

Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg

Eindredactie drs. W.J.D. de Graaf



Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid
en Zorg bij het 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 160 2

U kunt deze publicatie bestellen via onze website (www.rvz.net) of telefonisch via de RVZ (079 368 73 11) onder vermelding van publicatienummer 05/12. De prijs van de publicatie is € 15,00.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

| | | |
|----------|--|------------|
| | Summary | 5 |
| | Samenvatting | 9 |
| | Vooraf | 13 |
| 1 | Internationaal vergelijken, van indicatoren naar vergelijken in samenhang | 15 |
| 1.1 | Inleiding | 15 |
| 1.2 | Relevante bronnen van geschreven (elektronische) informatie | 16 |
| 1.3 | Parameters en indicatoren, internationale initiatieven | 20 |
| 1.4 | Indicatoren in gebruik in Nederland en elders | 29 |
| 2 | Landenrapportages | 35 |
| 2.1 | Zweden | 35 |
| 2.2 | Verenigd Koninkrijk | 45 |
| 2.3 | Portugal | 51 |
| 2.4 | Spanje | 55 |
| 2.5 | Duitsland | 61 |
| 3 | Verslag workshop tijdens EU-conferentie | 69 |
| 4 | Beschouwing en aanbevelingen | 73 |
| | Bijlagen | |
| 1 | Literatuur | 81 |
| 2 | Annex 1 Opdracht | 87 |
| 3 | Annex 2 OECD Health Data 2004 | 89 |
| 4 | Annex 3 NIVEL rapport | 97 |
| 5 | Annex 4 Deelnemers experts panel | 116 |
| | Overzicht publicaties RVZ | 117 |

Summary

Cost containment in the field of long-term care is imperative. Against this background, this report essentially addresses the question how information from abroad or comparisons with foreign countries can be used for development of policies and practice in the Netherlands.

Since a number of years, long-term care is subject of increasing attention in all OECD countries. Hence, quite some national, international and multilateral organisations are making international inventories and spreading information regularly. Chapter one lists the most important ones, internationally. The context in which long-term care operates varies between countries and its organisation differs between countries as well. In addition, each organisation that offers information does so from its own specific perspective (policy, organisation, services delivery), on subjects of its own choice and based on its own measurements. Also, always-varying sets of countries are used for comparisons. Consequently, correct interpretation and use of data requires a broad overview, a focused search request and a good analysis.

For these reasons, during the past few years several attempts have been started to improve the comparability of information. The OECD and EU developed projects to formulate and select indicators for health and care. Most of these initiatives are recent and have not yet yielded usable results. Equally, the Open Method of Co-ordination of the EU in the field of care for the elderly and healthcare is promising. However, it started with the development of indicators and it will take another few years before it has helped to generate sufficient data from the EU member states to describe trends in such a manner that it is helpful and one can learn from it. The various projects on indicators and their relevance for long-term care have been described in chapter one as well. Selecting and agreeing on indicators is not just a technical and value free exercise, but they are based on vision, policy choices and system-approaches. This gives reason to enhance Dutch involvement.

Important as it may be to have the disposal of indicators and complex units, these only can be supplementary to qualitative comparisons, they will never be able to replace them, when they are used to support policy development. When one wants to learn from “lessons from abroad”, it is more interesting to compare with countries or situations that resemble the situation in the Netherlands. Therefore, chapter 2 contains a number of country reports, which describe the needs for care, policies and systems. They also indicate on what subjects these countries may have experiences that are of interest to the Netherlands. The following countries have been selected: United Kingdom, Germany, Sweden, Spain and

Portugal. Not surprisingly, the first four countries have a lot to offer to the Netherlands: Sweden has a long-term experience with decentralisation and the resulting variety of service levels between municipalities is an important topic of debate; the United Kingdom is catching up quickly in the field of health care and long-term care, and its policies are based on the rights of citizens/clients; In Germany privatisation is high on the agenda and in Spain policies on means testing and own financial contributions. In many respects, Portugal cannot easily be compared to the Netherlands and lags behind as far as availability and accessibility of services are concerned, and also in terms of demand-orientation. However, it recently initiated active policies and could become an interesting mirror with regards to formulating priorities and cost containment. The message is: there is no country in western Europe one cannot learn from, but it depends on the subject and the precise learning needs in the Netherlands where one can find the interesting information.

