkheid en kwaliteit van de langdurige zorg:

- 1) In verband met financiering: “Hoe kan een evenwicht gevonden worden tussen collectieve en individuele regelingen en verantwoordelijkheden, zodat mensen zowel gebruik kunnen maken van collectieve regelingen (door remgeld of persoonsgebonden budgetten) als beroep kunnen doen op lokale overheden voor bijstand in geval van langdurige zorg?”



- 2) In verband met de afbakening tussen de verschillende zorgsystemen: “Waar moet de grens tussen langdurige gezondheidszorg en aanverwante voorzieningen zoals subsidies voor huisvesting en huishoudelijke hulp getrokken worden, zodat mensen weten op welke diensten ze recht hebben en de toewijzingsvoorwaarden eerlijk en transparant zijn?”
- 3) In verband met de beroepsbevolking en de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel: “Hoe kan de juiste balans tussen vraag en aanbod gevonden worden rekening houdend met zowel demografische factoren als met arbeidsmarktontwikkelingen?” Deze vraag heeft ook betrekking op de migratie van zorgverleners binnen de Europese Unie.

Tijdens de Peer Review werd bovendien het effect van de huidige financiële en economische crisis in de langdurige zorg besproken.

Tijdens de discussies werd er een consensus over de volgende kwesties bereikt:

- In verband met financiering: de deelnemers meenden dat privéverzekeringen gebaseerd op persoonlijke bijdragen niet als ruggengraat van het systeem kunnen fungeren. Indien ze risicogebonden zijn, komt de algemene zorgverlening in het gedrang en indien ze voor iedereen verplicht zijn, gaat het de facto om een vorm van sociale verzekering. Daarom was men van mening dat langdurige zorg hoofdzakelijk door de overheid gefinancierd moet worden door middel van sociale verzekeringen of belastingen.
- In verband met de afbakening tussen de verschillende systemen: hoewel de noodzaak van een duidelijke afbakening erkend werd, bestond er nog meer eensgezindheid over het feit dat geïntegreerde zorg, die volgens de deelnemers wenselijk en noodzakelijk is, door scherpere grenzen belemmerd zou kunnen worden.
- In verband met personeel: maatregelen met betrekking tot vraag en aanbod werden noodzakelijk geacht om een tekort aan zorgverleners in de toekomst te voorkomen. De migratie van zorgverleners tussen de Lidstaten werd niet gezien als de beste of enige oplossing op Europees niveau.

# I. Inleiding

De Peer Review bijeenkomst over het langdurige zorgbeleid beoogde de volgende vraag te onderzoeken: hoe kan betaalbare, duurzame langdurige zorg het best georganiseerd worden gezien de verplichtingen van collectieve versus individuele regelingen en verantwoordelijkheden. De bijeenkomst vond van 10 tot 11 februari 2009 plaats in Den Haag (Nederland) in het kader van het programma "Peer Reviews op het gebied van sociale bescherming en sociale inclusie" van de Europese Commissie. Het Nederlandse Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport trad op als gastheer.

Naast deelnemers uit het gastland woonden vertegenwoordigers uit de 10 deelnemende landen de bijeenkomst bij, namelijk Oostenrijk, België, Estland, Duitsland, Hongarije, Polen, Roemenië, Slovenië, Zweden en het Verenigd Koninkrijk. Europese belanghebbende partijen werden vertegenwoordigd door AGE (het Europees platform voor ouderen) en de EASPD (Europese koepel van voorzieningen voor personen met een handicap). Verder woonden ook vertegenwoordigers van het directoraat-generaal Werkgelegenheid, sociale zaken en gelijke kansen van de Europese Commissie en een thematische expert van de Universiteit Bremen (Duitsland) de bijeenkomst bij.

Dit Syntheserapport geeft de discussies weer die tijdens de bijeenkomst gevoerd werden. Het volgt de structuur van de Peer Review en van de begeleidende vragenlijst, en is gebaseerd op de discussienota, die als thematische achtergrondnota fungeerde.

De discussie concentreerde zich op de volgende drie subthema's, die door het gastland ter tafel werden gebracht:

- 1) In verband met financiering: "Hoe kan een evenwicht gevonden worden tussen collectieve en individuele regelingen en verantwoordelijkheden, zodat mensen zowel gebruik kunnen maken van collectieve regelingen (door remgeld of persoonsgebonden budgetten) als beroep kunnen doen op lokale overheden voor bijstand in geval van langdurige zorg?"
- 2) In verband met de afbakening tussen de verschillende zorgsystemen: "Waar moet de grens tussen de langdurige gezondheidszorg en aanverwante voorzieningen als subsidies voor huisvesting en huishoudelijke hulp getrokken worden, zodat mensen weten op welke diensten





---

ze recht hebben en de toewijzingsvoorwaarden eerlijk en transparant zijn?”

- 3) In verband met de beroepsbevolking en de beschikbaarheid van gekwalificeerd personeel: “Hoe kan de juiste balans tussen vraag en aanbod gevonden worden rekening houdend met zowel demografische factoren als met arbeidsmarktontwikkelingen?” Deze vraag heeft ook betrekking op de migratie van zorgverleners binnen de Europese Unie.

Tijdens het debat kwam er echter nog een nieuw thema ter sprake, namelijk de huidige financiële en economische crisis. Ook werd het effect van de crisis op korte en lange termijn in de verschillende Lidstaten besproken.

Hoofdstuk V van dit rapport gaat dieper in op elk van de bovengenoemde vier thema's. Hieraan voorafgaand wordt achtergrondinformatie over zowel de demografische uitdaging (hoofdstuk II) als over het beleid en de situatie in het gastland (hoofdstuk III) en in de deelnemende landen (hoofdstuk IV) gegeven. De conclusies vatten de belangrijkste lessen van de Peer Review samen.



## II. Achtergrond: de demografische uitdaging

De vraag naar langdurige zorg is vanzelfsprekend leeftijdsgebonden en de vraag naar langdurige zorg zal door de toenemende vergrijzing van de bevolking bijgevolg onvermijdelijk stijgen in de EU-lidstaten. De OESO verwacht dat het aandeel van de oudste ouderen, d.w.z. mensen met een leeftijd van 85 en ouder, tussen 2005 en 2030 zal verdubbelen van 1,5% van de bevolking naar 3,0%. Verwacht wordt dat dit aantal in 2050 5,2% zal bedragen, m.a.w. drie keer zo hoog als vandaag de dag. Omdat de oudste ouderen het grootste risico op afhankelijkheid lopen, geeft dit een idee van het toekomstig aantal mensen dat langdurige zorg nodig heeft. Deze opkomende trend kan enigszins getemperd worden door een afname van de leeftijdsgebonden afhankelijkheid, maar het staat buiten kijf dat de demografische veranderingen tot een hogere vraag naar langdurige zorg zullen leiden.

Bovendien wordt de vraag naar langdurige zorg gemakkelijk onderschat, als men alleen maar kijkt naar het prevalentiecijfer op een gegeven moment en niet naar het risico tijdens de gehele levensduur. Gegevens uit Duitsland tonen bijvoorbeeld aan dat er een kans van 50% bestaat dat mensen langdurige zorg nodig hebben, zelfs bij een enge definitie van langdurige zorg. Dit cijfer wordt bevestigd door gegevens uit de VS.<sup>1</sup> Langdurige zorg vormt dus voor iedereen een sociaal risico en bijgevolg moet de bescherming tegen dit risico beschouwd worden als een privilege van de welvaartsstaat in alle EU-landen.

De vraag hoe betaalbare en duurzame langdurige zorg het best georganiseerd kan worden, is dus van groot politiek en maatschappelijk belang en veel vragen rond deze problematiek wachten op een antwoord. Hoe kunnen we garanderen dat er in de toekomst een voldoende aanbod aan zorgverleners is? Waar kunnen voldoende en duurzame middelen gevonden worden om langdurige zorg te financieren? Hoe kunnen uitgaven aan langdurige zorg beheerd worden en betaalbaar blijven?

<sup>1</sup> De Peer Review discussienota gaat dieper in op deze kwestie en op de effecten van de demografische verandering op de langdurige zorg. Deze nota is beschikbaar op: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2008/how-to-organise-affordable-sustainable-long-term-care-given-the-constraints-of-collective-versus-individual-arrangements-and-responsibilities/discussion-paper>.



### III. Beleid en situatie in het gastland: Nederland

De situatie in het gastland Nederland vormde het uitgangspunt van de Review.<sup>2</sup> De gemiddelde levensverwachting in Nederland, dat 17 miljoen inwoners telt, is 78 jaar.

In het Nederlandse wettelijke kader zijn drie instrumenten van belang voor het langdurige zorgsysteem: de Zorgverzekeringswet (ZVW) die medische zorg dekt, de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) die ernstige langdurige ziekten of storingen dekt, en de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO) die door de lokale autoriteiten uitgevoerd wordt.

De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) werd in 1967 ingevoerd. De wet is een volksverzekering die iedereen die aan de wettelijke criteria voldoet, automatisch beschermt en verplicht om een wettelijke bijdrage te betalen, of men er nu gebruik van wenst te maken of niet. Het systeem wordt zowel gefinancierd door deze verzekeringspremies als door overheidssubsidies en persoonlijke bijdragen van zorgontvangers. De verzekering dekt het verblijf in zorginstellingen (verpleeghuizen of bejaardentehuizen) alsook thuiszorg voor kwetsbare ouderen, personen met een handicap en personen met chronische psychiatrische stoornissen.

Op het moment komt 3,6% van de Nederlandse bevolking (588 000 mensen) in aanmerking voor langdurige AWBZ-zorg. Toch steeg de kostprijs van de AWBZ — en daarom ook die van de premies — in de afgelopen tien jaar aanzienlijk. Tegenwoordig betaalt iemand met een modaal inkomen € 320.

Deze toename van de kosten kan slechts gedeeltelijk door demografische ontwikkelingen en door het stijgende aantal zorgbehoevende ouderen verklaard worden. Inderdaad, de AWBZ-uitgaven zijn veel sneller gestegen dan de uitgaven binnen de Zorgverzekeringswet (ZVW) voor medische zorg. Daardoor is de vrees ontstaan dat kosten die in feite door de ZVW gedekt zouden moeten worden, overgeheveld worden naar de AWBZ, met als gevolg dat de financiële last van de langdurige zorg buitensporig toegenomen is.

<sup>2</sup> Het Nederlandse beleid inzake langdurige zorg wordt samengevat in de nota van het gastland die beschikbaar is op: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2008/how-to-organise-affordable-sustainable-long-term-care-given-the-constraints-of-collective-versus-individual-arrangements-and-responsibilities/host-country-report>.

De thema's duurzaamheid, solidariteit en een duidelijke afbakening tussen de verschillende systemen staan daarom centraal in het Nederlandse debat. Momenteel wordt de langdurige zorg aangepast, opdat deze toegankelijk, van goede kwaliteit en betaalbaar zou blijven. De maatregelen omvatten onder meer een herdefinitie van de zorgtypes waarop mensen aanspraak kunnen maken en de waarborging dat het systeem efficiënter wordt (namelijk door de invoering van persoonsgebonden budgetten waarbij personen een toelage ontvangen die ze kunnen uitgeven aan zelfgekozen diensten). Verwacht wordt dat deze maatregelen tegen 2010 een besparing van € 800 miljard zullen opleveren. Ondanks deze inspanningen verwacht men toch dat de kost van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten door de demografische evolutie met 3% zal toenemen en dat de uitgaven van € 21 miljard in 2008 naar € 23 miljard in 2012 zullen stijgen.

## IV. Beleid en situatie in de deelnemende landen<sup>3</sup>

De manier waarop een land omgaat met de uitdaging om duurzame langdurige zorg te waarborgen, hangt grotendeels af van de structuur van de welvaartsstaat. Daarom analyseert dit hoofdstuk de situatie in de deelnemende landen en hun beleid met betrekking tot de problemen die Nederland naar voren bracht. De landen worden ingedeeld naargelang hun zorgstelsel.

### 1. Traditionele sociale verzekeringsstelsels: Duitsland, Oostenrijk, België

De sociale verzekeringsstelsels in Duitsland, België en Oostenrijk zijn in verschillende opzichten vergelijkbaar, maar bieden telkens een andere oplossing voor de verstrekking van langdurige zorg.

#### a) Financiering

De drie landen spreken verschillende financieringsbronnen aan. In Duitsland werd er in het midden van de jaren '90 een specifieke, verplichte verzekering voor langdurige zorg ingevoerd, die echter niet alle kosten dekt. Een deel van de gemaakte kosten wordt met eigen middelen, met belastingsgeld of met een inkomensafhankelijke bijstandsuitkering bestreden. Het Oostenrijkse "Pflegegeldgesetz" werd nog vroeger ingevoerd dan het Duitse systeem. Volgens de Oostenrijkse wet zijn met belastingsgeld gefinancierde uitkeringen uitsluitend voorbehouden voor extramurale zorg en wordt intramurale zorg financieel ondersteund door middel van sociale bijstand. In België valt langdurige gezondheidszorg onder de verplichte sociale zekerheid. Indien men zijn/haar autonomie verliest, heeft men recht op een aantal financiële tegemoetkomingen, die ofwel door de federale overheid uitbetaald worden (de palliatieve zorgpremie, de tussenkomst incontinentiemateriaal, de tussenkomst in geval van chronische ziekten) ofwel door de Gemeenschappen en de Gewesten.

Bijgevolg beperkt de overheidssteun aan de langdurige zorg zich in deze drie landen nooit tot een sociale verzekering. De drie landen voorzien telkens regelingen voor eigen bijdragen.

<sup>3</sup> Dit overzicht is gebaseerd op de nationale rapporten die als antwoord op de vragenlijst van het gastland fungeerden (zie: <http://www.peer-review-social-inclusion.eu/peer-reviews/2008/how-to-organise-affordable-sustainable-long-term-care-given-the-constraints-of-collective-versus-individual-arrangements-and-responsibilities>).

## b) Afbakening van het systeem

De drie landen beschouwen de afbakening tussen langdurige zorg en andere zorgsystemen telkens als enigszins problematisch. Het Belgische rapport legt de nadruk op de enorme versnippering van het nationale langdurige zorgstelsel, wat een reeks hiaten en onzekerheden inzake de dekking van bepaalde noden ten gevolge heeft. Vooral het onderscheid tussen tegemoetkomingen inzake gezondheidszorg wordt als problematisch ervaren. Het Oostenrijkse rapport geeft aan dat ziekenhuizen soms als *de facto* alternatief voor verpleeghuizen gebruikt worden. De Belgische overheid heeft bepaalde ziekenhuisvoorzieningen ingevoerd om dergelijke situaties te vermijden. In Duitsland spitst de discussie over de afbakening tussen gezondheids- en langdurige zorg zich toe op de medische apparatuur die in verpleeghuizen gebruikt wordt alsook op het onderscheid tussen basiszorg (gefinancierd door de langdurige zorgverzekering) en medische zorg (gefinancierd door de gezondheidszorg).

Geen enkel van de landenrapporten reikt duidelijke regels of criteria aan die een differentiatie tussen verschillende zorgtypes mogelijk maken. In feite onderstrepen de drie landenrapporten de nadelen van een strenge afbakening, vooral wat de integratie van verschillende zorgtypen voor ouderen betreft. Er werd immers opgemerkt dat hoe scherper de grens tussen gezondheidszorg en langdurige zorg getrokken wordt, hoe moeilijker het wordt om geïntegreerde zorg te verlenen. Vandaar dat Duitsland zich momenteel inspant om beide soorten dienstverlening aan te bieden via geïntegreerde langdurige zorgsteunpunten en verplichte counseling.

## c) Personeel

De drie landen melden een groeiende vraag naar personeel in zowel de verzorgingstehuizen als in de thuiszorg. Tenzij er stappen worden genomen om meer professionele arbeidskrachten aan te werven, verwachten de landen een personeelstekort in de nabije toekomst. Enkel België heeft een optimistischere kijk op de huidige stand van zaken. Oostenrijk daarentegen meldt dat meer en meer openstaande vacatures in de zorgsector ingenomen worden door verpleegkundigen die in het buitenland opgeleid zijn.