Long-term care was one of the topics debated during the conference “Shaping the EU Health Community” which took place in September 2004 during the Dutch EU presidency. A number of recommendations have been formulated for the EU, national authorities, service providers and users of care. Chapter 3 contains a summary of the workshop.

In the Netherlands, currently a large amount of formal and informal knowledge on long-term care in other countries does exist. Researchers, innovators, policy advisers and service providers combined contain an impressive body of knowledge, but it needs an organised effort to make efficient use of this knowledge.

In addition: when one intends to support the developments in policies and practices in the Netherlands, it follows from the above that the large amounts of information, the developments in measuring, benchmarking and making comparisons and the changes in the field of long-term care in all OECD countries and at EU level, almost impose a near permanent process of collecting and interpreting information. This leads to the following recommendations:

To optimise the use of knowledge and information, formal and informal, which is already available in the Netherlands.

Installation of an international monitor on long-term care:

- Subject of the monitor is policy, organisation and financing, implementation and quality of long-term care.
- Supports the development of policies by the Ministry of Health, Welfare and Sports, the advisory role of the Dutch advisory bodies/councils and the activities of the innovation and research and development institutes.
- Results in several products.



To continue and intensify the involvement of the Netherlands in EU developments in the area of long-term care, like in the Open Method of Co-ordination.

To intensify and support the involvement of Dutch representatives in projects for the development of indicators and data-collection in OECD, EU and other international organisations.

Samenvatting

De kernvraag die dit rapport beantwoordt is hoe informatie uit het buitenland of vergelijkingen met het buitenland gebruikt kunnen worden bij het ontwikkelen van het Nederlands beleid en de organisatie op het gebied van langdurige zorg, tegen de achtergrond van de noodzaak tot kostenbeheersing.

Het thema langdurige zorg krijgt sinds enkele jaren in alle OESO landen grote aandacht.

Een flink aantal nationale, internationale en multilaterale organisaties is dan ook bezig met het doen van internationale inventarisaties en het verspreiden van informatie. Er zijn veel vindplaatsen. Een opsomming van de belangrijkste internationale initiatieven is te vinden in hoofdstuk 1. Langdurige zorg is overal anders georganiseerd en vindt steeds in een andere context plaats. Voeg daarbij dat elke organisatie die informatie aanbiedt weer haar eigen specifieke onderwerpen, invalshoek (beleid, organisatie, dienstverlening) en meetmethoden heeft of er een andere combinatie van landen bij betreft, en het is duidelijk dat het goed interpreteren en gebruiken van de gegevens een breed overzicht, scherpe vraagstelling en een goede analyse vereist.

De laatste jaren worden er dan ook pogingen ondernomen om informatie vergelijkbaar te maken, onder andere door projecten in OESO en EU verband die indicatoren op het gebied van gezondheid en zorg ontwikkelen. De meeste initiatieven zijn te kort geleden gestart om al bruikbare resultaten op te leveren. Ook de Open Coördinatie Methode van de EU op het gebied van de ouderenzorg en gezondheidszorg is veelbelovend, maar het is gestart met het ontwikkelen van indicatoren en het zal nog enkele jaren duren voordat er met behulp daarvan voldoende gegevens beschikbaar zijn uit de verschillende EU landen om op zinvolle wijze trends te kunnen benoemen en ervan te leren. De verschillende indicatorprojecten en hun relevantie voor langdurige zorg staan ook in hoofdstuk 1 beschreven. Het vaststellen van indicatoren is geen waarden vrij proces maar er liggen visies en beleidskeuzes aan ten grondslag, reden om Nederlandse betrokkenheid daarbij te bevorderen.