Aan de andere kant merken de landen op dat verschillende factoren het aantal zorgverleners nodig om kwaliteitsvolle zorg aan iedere zorgbehoevende te kunnen bieden, kunnen wijzigen. Zo wijst Oostenrijk erop dat het niveau van kwali-



teitsvolle zorgverlening in de toekomst bepaald zal worden door ontwikkelingen inzake kwaliteitsnormen, beleid en technologie alsook door de verwachtingen van de zorgontvangers en hun families. In Duitsland probeert men momenteel de kloof tussen de zorgvraag en het zorgaanbod te dichten door de formele zorg uit te breiden. België heeft het concept van zorgkundigen — erkende gezondheidszorgverleners die verpleegkundigen ondersteunen — ingevoerd. Bovendien heeft het land extra inspanningen geleverd om de werkomgeving, de relatie met de zorgontvangers en de werktevredenheid te verbeteren, onder andere door een betere ondersteuning van de informele zorg, bijzondere sociale akkoorden en de mogelijkheid dat zorgkundigen verpleegkundigen worden. Ook hebben verpleegkundigen betere vooruitzichten, nu ze zonder loonverlies opleidingen en bachelor-opleidingen kunnen volgen. Oostenrijk heeft eveneens maatregelen getroffen om de beroepsmobiliteit en doorstroommogelijkheden te verbeteren.

## 2. Het Scandinavische model: Zweden

### a) Financiering

14

In Zweden wordt bijna 96% van de uitgaven aan langdurige zorg gefinancierd door middel van gemeentebelastingen. De beschikbare dienstverlening is in dit systeem voor iedereen gelijk, maar het is mogelijk om bijkomende diensten van langdurige zorgverleners te kopen. Niettemin geeft het Zweedse rapport aan dat er in een operatief langdurig zorgstelsel in principe geen behoefte aan bijkomende diensten mag bestaan, omdat alle noden door de gemeentelijke dienstverlening gedekt zouden moeten worden. Aan de andere kant is remgeld in vele gemeenten gangbaar, op voorwaarde dat de zorgontvangers zich dit kunnen veroorloven.

### b) Afbakening van het systeem

Het Zweedse stelsel maakt een onderscheid tussen gezondheidszorg en langdurige zorg. De twee systemen worden op verschillende administratieve niveaus beheerd. Hoewel Zweden een duidelijke afbakening tussen beide systemen verkiest, geeft het land toe dat extra hulp nodig is om versnippering te voorkomen en de nadelen van deze structuur te omzeilen. In lijn met deze visie heeft het land 'loodsen' ingezet die zorgontvangers helpen om hun weg binnen deze systemen te vinden.



### c) Personeel

Zweden meldt momenteel geen problemen in verband met zorgpersoneel, maar verwacht een tekort binnen ca. 10 jaar door pensioneringen en een afname van de beschikbare beroepsbevolking door de demografische evolutie. Daarom wordt verwacht dat de vraag naar gekwalificeerd personeel zal toenemen. Onlangs is Zweden strategieën beginnen ontwikkelen die de aanwerving van voldoende gekwalificeerd personeel nastreven. Eind 2008 werd er een rapport gepubliceerd dat deze kwestie onderzoekt. Om gekwalificeerd personeel aan te trekken, is het essentieel dat een minimum kwalificatieniveau bepaald wordt en betere groei- en doorstroommogelijkheden aangeboden worden. Bovendien is Zweden van plan om leerprojecten over langdurige zorg in scholen op te starten.

## 3. De National Health Service: Verenigd Koninkrijk<sup>4</sup>

### a) Financiering

In Engeland worden langdurige zorgvoorzieningen gefinancierd door middel van belastingen. Aanvragen worden behandeld op basis van een evaluatie van de noden van de persoon in kwestie en omvatten ook een onderzoek naar zijn/haar vermogenstoestand. De bijdrage van de overheid aan de zorgkosten wordt beperkt naargelang het persoonlijke kapitaal (spaargeld, investeringen en eigendommen) van de aanvrager.

Indien het geschatte vermogen van de zorgontvangers de drempel van £ 22 500 (ongeveer € 26 570) overschrijdt, zullen de zorgontvangers de volledige kosten zelf moeten dragen en hebben ze, onafhankelijk van hun zorgniveau, geen recht op overheidssteun.

Daarbij komt dat beslissingen in verband met zorgbijstand op lokaal niveau genomen worden. Bijgevolg kan de zorg van en dienstverlening aan personen met identieke noden verschillen, als zij in een andere gemeente wonen. Er bestaat een nationaal kader dat zorgniveaus bepaalt om de invloed van louter woonplaatsgebonden verschillen te minimaliseren.

Het behoeftenonderzoek kijkt ook of de aanvrager over informele zorg beschikt of niet.

<sup>4</sup> Omdat er aparte institutionele regelingen in de verschillende delen van het Verenigd Koninkrijk bestaan, verwijst dit deel eerder naar Engeland.





## b) Afbakening van het systeem

Er wordt een basisonderscheid gemaakt tussen gezondheids- en maatschappelijke zorg. De gezondheidszorg maakt deel uit van de *National Health Service* (NHS) dat door belastingen gefinancierd wordt, terwijl maatschappelijke zorg onder de bevoegdheid van lokale autoriteiten valt. In het algemeen is de medische dienstverlening binnen het NHS-systeem gratis en inkomensafhankelijk; maatschappelijke zorg daarentegen is inkomensafhankelijk. Vandaar dat beide systemen van elkaar gescheiden worden. Langdurige zorg valt niet volledig onder het ene of het andere systeem. De precieze afbakening wordt momenteel opnieuw bekeken.

## c) Personeel

Het landenrapport van het Verenigd Koninkrijk merkt op dat het personeelsverloop binnen de maatschappelijke zorgverlening in april 2007 19,3% bedroeg en zelfs 25,9% binnen de thuiszorgsector. Een dergelijk hoog verloop wijst op een probleem met de personeelsbezetting. Inderdaad, studies binnen de human resources geven aan dat een verloop van 15% problematisch is; een verloop van meer dan 20% kan de kwaliteit van de dienstverlening ernstige schade berokkenen. Dit is vooral belangrijk in sectoren zoals de langdurige zorg waar relaties van essentieel belang zijn en de taken persoonlijk en intiem. Het rapport maakt tevens melding van een percentage openstaande vacatures van 5,9%.

Het Verenigd Koninkrijk probeert om werk in de langdurige zorg aantrekkelijker te maken door niet alleen de vergoedingen, de verloning en contracten aan te pakken, maar ook door de arbeidsvoorwaarden en opleidings- en doorstroommogelijkheden te verbeteren. In samenwerking met verschillende belanghebbende partijen publiceerde het Ministerie van Gezondheid in juni 2008 een tussentijdse verklaring met als titel "Putting People First — Working to Make it Happen". Bovendien zet het Ministerie van Gezondheid ieder jaar een wervingscampagne voor de maatschappelijke zorgsector op touw om zo de aandacht op de maatschappelijke zorgsector te vestigen en mensen aan te moedigen om kennis te maken met plaatselijke tewerkstellingskansen.

In de periode 2008–2009 gaf het Ministerie van Gezondheid £ 290 miljoen uit aan opleidingen en personeelsuitbreiding binnen de maatschappelijke zorg. Bovendien zal de *National Skills Academy* een opleidings- en bijscholingsprogramma voor maatschappelijke zorgverleners ontwikkelen.



#### 4. Nieuwe EU-lidstaten: Polen, Slovenië, Hongarije, Estland, Roemenië

In deze vijf landen is de gezondheidszorg grotendeels of uitsluitend gebaseerd op het verzekeringsprincipe. Maar zoals vaak het geval is met dergelijke stelsels, vult belastingsgeld de verzekeringspremies soms aan, omdat men ervan uitgaat dat de dienstverlening in kwestie het algemeen belang dient. Zo heeft Hongarije bijvoorbeeld een gemengd systeem dat het verzekeringsprincipe met financiering via belastingsgeld combineert.

Geen van deze landen heeft een apart verzekeringsstelsel voor langdurige zorg. De formele langdurige zorgverlening valt eerder onder andere delen van de sociale zekerheid. In Polen wordt de zorg traditioneel door familieleden gedragen en doet men pas in laatste instantie beroep op maatschappelijke hulp.