Hoe belangrijk het ook is om te beschikken over indicatoren en kengedaten, zij zullen kwalitatieve vergelijkingen slechts kunnen aanvullen en niet vervangen wanneer het gaat om beleidsontwikkeling. Wat interessant is vanuit het perspectief van “leren uit het buitenland” is de vergelijking met landen of situaties die enigszins overeenkomen met de Nederlandse situatie. In hoofdstuk 2 is daarom een aantal landenrapporten opgenomen, waarin zorgbehoefte, beleid en systemen worden beschreven en wordt benoemd op welke onderdelen daar voor

Nederland interessante ervaringen te halen zijn. Gekozen is voor het Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Zweden, Spanje en Portugal. Niet verbazend is dat op onderdelen in de eerste vier landen veel te halen valt: Zweden heeft langdurige ervaring met decentralisatie, en de daaruit voortkomende variatie in dienstenniveau tussen gemeenten is een belangrijk punt van debat; het VK is bezig met een grote inhaalslag op het gebied van gezondheidszorg en langdurige zorg, én met een beleid gebaseerd op de rechten van de burger/cliënt; Duitsland is bezig met privatiseren en in Spanje is de eigen bijdrage en de toets op inkomen en eigen middelen een actueel onderwerp van debat. Portugal is op bijna alle fronten moeilijk vergelijkbaar met Nederland en ligt achter wat betreft beschikbaarheid en toegankelijkheid van voorzieningen, en ook wat betreft vraagsturing, maar heeft een actief beleid ingezet en kan de komende jaren zeker een interessante spiegel worden wat betreft prioriteitstelling en kostenbeheersing. In dit kader is de les: er valt altijd wel wat te leren van een ander land, afhankelijk van het onderwerp en van de eigen, Nederlandse, vraagstelling van het moment.

Langdurige zorg was ook een van de onderwerpen tijdens de conferentie Shaping the EU Health Community die in september 2004 gehouden werd in het kader van het Nederlandse EU-voorzitterschap. Er werd een aantal aanbevelingen geformuleerd voor de EU, nationale overheden, dienstverleners en de burgers en gebruikers van zorg. Hoofdstuk 3 doet kort verslag van de workshop.

Op dit moment bestaat in Nederland een grote hoeveelheid formele en informele kennis over langdurige zorg in andere landen.

Onderzoekers, degenen die werkzaam zijn in kennisinstituten, beleidsadviseurs en dienstverleners samen zijn al een belangrijke bron van informatie, maar het vergt een georganiseerde aanpak om efficiënt gebruik te maken van deze kennis.

Daarnaast: de veelheid aan informatie, de ontwikkelingen met betrekking tot het meten, benchmarken vergelijken én de veranderingen op het terrein van langdurige zorg in alle OESO landen en in de EU dwingen tot een bijna permanent proces van verzamelen en interpreteren van de informatie, wanneer men het Nederlandse beleid en de praktijk daarmee wil ondersteunen.

Bovenstaande leidt tot de volgende aanbevelingen:

Optimaliseren van het gebruik van reeds in Nederland aanwezige formele maar ook informele kennis

Instellen van een monitor langdurige zorg:

- Onderwerp van de monitor is beleid, organisatie en financiering, praktijk en kwaliteit van de langdurige zorg.

- Ondersteunt de beleidsontwikkeling door VWS, de beleidsadviesring door adviesorganen en werkzaamheden van kennisinstituten.
- Verschillende werkvormen

Continuering en intensivering van Nederlandse betrokkenheid bij EU-beleidsontwikkelingen op dit terrein.

Intensivering en ondersteuning Nederlandse inbreng bij projecten voor indicatorenontwikkeling en informatieverzameling in OESO, EU en ander verband.

Vooraf

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) bereidt een strategisch advies voor aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) over de toekomstige inrichting en financiering van de Nederlandse langdurige zorg in een internationaal perspectief. Het advies wordt gevraagd tegen de achtergrond van de voorgenomen wijzigingen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de introductie van de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO).

Mogelijk ten overvloede volgt hier de Engelstalige definitie van langdurige zorg zoals gehanteerd door de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO):

Long-term care (LTC) / long-term aged care

A range of health care, personal care and social services provided to individuals who, due to frailty or level of physical or intellectual disability, are no longer able to live independently. Services may be for varying periods of time and may be provided in a person's home, in the community or in residential facilities (e.g. nursing homes or assisted living facilities). These people have relatively stable medical conditions and are unlikely to greatly improve their level of functioning through medical intervention.

Ten behoeve van een tussenrapportage aan de Minister via een briefadvies in februari 2005, heeft de RVZ opdracht gegeven aan NIZW International Centre om achtergrondinformatie te verzamelen en de opbrengst en haalbaarheid te beoordelen van internationale studies in 2005 ten behoeve van de AWBZ wijzigingen. In annex I wordt de opdracht beschreven. Het rapport moet gezien worden in samenhang met andere rapporten die in opdracht van de RVZ recentelijk zijn geproduceerd, ten behoeve van adviezen met betrekking tot de WMO en AWBZ. Ook het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) heeft rapporten in voorbereiding. Die zullen sterk gericht zijn op de financieel-economische aspecten van langdurige zorg.

Dit rapport bevat de gevraagde achtergrondinformatie van vooral kwalitatieve aard, plus aanbevelingen. Bijdragen zijn afkomstig van het NIZW International Centre, van het Nivel en het Centrum Zorg van het NIZW, en van een externe adviseur, M. Pijl. In februari 2005 vond een panelbijeenkomst plaats van vooral Nederlandse en enkele internationale experts. Op basis van hun ervaringen met het werken met internationale gegevens bespraken zij welke bijdrage aan beleidsontwikkeling men kan

verwachten van internationale gegevens. De resultaten van deze bijeenkomst zijn verwerkt in de beschouwing van het rapport. De lijst met deelnemers aan dit panel is te vinden in annex IV.

Achtereenvolgens bevat dit rapport de volgende onderdelen:

- Een inventarisatie van internationale informatiebronnen, vindplaatsen en samenwerkingsprojecten die van belang zijn voor ondersteuning van de ontwikkeling van beleid en praktijk van de langdurige zorg in Nederland.
- Een beschrijving van de situatie in enkele landen: Duitsland, Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Spanje en Portugal.
- Een afsluitende beschouwing en aanbevelingen.
- De annexen.

1 Internationaal vergelijken, van indicatoren naar vergelijken in samenhang

1.1 Inleiding

Er bestaat een groeiende behoefte om vergelijkingen te kunnen maken tussen landen en regio's, ook op het gebied van gezondheid en zorg. Voor vergelijken heeft men informatie nodig, en wel informatie die vergelijken mogelijk maakt.

Een toenemend aantal organisaties doet dan ook onderzoek en verzamelt en publiceert informatie van verschillende aard. In de tweede paragraaf van dit hoofdstuk wordt een opsomming gegeven van de meest relevante internationale initiatieven en bronnen. Het interessante is dat sommige organisaties zich toeleggen op kwantitatieve informatie en andere op kwalitatieve, bijvoorbeeld beleidsinformatie en best practices. Hoewel dezelfde informatie wel vaak op verschillende plaatsen terugkomt, is de variëteit toch groot. Overigens is er veel meer gezondheidsgerelateerde informatie dan informatie over langdurige zorg.

Internationaal vergelijken is alleen goed mogelijk als men niet appels met peren vergelijkt maar gelijksoortige informatie over gelijksoortige onderwerpen. De literatuur staat bol van voorbehouden en waarschuwingen: wat gelijksoortig lijkt is het meestal niet. Dit geldt zowel voor kwantitatieve informatie als voor kwalitatieve informatie. Eén van de duidelijkste opsommingen van factoren die het zonder meer vergelijken van kwantitatieve gegevens tot een riskante zaak maakt geeft Polder (14).

De laatste jaren is er grote behoefte ontstaan aan internationaal uniform gedefinieerde indicatoren en uniforme wijzen van meten. Momenteel probeert men afspraken te maken over welke gegevens op welke manier verzameld worden zodat op den duur internationale vergelijkingen mogelijk zijn. Nog steeds zullen er dan beperkingen zijn, vanwege systeemverschillen. Zo kan bijvoorbeeld de belasting van een mantelzorger in Portugal op grond van het aantal uren niet zonder meer vergeleken worden met die van een mantelzorger in Nederland, gezien de grote verschillen in rollen binnen het gezin.