##### a) Financiering

De financieringswijze van de langdurige zorg hangt af van het systeem waaronder de dienst in kwestie valt. Sommige diensten worden gefinancierd door de staat, andere door de gemeente of provincie of door de verzekering. De sociale zekerheid in deze landen wordt in de eerste plaats gefinancierd met belastingsgeld, terwijl de gezondheidszorg gedekt wordt door verzekeringen. Bijdragen en remgeld betaald door zorgontvangers alsook onderzoeken naar de vermogens-toestand komen vaak voor in elk van de vijf nationale stelsels.

##### b) Afbakening van het systeem

Alle landen melden problemen die voortvloeien uit het feit dat de langdurige zorg door aparte instanties beheerd wordt. In Slovenië bestaat er een strikt onderscheid tussen verpleeghuizen en thuiszorg. Het land wijst erop dat zorgverleners en maatschappelijke werkers momenteel gescheiden van elkaar werken: er wordt niet samengewerkt en soms werken beide partijen elkaar zelfs tegen. Ook Polen benadrukt de problemen die verbonden zijn met de instandhouding van aparte zorgstelsels. Het land tracht momenteel de samenwerking tussen de diverse zorginstanties te versterken met het oog op een verbetering van de situatie van de zorgontvangers en een vermindering van inefficiënties. Daarnaast beklemtoont Estland hoe moeilijk het is om de verpleegzorg ook bij andere soorten zorgverlening te betrekken en omgekeerd. Om dit probleem op te lossen ontwikkelt het land momenteel geïntegreerde zorgconcepten om langdurige zorg en aanverwante diensten beter op elkaar af te stemmen.



## c) Personeel

Estland, Roemenië en Slovenië melden ernstige problemen met de beschikbaarheid van gekwalificeerd zorgpersoneel. Hoewel het aanbod in Hongarije en Polen momenteel nog niet onder druk staat, verwachten beide landen problemen in de nabije toekomst. Zoals Polen en Roemenië stellen, zijn de redenen achter de toegenomen druk op het aanbod in principe hetzelfde in alle landen: de dalende werkloosheid en de stijgende lonen leiden tot een grotere vraag naar zorgdiensten en zorgpersoneel. Ook Slovenië kent een groeiende vraag naar zorgverlening. Estland wijst er dan weer op dat werken in de zorgsector nog op te weinig erkenning kan rekenen en dat de lonen in de sector te laag liggen om hiervoor te compenseren.

Deze landen zien vooral een oplossing in betere arbeidsvoorwaarden en in het stimuleren van thuiszorg door familieleden.

## 5. Standpunt van de belanghebbende partijen

18

Zowel AGE (het Europees platform voor ouderen) als de EASPD (Europese koepel van voorzieningen voor personen met een handicap) hebben verklaringen ingediend en deelgenomen aan de Peer Review.

Eerst en vooral benadrukte **AGE** het belang van een holistisch standpunt, dat rekening houdt met de belangen en perspectieven van alle generaties wat langdurige zorg betreft. De organisatie onderstreepte dat de belangrijkste vraag voor zowel zorgontvangers als zorgverleners niet de financieringsbron is als wel de impact ervan op thema's als toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteitsvolle zorgverlening. AGE stond bijzonder skeptisch tegenover het afschuiven van de verantwoordelijkheid voor langdurige zorg op het individu, omdat de impact van dergelijke hervormingen nog ongewis is. Vooral kwetsbare groepen zoals oudere vrouwen die niet of weinig gesteund worden door familieleden, of migranten met geen of bijna geen arbeidsverleden kunnen het slachtoffer worden van dergelijke veranderingen in de langdurige zorg. Daarom luidt het advies van AGE dat de dienstverlening binnen de langdurige zorg universeel toegankelijk moet zijn, ongeacht leeftijd, inkomen, gezondheid of arbeidsverleden.

De organisatie uitte ook kritiek op het onderscheid dat soms gemaakt wordt tussen langdurige en medische zorg. Hoewel AGE erkent dat grenzen tussen stel-



sels nodig kunnen zijn, waarschuwde de organisatie ervoor dat grenzen ook obstakels kunnen vormen bij het verschaffen van zorg en verpleging. Bovendien kan de afbakening van de langdurige zorg een verandering in de balans tussen collectieve en individuele verantwoordelijkheden teweegbrengen. Vandaar raadt AGE de Commissie aan om de hervormingen in sommige Lidstaten die het afhankelijkheidsrisico gedeeltelijk op het individu verhalen, aan een effectbeoordeling te onderwerpen

Wat de vraag naar gekwalificeerd personeel betreft, wijst AGE erop dat de meeste werknemers in de langdurige zorgsector geen ander werk kunnen vinden. Daarom werken ze als zorgverleners. De organisatie spoorde de Lidstaten aan om het beroep aantrekkelijker te maken door betere arbeidsvoorwaarden in te voeren. Nieuwe technologieën kunnen bijdragen tot deze doelstelling en tegelijkertijd het aantal werknemers dat voor kwaliteitsvolle zorgverlening noodzakelijk is, verminderen. Om dit te bereiken zou de EU beroep moeten doen op eigen middelen zoals de Structuurfondsen en het Europees Sociaal Fonds.

De **EASPD** benadrukte niet alleen het belang van een ‘waardenperspectief’, wanneer het over langdurige zorg gaat, maar ook van het concept ‘wenselijke zorg’. Vanuit dit perspectief is het belangrijker om personen met een handicap te mobiliseren dan hen louter te voorzien van zorg. Men wil mensen dus eerst en vooral in staat stellen om onafhankelijk van langdurige zorgverlening te leven. Om dit te bereiken moeten de evaluatiemethoden volgens de organisatie op basis van een analyse van beste praktijken herbekeken worden. Hervormingen moeten niet alleen rekening houden met vergelijkbare noden, maar ook met culturele, religieuze en ethnische factoren. Familieleden en burens zouden bij de behoeftenanalyse en dienstverlening betrokken moeten worden. Een brede waaier aan diensten zou ter beschikking moeten staan om alomvattende oplossingen, die gewoonweg niet werken, te vermijden. Bovendien wees de groep op aanzienlijke variaties in de ontvankelijkheidscriteria tussen, en soms zelfs binnen, de Lidstaten. De EASPD riep op tot doordachte sociale zekerheidsstelsels, die de nadelen van een versnipperde sociale zekerheid minimaliseren. Wat de vraag naar gekwalificeerd personeel betreft, beval de EASPD een verbetering van de status van het personeel en de arbeidsvoorwaarden aan.



---

## 6. Gemeenschappelijke problemen; gemeenschappelijke oplossingen

Een analyse van de rapporten van de deelnemende landen laat zien dat vrijwel alle landen geconfronteerd worden met vergelijkbare problemen en uitdagingen, ongeacht het stelsel waarbinnen langdurige zorg aangeboden wordt. Dit inzicht maakt het mogelijk om gedachten op Europees niveau uit te wisselen en onderbouwt tegelijkertijd het eigenlijke concept van Europese Peer Reviews.

Niettemin tonen de rapporten van de deelnemende landen aan dat sommige problemen het gevolg zijn van welbepaalde nationale grondwettelijke of wetgevende keuzes, of van specifieke situaties die meerdere Lidstaten delen. Zo meldde Oostenrijk aanzienlijke moeilijkheden met de verschillende bevoegdheden van federale en provinciale autoriteiten. Gelijkaardige problemen doen zich voor in landen die in hoge mate gedecentraliseerd zijn.



## V. Lessen

### 1. Personeel

Als gevolg van demografische veranderingen zullen meer en meer mensen beroep moeten doen op de langdurige zorg. Verwacht wordt dat de vraag naar formele zorg nog sneller zal toenemen, aangezien het zorgpotentieel van de familie per afhankelijke persoon afneemt. Tegelijkertijd wordt het jongere deel van de bevolking kleiner. Dit kan leiden tot een lager aanbod van professionele zorgverleners, wanneer men ervan uitgaat dat de manier van aanwerven en de gemiddelde loopbaanduur niet wezenlijk veranderen.

Deze trend zet zich in alle onderzochte Lidstaten door, hoewel de termijn van land tot land verschilt. Momenteel is er geen tekort aan arbeidskrachten, maar de bovengenoemde ontwikkelingen zullen in de toekomst waarschijnlijk een personeelstekort in de langdurige zorg veroorzaken. Duurzame langdurige zorg vereist dus niet alleen voldoende financiële middelen, maar ook maatregelen om het tekort aan zorgverleners te voorkomen.

Om het potentiële personeelstekort binnen de langdurige zorg te vermijden, kan men zowel de vraag als het aanbod aanpakken. Tijdens de bijeenkomst voerden de deelnemers een intens debat over mogelijke oplossingen voor beide aspecten.

Wat de *vraag* betreft:

Eerst en vooral kan *preventie* ervoor zorgen dat de vraag naar langdurige zorg minder snel groeit. Daaronder vallen niet alleen maatregelen die een gezonde levensstijl en leefomgeving bevorderen, maar ook maatregelen die de behoefte aan langdurige zorg direct aanpakken. Tijdens de Peer Review werd het Britse revalidatiesysteem aangehaald als een succesvolle maatregel: relatief korte en intensieve revalidatiecursussen helpen ouderen hun vaardigheden en hun vertrouwen in hun zelfredzaamheid te herwinnen. Achteraf bleek dat de maatregel een aanzienlijke terugval van de vraag naar langdurige zorg bewerkstelligde. Omdat de resultaten echter al na zes weken opgetekend werden, is het niet duidelijk hoe lang een dergelijke revalidatie vruchten afwerpt.

Een tweede belangrijk aspect is de beschikbaarheid van *informele zorg*, als aanvulling op professionele zorg, voor diegenen die langdurige zorg nodig hebben. De balans tussen formele en informele zorg wisselt sterk naargelang de Lidstaat. In het algemeen steunen de Scandinavische landen door hun sociaal-democratisch welvaartsmodel eerder op formele zorg. Hetzelfde geldt voor de liberale welvaartsstaten. Informele zorg speelt een veel grotere rol in conservatieve welvaartsstaten van Bismarckiaanse inslag en een nog veel grotere in de mediterrane landen. In landen waar formele zorg gangbaar is, kunnen families en vrijwilligers het formele zorgsysteem gedeeltelijk ontlasten. Landen die vooral op informele zorg steunen, zullen met een tanend zorgpotentieel van families te kampen hebben. In ieder geval vormt mantelzorg in de meeste landen nog steeds de ruggengraat van de langdurige zorg. Het is dus een belangrijke strategie om formele zorg aan te vullen en de vraag naar formele langdurige zorg zodoende te doen dalen.

Wat het *aanbod* betreft:

Tijdens de presentaties en discussies werden twee strategieën naar voren gebracht: ten eerste een verbetering van de productiviteit en ten tweede een personeelsuitbreiding binnen de formele langdurige zorg.

De basisgedachte is dat het beschikbare personeel met een hogere productiviteit aan de verhoogde vraag naar langdurige zorg tegemoet zou kunnen komen. Dergelijke verbeteringen kunnen het resultaat zijn van nieuwe werkrouines (efficiëntere taak- en functieverdeling), ontwikkelingen in informatie- en communicatietechnologieën (ICT) of van nieuwe medische instrumenten. Uitvindingen zoals het pas in Japan ontwikkelde pak dat vrouwen in staat stelt om zwaardere gewichten op te heffen, of technologieën die zorg op afstand mogelijk maken, kunnen in de toekomst een belangrijke rol spelen.

Uitbreidingsplannen van het zorgpersoneel kunnen ingedeeld worden volgens de loopbaanfase waarop ze zich richten. Plannen kunnen streven naar:

- de aanwerving van meer mensen;
- een verhoogd gemiddeld aantal werkuren per week;
- het behoud van personeel tot hun pensioering/pensioen, en;
- het behoud van personeel tot na de pensioengerechtigde leeftijd.



Eerst en vooral kunnen gerichte jongerencampagnes en gespecialiseerde onderwijsfondsen de *aanwerving* mee bevorderen. Het aantal mannen dat een zorgopleiding volgt, blijft inderdaad laag. Om dergelijke trends te doorbreken zou men nieuwe campagnes, gericht op verschillende doelgroepen (zoals jonge mannen), kunnen organiseren. Het imago van de sector zou verder opgewaardeerd kunnen worden wanneer studenten in zorginstellingen praktijk- en werkervaring kunnen opdoen. Samengevat lijkt er voldoende speelruimte te zijn om jobs in de zorgsector aantrekkelijker te maken. In Nederland wordt hier al aan gewerkt.

Ten tweede kan een *verhoogd gemiddeld aantal werkuren per week* helpen om de kloof tussen de groeiende vraag naar personeel en het slinkende aanbod te dichten. Momenteel wordt er in de zorgsector vaak deeltijds gewerkt. De promotie van lichtere arbeidsschema's bleek in het algemeen een succesvol middel te zijn om de werkloosheid te bestrijden, maar nu is er een tegengestelde strategie nodig, die een daling van het aantal deeltijdse werknemers nastreeft om het personeelstekort aan te pakken. Om dit te bereiken zou men langere, maar flexibelere werkschema's aan mensen met kinderen of oudere familieleden kunnen aanbieden. Tegelijkertijd moeten de inspanningen om het aantal arbeidsuren te verhogen, gepaard gaan met inspanningen om de kinderopvang te verbeteren.

Tenslotte is het belangrijk om het *aantal zorgverleners dat de sector verlaat, te beperken* en zorgverleners zelfs aan te moedigen om *langer dan de pensioenge-rechtigde leeftijd te werken*. Wat het laatste betreft, kan het optrekken van de minimumpensioenleeftijd, wat momenteel in sommige Lidstaten gedaan wordt, nuttig zijn.

De inspanningen om meer personeel aan te werven, het aantal arbeidsuren te verhogen en het aantal mensen dat de sector verlaat, te beperken, hebben één ding gemeenschappelijk: ze proberen de professionele zorgsector aantrekkelijker te maken. De aantrekkelijkheid van de zorgsector hangt grotendeels van de maatschappelijke erkenning van het beroep af, maar tegelijkertijd ook van factoren zoals werkdruk, carrièremogelijkheden (waaronder de mogelijkheid om academische kwalificaties te verkrijgen) en natuurlijk het loon. Een brede waaier aan maatregelen kan het imago van het beroep bevorderen. Bijna al deze maatregelen zullen echter op één of andere manier voor extra kosten zorgen. Niettemin waren de deelnemers van de Peer Review het eens dat actieve maatregelen genomen moeten worden om de aantrekkelijkheid van de zorgverlening te verbeteren en de toekomstige personeelsschaarste op deze manier te voorkomen.





Tijdens de gesprekken over strategieën inzake vraag en aanbod kwam een nieuw, eerder controversieel onderwerp ter sprake: de *migratie van zorgverleners* van Oost- naar West-Europa. Veel zorgverleners die in Roemenië en Hongarije opgeleid werden, kijken na hun studies uit naar West-Europese landen voor een beter betaalde job, een fenomeen dat de tekorten in hun thuislanden verergert. Men wees op het feit dat zowel de thuis- als de gastlanden stappen kunnen ondernemen om een dergelijke 'brain drain' te stoppen. Vertegenwoordigers van de Nederlandse regering gaven aan dat Nederland buitenlandse zorgverleners geweigerd heeft, vooral omdat de meeste mensen in Nederland verzorgd wensen te worden door mensen die dicht in de buurt wonen en hun taal spreken. Vanuit het perspectief van de gastlanden zijn buitenlandse zorgverleners vooral aantrekkelijk, als ze voor een veel lager loon werken. De regulatie van de arbeidsvoorwaarden voor migranten vormt dus een effectief middel om de 'brain drain' in te perken. De thuislanden kunnen de migratie van zorgverleners beperken, als ze zelf betere carrièremogelijkheden aanbieden. Onlangs werd dit overigens aangetoond in een Oostenrijkse studie over dit onderwerp. Een andere mogelijke nuttige strategie is de invoering van betalende opleidingen: studenten financieren hun opleiding met een lening die als ingelost beschouwd wordt, eens de student in kwestie een bepaalde tijd in het land van opleiding gewerkt heeft.