In de derde paragraaf wordt een opsomming gegeven van de internationale initiatieven om te komen tot parameters en indicatoren en kort toegelicht in welke mate zij, nu en de toekomst, tot vergelijkbare informatie over langdurige zorg leiden.

Het Nível heeft, in het kader van dit rapport, een inventarisatie gemaakt van de parameters en indicatoren die in de Nederlandse literatuur gebruikt zijn de afgelopen jaren. Het rapport is opgenomen in de bijlagen. In paragraaf vier van dit hoofdstuk zijn enkele tabellen opgenomen waarin vergeleken wordt welke indicatoren in Nederland en welke door

de verschillende internationale initiatieven worden gebruikt en in een slotparagraaf worden enkele conclusies getrokken met betrekking tot de internationaal beschikbare informatie en de ontwikkelingen op dit terrein.

1.2 Relevante bronnen van geschreven (elektronische) informatie

Naast de hierboven beschreven internationale vergelijkingen gebaseerd op het gebruik van indicatoren, bestaat er nog een tweede soort relevante informatie. Deze is meer beschrijvend van aard en betreft ofwel vergelijkingen tussen landen ofwel een beschrijving van een land ofwel een ontwikkeling. Zonder te pretenderen volledig te zijn, wordt in dit hoofdstuk een aantal van deze informatiebronnen genoemd. Immers een aantal organisaties verzamelt, beschrijft en analyseert vergelijkende informatie over, aan gezondheidszorg gerelateerde onderwerpen.

Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

Het werk van de OESO is hoofdzakelijk gebaseerd op het vergelijken met behulp van indicatoren, zie daarvoor de volgende paragraaf. Echter een aantal studies en publicaties is meer beschrijvend van aard.

De publicatie *Towards High-Performing Health Systems (2004)* biedt een synthese van de bevindingen van recent door de OESO uitgevoerd studies. Het bevat informatie en analyses over een groot scala aan onderwerpen zoals:

Het gebruik van nieuwe technologieën in de zorg;

Langdurige zorg;

Private zorgverzekeringen;

Kostenbeheersing in de gezondheidszorg;

Gelijkheid en toegankelijkheid;

Beroepskrachten planning;

Effectiviteit.

Een samenvatting van deze publicatie is te vinden op

<http://www.oecd.org/dataoecd/7/58/31785551.pdf>

In de studie *Health-Care Systems: Lessons from the Reform Experience (2003)* geeft de OESO een overzicht van de hervorming van de laatste decennia in de gezondheidszorg in de OESO landen. De hervormingen worden geanalyseerd naar de impact op de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. De studie is te vinden op:

<http://www.oecd.org/dataoecd/5/53/22364122.pdf>

De studie *Private Health Insurance in OECD Countries: The Benefits and Costs for Individuals and Health Systems (2004)* biedt een vergelijkende

analyse over de rol en de prestaties van private ziektekostenverzekeringen in de OESO landen. In de studie wordt de impact van private ziektekostenverzekeringen op nationale beleidsdoelstellingen geanalyseerd. Een samenvatting van de studie is te vinden op <http://www.oecd.org/data-oecd/34/56/33698043.pdf>

In de publicatie *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries* (2004) behandelt de OESO de vraag in welke mate de betrokken landen gelijke toegang tot de zorg hebben gewaarborgd, ongeacht inkomen, woonplaats of etniciteit. De publicatie is te vinden op: <http://www.oecd.org/dataoecd/14/0/31743034.pdf>

In de serie *Health Working Papers* zijn sinds 2003 17 rapporten verschenen, waarvan enkele direct relevantie hebben voor het onderwerp langdurige zorg, te weten:

Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis behandelt de situatie in Duitsland, Spanje, het Verenigd Koninkrijk en Zweden <http://www.oecd.org/dataoecd/10/52/33661491.pdf>