Op korte termijn kan de huidige financiële en economische crisis het personeelstekort in de zorgsector overschaduwden. Door de stijgende werkloosheid zullen de wervingsproblemen tijdelijk verdwijnen en de terugkeer van migranten naar hun thuislanden kan het personeelstekort aldaar oplossen. Niettemin mag dit geen reden zijn om de vraag naar de preventie van een toekomstig personeelstekort te verwaarlozen, want hopelijk duurt de economische crisis niet eeuwig.

## 2. Combinaties van publieke en private financiering van langdurige zorg

Zoals gezegd zal de vraag naar langdurige zorg waarschijnlijk door demografische veranderingen stijgen. Bovendien zal de informele zorg door de verhoogde afhankelijkheidsratio onder druk komen te staan en zal de formele zorg op lange termijn met een personeelstekort te kampen hebben, een tekort dat enkel door bepaalde maatregelen — die extra uitgaven vereisen — opgelost kan worden (zie hoofdstuk V.1.). Daarom heeft de langdurige zorg in de toekomst ongetwijfeld meer financiële middelen nodig.

In het algemeen bestaan er vier potentiële bronnen van inkomst:



- (1) eigen bijdragen afkomstig uit eigen spaargeld;
- (2) (vrijwillige of verplichte) privéverzekering met risico-afhankelijke premies, met of zonder overheidssubsidies of -overdrachten;
- (3) sociale verzekeringen met inkomensafhankelijke bijdragen;
- (4) een met belastingsgeld gefinancierd overheidssysteem, met of zonder onderzoek naar de vermogenstoestand.

Men was het eens dat geen enkele van deze opties een alomvattende oplossing biedt. De Lidstaten kennen verschillende tradities en hebben hun welvaartsstaat op een andere manier uitgebouwd. Bijgevolg moeten financieringssystemen van langdurige zorg rekening houden met de bestaande institutionele regelingen en hun beperkingen.

Niettemin bestond er een opvallende eensgezindheid over de volgende ideeën:

- a) De universele dekking van de gehele bevolking en een gelijke toegang tot de langdurige zorg zijn essentiële doelstellingen.
- b) Deze doelstellingen kunnen niet gerealiseerd worden door middel van een louter privaat stelsel; ze vereisen een vorm van overheidsfinanciering, hetzij door middel van een soort sociale verzekering, hetzij door middel van een stelsel gebaseerd op belastingsgeld.

Soms overstijgen langdurige zorguitgaven veruit het gemiddelde vermogen dat mensen hiervoor opzij hebben gezet — en overigens ook het vermogen dat de meeste mensen tijdens hun hele leven kunnen sparen. Daarom kunnen eigen bijdragen, afkomstig uit het eigen spaargeld, niet als financiële ruggengraat van de langdurige zorg fungeren. Beperkt remgeld kan een rol spelen, al is het alleen maar om morele problemen te vermijden — hoewel misbruik van het systeem onwaarschijnlijk is, omdat de aangeboden diensten meestal enkel gewaardeerd worden door mensen die ze daadwerkelijk nodig hebben.

Aangezien een minderheid een *vrijwillige privéverzekering* heeft, komt ook deze optie niet echt in aanmerking als financiële basis van de langdurige zorg. Vooral in landen waar de sociale zekerheid als een noodoplossing gezien wordt, is de vraag ernaar bijzonder laag — wat in de EU het geval is. Bovendien zijn risico-afhankelijke privéverzekeringen vaak te duur voor ouderen, mensen met een

slechte gezondheid en mensen met een laag inkomen. Daarom kan het probleem van de niet-verzekerden enkel opgelost worden door de privéverzekering *verplicht* te maken. Wanneer men dit echter doet, moet het stelsel subsidies (die met belastingsgeld gefinancierd worden) voorzien voor diegenen die de verzekeringspremies niet kunnen betalen. Hoogstwaarschijnlijk moeten de premies ook geplafonneerd worden, vooral in geval van ouderen. Een verplichte privéverzekering die op deze manier geregeld wordt, komt echter in de buurt van een sociaal verzekeringsstelsel.

Daarom werd tijdens de bijeenkomst besloten dat privéverzekeringen niet de ruggengraat van het stelsel kunnen zijn: indien ze vrijwillig en risico-afhankelijk zijn, is niet iedereen beschermd en indien ze verplicht zijn, vereisen ze een aantal regelingen inzake subsidies en plafonnering van de premies, waardoor ze in feite een sociale verzekering vormen. Bijgevolg moeten financieringssystemen van langdurige zorg, die universele bescherming in overeenstemming moeten brengen met gelijke toegang en voldoende fondsen, gebruik maken van sociale verzekeringen of van een stelsel dat met belastingsgeld gefinancierd wordt.

26

*Sociale verzekeringsstelsels* met inkomensafhankelijke bijdragen zijn gebaseerd op een omslagstelsel. Ze werden beschouwd als mogelijke financiële basis van een langdurige zorgstelsel, omdat ze aan de meeste tekortkomingen van privéverzekeringen tegemoet komen. Ten eerste maken inkomensafhankelijke bijdragen het systeem voor iedereen betaalbaar, zodat subsidies voor premies overbodig zijn. Het systeem beschermt dus de hele bevolking en zorgt daardoor tegelijkertijd voor gelijke toegang tot de steun. Ten tweede kunnen sociale verzekeringsstelsels die met premies gefinancierd worden, bijna ad hoc ingevoerd worden. De huidige generatie betalers zal de steun aan de huidige generatie begunstigden financieren. Door een dergelijk “generatiecontract” kunnen beleidsmakers sociale verzekeringsstelsels onmiddellijk invoeren.

De “prijs” die hiervoor betaald moet worden, is het ontstaan van een impliciete schuld. Ze is het gevolg van de invoering van het systeem en wordt van de ene op de andere generatie overgedragen. Bovendien brengt het systeem mogelijk andere problemen met zich mee, indien de bijdragen enkel op salarissen en lonen berekend worden en ‘goede risico’s’ uit het systeem kunnen stappen — zoals momenteel in Duitsland het geval is. Als het loonaandeel in het BBP afneemt, zullen de inkomensbijdragen trager dan het BBP groeien en komt de langdurige zorg fiscaal onder druk te staan. Bovendien zijn er aan dit systeem een aantal



verdelingskwesties verbonden. Zo worden verschillende bronnen van inkomst telkens op een andere manier behandeld (horizontale ongelijkheid) en worden inkomsten, eens ze een bepaalde grens overschreden hebben, niet extra belast (verticale ongelijkheid). Om dergelijke problemen te vermijden, zou de basis van de premies zo breed mogelijk opgevat moeten worden: zoals de inkomstenbelasting moet ze niet alleen de gehele bevolking omvatten, maar ook alle soorten inkomsten. Daarnaast moet het nut van een absoluut maximum inkomen heroverwogen worden.

Naast sociale verzekeringsstelsels vormen *belastingen* een mogelijke financieringsbron voor langdurige zorg. Zoals sociale verzekeringen volgen belastingsystemen het omslagstelsel; bijgevolg kunnen tegemoetkomingen onmiddellijk toegekend worden. Anderzijds verschillen belastingsystemen van het sociale verzekeringsprincipe wat de verdeling en duurzaamheid betreft. Stelsels die inkomensafhankelijke hulp voorzien, leiden in het algemeen tot een onderaanbod van zorgverlening en werken stimuleringsmaatregelen tegen. Inkomensafhankelijke tegemoetkomingen zijn daarom eerder als laatste toevlucht geschikt, maar niet als het fundament van het systeem. Inzake duurzaamheid kunnen belastingen meer tegenwind dan premies krijgen, omdat ze geen wettelijke aanspraak op prestaties garanderen. Terwijl bijdragen aan sociale verzekeringsstelsels een financiële basis voor de langdurige zorg verzekeren (ze kunnen immers niet aan andere doelen uitbesteed worden), zijn belastinginkomsten onderhevig aan een reeks budgettaire beleidsbeslissingen. Zoals voor sommige landen vroeger het geval was, kunnen de beschikbare middelen ten tijde van fiscale crisissen onder een aanvaardbaar niveau dalen. Om dit te voorkomen en op lange termijn een zekere financiële stabiliteit te vrijwaren, zouden 'geormerkte' belastingen een optie kunnen zijn.

De ervaring leert dat landen die reeds over een publieke gezondheidszorg beschikken en een publiek langdurig zorgstelsel willen invoeren, zullen proberen om de langdurige zorg in het bestaande systeem te integreren. Daarentegen zullen landen met verzekeringsstelsels eerder proberen om een nieuw systeem op touw te zetten. Het is immers niet gemakkelijk om nieuwe tegemoetkomingen aan een bestaande verzekering toe te voegen. Wat de compatibiliteit met de welvaartssystemen betreft, lijkt dit een plausibele aanpak te zijn. Het belangrijkste is — en dit werd bevestigd door de conclusie van de Peer Review — dat er minstens een bepaalde vorm van overheidsfinanciering bestaat.

### 3. De afbakening van langdurige zorg

In Nederland zijn de uitgaven onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) enorm gestegen. Men denkt dat deze ontwikkeling gedeeltelijk door een onduidelijke systeemafbakening veroorzaakt wordt, waardoor een aantal bijkomende diensten door de AWBZ gedekt worden. Daarom stelde het gastland de vraag hoe men het systeem duidelijker kan afbakenen, zodat iedere verzekerde persoon weet heeft van zijn/haar rechten. Een dergelijke afbakening zou bovendien kunnen voorkomen dat het systeem financieel ontspoot door een oneigenlijk gebruik van de aangeboden dienstverlening.

Hoewel alle deelnemers erkenden dat een duidelijkere afbakening nodig is ter beheersing van de kosten, werd er gevreesd dat de geïntegreerde zorgverlening hierdoor in het gedrang zou komen en het zorgtraject verstoord zou worden. Een recent OESO-rapport over langdurige zorg voor ouderen roept bijvoorbeeld op om verschillende diensten samen te brengen, zodat er een “zorgcontinuum” kan ontstaan.<sup>5</sup> De risico's van een gebrekkige geïntegreerde zorgverlening werden niet alleen door landen met aparte, nauw omschreven langdurige zorgstelsels (bv. Oostenrijk en Duitsland) aangekaart, maar ook door een aantal landen zonder aparte stelsels (o.a. België en Estland).

Bijgevolg werd overwogen of geïntegreerde zorgstelsels, die zowel gezondheids- als langdurige zorg verlenen, geen betere oplossing zouden zijn.<sup>6</sup> In een dergelijk systeem is de afbakeningskwestie immers irrelevant en vormt de versnippering van de diverse systemen geen probleem meer. Anderzijds vreesde men dat de dominante positie van de medische zorg tegenover de verpleegzorg in een geïntegreerd systeem bestendig wordt. Bij overgemedicaliseerde langdurige zorg kunnen bepaalde aspecten die cruciaal zijn voor de langdurige zorgverlening (o.a. informele zorg) uit het oog verloren worden. Door de talrijke financiële problemen waarmee de gezondheidssector worstelt, zou het gevaar bestaan dat het geld bestemd voor de langdurige zorg overgeheveld wordt naar andere soorten medische zorg.

Het Nederlandse model van de persoonsgebonden budgetten, waarbij mensen een onafhankelijk bepaald geldbedrag voor zelfgekozen diensten ontvangen, kon

5 Zie het OECD Health Project: Long-Term Care for Older People. Parijs: OESO, 2005.

6 Zie het rapport van de Raad van Europa “Integrated Social Service Delivery”. ([http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/default\\_en.asp](http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/default_en.asp) en <http://www.coe.int/t/dg3/socialpolicies/socialrights/source/IntegrationsocialservicesinEurope-Guidelines.doc>)



op veel interesse rekenen. Gelijkaardige modellen bestaan ook in andere landen, hoewel de details verschillen. In een gelijkaardig Duits experiment kunnen de begunstigen het budget niet aan hun kinderen doorgeven, terwijl men dat in Nederland wel kan. In het Verenigd Koninkrijk werd een gerandomiseerd onderzoek uitgevoerd om de impact van persoonlijke budgetten te beoordelen. Uit de resultaten bleek dat de maatregel goed werkt bij de jongere bevolking, maar minder bij ouderen. Over het systeem rijzen er echter nog steeds een aantal prangende vragen: mag het budget gebruikt worden voor familieleden? Zijn er speciale opleidingen voor de zorgverleners? Hoe kan men de kwaliteit waarborgen? Hoeveel controle is in het algemeen nuttig en hoeveel vertrouwen noodzakelijk?

Met betrekking tot een duidelijkere afbakening van de langdurige zorg als middel om de kosten te drukken, besprak men het gevaar dat bepaalde, normaal gezien noodzakelijke en nuttige diensten uitgesloten worden. In Nederland en Engeland heeft een strengere afbakening ertoe geleid dat collectieve zorgregelingen thuiszorg uitsluiten. De noden van bepaalde doelgroepen, die eigenlijk door de langdurige zorg gedekt zouden moeten worden (bijvoorbeeld kinderen met een handicap), dreigen bovendien verwaarloosd te worden, omdat de agenda meer en meer in het teken van demografische veranderingen staat. Door een herdefiniëring van de noden en strengere criteria zouden de autoriteiten het verkrijgen van de benodigde dienstverlening kunnen bemoeilijken, vooral wanneer het gaat om mensen die zich moeilijk kunnen uitdrukken of mensen met taalproblemen. Verder bestaat het voortdurende gevaar dat versnipperde systemen suboptimale zorgregelingen treffen, omdat kosten van de ene naar de andere instelling doorgeschoven kunnen worden. Tot 2004 werden in Polen bijvoorbeeld verzorgingshuizen door de staat gefinancierd en thuiszorg door de lokale autoriteiten. Het resultaat was dat de lokale autoriteiten mensen in instellingen plaatsten om hun eigen uitgaven te beperken, ook al was dit vaak niet noodzakelijk en niet goedkoper vanuit maatschappelijk standpunt. Sinds 2004 cofinancieren lokale autoriteiten de opvang in instellingen. Tussen 2004 en 2007 heeft dit geleid tot een toename van 10 000 mensen die thuis konden blijven.

Er bestaan nog andere beleidsmogelijkheden om de kosten te beheren, zoals de invoering van vaste leeftijdsgrenzen, wachttijden, de plafonnering van de tegevoetkomsten, een minimum verblijfsperiode in het land vooraleer men aanspraak kan maken op de langdurige zorgverlening, enzovoort. Bijgevolg vormt een nauwkeurigere definitie van de grenzen van een langdurig zorgstelsel slechts één van de vele middelen. Daarom concentreerde het debat zich niet zozeer op de



vraag hoe een scherpere afbakening tussen de langdurige zorg en aanverwante diensten het uitgavenbeheer ten goede kan komen als wel op de vraag hoe grenzen die geïntegreerde zorgverlening verhinderen, doorbroken kunnen worden.

#### 4. Impact van de economische crisis

Het spreekt voor zich dat de huidige financiële en economische crisis een impact op de langdurige zorg zal hebben. Omdat niemand de duur van de crisis kan voorspellen, is het belangrijk om een onderscheid te maken tussen potentiële effecten op korte, middellange en lange termijn.

Met betrekking tot de wervingsproblemen in de zorgsector kan de economische crisis op korte termijn volgens meerdere deelnemers leiden tot een toegenomen interesse voor de zorgsector, aangezien andere tewerkstellingsmogelijkheden schaarser worden. In dit opzicht kan de crisis de langdurige zorg ten goede komen. Bij een economisch herstel zal dit effect echter in zijn tegendeel omslaan. Daarom moet men blijven proberen om werken in de zorgsector aantrekkelijker te maken, ook al lijkt dit op korte termijn misschien niet nodig.

30

Met betrekking tot de financiering van het systeem zal de economische crisis echter ernstige schade aan de langdurige zorg toebrengen, vooral wanneer de crisis lang aanhoudt. Verschillende deelnemers wijzen reeds op gevolgen in hun land, terwijl andere binnenkort een gelijkaardige impact verwachten:

- In *Nederland* is het debat over de afbakening tussen enerzijds diensten die door de zorgverzekering gedekt worden en anderzijds normale leefkosten (bijvoorbeeld wonen) in een stroomversnelling geraakt. Een werkgroep van het Nederlandse Ministerie van Financiën heeft dit punt op de agenda geplaatst van de heroverweging van de duurzaamheid van de langdurige zorg in de toekomst. Algemeen verwacht men besparingen op de publieke uitgaven en dit zal ook gevolgen hebben voor de langdurige zorg.
- In *Oostenrijk* melden de lokale overheden bevoegd voor de langdurige zorg krappere budgetten en vragen steun aan de Oostenrijkse federale overheid. Het budget voor 2009–2010 wordt momenteel besproken en door de crisis komt de uitvoering van een nieuw plan dat de staat normaal



zou subsidiëren, op de helling te staan. De vooruitzichten voor dit en de komende jaren zien er niet goed uit.

- Als de crisis lang duurt, worden de kansen op een uitbreiding van de sociale bescherming kleiner en in *België* zal het sociaal beleid in moeilijkheden geraken. Het vervroegd pensioen zal in de toekomst bijvoorbeeld onbetaalbaar worden. Ook zal het recent ingevoerde Belgische systeem van de dienstencheques (dat 80% van de volledige kostprijs dekt) in de toekomst onbetaalbaar worden. Maar omdat reeds 600 000 mensen over de laatste vijf jaar het systeem gebruiken — dienstencheques zijn niet inkomensafhankelijk of belastbaar en dus bijzonder gunstig voor mensen met hogere inkomens –, zullen bezuinigingen niet gemakkelijk zijn.
- In *Polen* heeft de regering € 9 miljoen in een 'sociaal solidariteitsfonds' ondergebracht dat lokale overheden moet ondersteunen bij hun dienstverlening.
- Het nationale budget van *Hongarije* staat er slecht voor, hoofdzakelijk door belastingontduiking. Van de 10 miljoen mensen betalen er slechts 4 miljoen belastingen, waarbij 1 miljoen mensen 90% van de nationale belastinginkomsten voor hun rekening nemen. Momenteel onderneemt de regering stappen om dit probleem op te lossen. Als de maatregelen vruchten afwerpen, zullen besparingen mogelijk niet nodig zijn. Omdat de belastingen reeds hoog zijn, kunnen ze niet verhoogd worden.
- *Roemenië* voelt de impact van de crisis nog niet echt. Het minimumloon werd opgetrokken en de overheid voorziet ngo's verder van subsidies. De kinderbijslag, die gebaseerd is op het inkomen van de ouders en door de overheid gefinancierd wordt, werd aanzienlijk verhoogd. Tot heden betaalt de gezondheidszorg 90% van de medicijnkosten terug.

De gevolgen van de crisis laten zich in de Lidstaten telkens op een andere manier voelen, maar algemeen vreesden de deelnemers dat de kansen op een maatschappelijke consensus over een mogelijke uitweg uit de crisis klein zijn. Daarom is het belangrijk dat de integriteit van de rechten van de burgers verdedigd wordt. Anders zou de crisis ertoe kunnen leiden dat men bezuinigingen op het vlak van sociale bescherming aanvaardt.



## VI. Conclusies

De Peer Review bracht een aantal belangrijke kwesties ter sprake. De belangrijkste conclusies waarover de deelnemers het eens waren, omvatten de volgende punten:

Hoewel het *tekort aan arbeidskrachten in de langdurige zorg* voorlopig slechts in een aantal landen zichtbaar is, zullen tekorten in de toekomst waarschijnlijk een wijdverbreid verschijnsel zijn. Om dit te voorkomen moeten maatregelen zowel de vraag als het aanbod aanpakken. Enerzijds kan de vraag naar langdurige zorg teruggedrongen worden door een beter preventiebeleid, een betere gezondheidszorg en doelgerichte rehabilitatie-inspanningen. Ook kan de bevordering van mantelzorg en de opwaardering van vrijwilligerswerk een essentiële rol spelen bij de vrijwaring van een duurzame langdurige zorg. Toch zal het noodzakelijk zijn om ook het aanbod aan te pakken. Dit kan door de productiviteit te verhogen, meer mensen in de zorgsector aan te werven en ervoor te zorgen dat ze de sector niet verlaten. In het algemeen was men het erover eens dat de zorgsector met een imago probleem worstelt. Bijgevolg moeten er maatregelen genomen worden om de sector aantrekkelijker te maken, vooral in de ogen van jongeren. Het beleid zou zich onder meer moeten richten op een verbetering van de sociale erkenning van het beroep, van de carrièremogelijkheden en van het wedde alsook op een vermindering van de werkdruk. Indien men de migratie van verpleegkundigen tussen de Lidstaten aanmoedigt, kan het tekort in het land van herkomst verergeren; migratie mag dus niet als de enige oplossing op Europees niveau beschouwd worden.

Wat de *financiering* betreft, was men het erover eens dat er geen alomvattende oplossing bestaat. Niettemin bestond er een consensus over het feit dat universele bescherming en gelijke toegang de belangrijkste doelstellingen van langdurige zorgstelsels zouden moeten zijn. Tijdens de bijeenkomst kwam men tot de algemene vaststelling dat privéverzekeringen door deze doelstellingen niet de ruggengraat van het systeem kunnen zijn. Indien ze vrijblijvend en risicoafhankelijk zijn, is niet iedereen beschermd en indien ze verplicht zijn, vormen ze in feite een soort sociale verzekering. Bijgevolg waren de deelnemers het erover eens dat een langdurig zorgstelsel voor een groot deel door de overheid gefinancierd moet worden: door middel van een soort sociale verzekering of door middel van belastingen. Omdat een onderzoek naar de vermogenstoestand in sommige landen van kracht is en in andere niet, blijft de rol ervan controversieel.



---

Hoewel de noodzaak van een *duidelijke systeemafbakening* erkend werd als een vorm van kostenbeheer, bestond er een grotere consensus over het feit dat scherpere afbakeningen schade kunnen toebrengen aan de geïntegreerde zorg, die noodzakelijk is voor mensen die langdurige zorg behoeven. Daarom hebben de meeste landen stappen genomen om de integratie van de zorgverlening te verbeteren, waarbij de Nederlandse persoonsgebonden budgetten tot de meest interessante initiatieven tellen.

De economische crisis kwam als een bijkomende problematiek ter sprake. De deelnemers wezen erop dat de crisis op korte termijn de schaarste op de arbeidsmarkt kan verhelpen, maar op lange termijn is de crisis een ernstige bedreiging voor een duurzame financiering van de langdurige zorg — vooral in landen die niet met een welbepaald langdurig zorgstelsel uitgerust zijn, omdat hier het budget overgeheveld zou kunnen worden naar andere vormen van medische dienstverlening.









<http://www.peer-review-social-inclusion.eu>

## Langdurige zorg: Hoe kan betaalbare, duurzame langdurige zorg georganiseerd worden gezien de beperkingen van collectieve versus individuele regelingen en verantwoordelijkheden

Gastland : **Nederland**

Deelnemende landen : **Oostenrijk, België, Estland, Duitsland, Hongarije, Polen, Roemenië, Slovenië, Zweden, Verenigd Koninkrijk**

Zoals in vele EU-landen woedt er in Nederland een debat over de vraag hoe de langdurige zorg betaalbaar kan blijven. Opdat langdurige zorg niet alleen duurzaam, maar ook toegankelijk en van goede kwaliteit zou zijn, moeten een aantal voorwaarden vervuld worden:

- Er moet een evenwicht bestaan tussen collectieve en individuele regelingen en verantwoordelijkheden, wat niet gemakkelijk te bereiken is. Personen kunnen betrokken zijn bij collectieve regelingen (door remgeld of persoonsgebonden budgetten), terwijl lokale overheden mensen kunnen helpen om zelfstandig met langdurige zorg om te gaan.
- Een duidelijke afbakening tussen de langdurige zorg en aanverwante systemen (bv. huisvestingssteun of thuishulp) is nodig, opdat mensen weten op welke diensten ze recht hebben alsook hoe dit beslist wordt.
- Gekwalificeerd personeel is even belangrijk als voldoende financiële middelen. Bijgevolg moet de sturing van vraag en aanbod zowel rekening houden met de demografische evolutie als met arbeidsmarktontwikkelingen.

In Nederland loopt momenteel een publiek debat over de toekomst van de langdurige zorg. In deze uitdagende tijden vindt de Nederlandse regering het belangrijk om samen met andere EU-regeringen ideeën te vergelijken en onderling uit te wisselen.