Stroke care services in 17 OECD Countries gaat in op situatie in Denemarken, Nederland, Portugal, Spanje, Verenigd Koninkrijk en Zweden <http://www.oecd.org/dataoecd/10/46/2957752.pdf>

Health Policy Monitor

<http://www.health-policy-monitor.org/index.jsp>

Dit is een website van het *International Network Health Policy & Reform*, opgericht in 2002 door de *Bertelsmann Foundation*. Het netwerk bestaat uit een aantal experts en onderzoekers uit verschillende landen. Op de website worden beleidsvoornemens en wetgevingsinitiatieven op een aantal terreinen gepresenteerd. Langdurige zorg is één van de terreinen waar het netwerk zich op richt. Experts en onderzoekers vanuit de volgende voor ons interessante landen participeren in het netwerk: Nederland, Denemarken, Finland, Duitsland, Spanje en het Verenigd Koninkrijk.

The European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions

<http://www.eurofound.eu.int/>

De *Foundation* is al enkele jaren aan de slag met het interviewen van Europeanen over kwaliteit van leven, inclusief hun gezondheidsstatus en toegang tot de zorg. Deze periodieke metingen leveren een interessant beeld van hoe Europese burgers hun eigen positie waarnemen en welke factoren met betrekking tot het gezin invloed hebben op de mogelijkheden om mantelzorg te verlenen. De laatste meting is in 2003 gedaan en het rapport wordt op dit ogenblik stukje bij beetje gepubliceerd. Het rapport *Health and care in an enlarged Europe* uit 2004 bevat een aantal gegevens over percepties ten aanzien van ouderenzorg. Deze infor-

matie geeft kan de beoordeling van het functioneren van de verschillende systemen ondersteunen.

European Observatory on Health Systems and Policies.

<http://www.euro.who.int/observatory>

Dit is een samenwerkingsverband van het regionaal kantoor van de WHO in Europa, de Europese Investeringsbank, de Wereldbank, het *Open Society Institute*, de overheden van Griekenland, Spanje en Noorwegen, de *London School of Economics and Science* en de *London School of Hygiene and Tropical Medicine*. Het hoofddoel van de Observatory is om analyses van gezondheidszorgsystemen in Europa te publiceren, waardoor het mogelijk is om gezondheidsbeleid op basis van evidence te ontwikkelen. *EuroHealth* en de *Euro Observer* zijn online toegankelijke *newsletters*, die veel landenvergelijkingen bevatten. Nadruk ligt op kortdurende zorg, maar er is ook veel informatie over langdurige zorg.

De *Observatory* produceert ook landenrapporten over de hervormingen van de zorgsystemen, waarbij vele elementen van de langdurige zorg worden beschreven.

De volgende landenrapporten in de serie *Health care systems in transition* (HiT) zijn beschikbaar:

<http://www.euro.who.int/observatory/Hits/TopPage>

Tabel 1.1

| | | | |
|---------------------|------|-----------|------|
| Nederland | 2004 | Zweden | 2001 |
| Portugal | 2004 | Duitsland | 2004 |
| Spanje | 2000 | Finland | 2001 |
| Verenigd Koninkrijk | 1999 | | |

Daarnaast publiceerde de *Observatory* in 2005 de uitgave *Mental Health – Policy Brief*. In deze uitgave bestudeert de *Observatory* beleids- en praktijkaspecten in Europa.

http://www.euro.who.int/observatory/Publications/20050126_1?language=

WHO

<http://www.who.dk/countryinformation>

De WHO bezit een database met een groot aantal gezondheidsparameters per land. Deze hebben vooral betrekking op de gezondheidssituatie en op kortdurende zorg. Daarnaast bestaan landenrapporten met systeembeschrijvingen, genoemd *Highlights on health*. Deze beschrijvingen bevatten ook informatie over langdurige zorg.

Tabel 1.2 Highlights on health

| | | | |
|---------------------|------|-----------|------|
| Nederland | 2004 | Duitsland | 2004 |
| Portugal | 1997 | Finland | 2004 |
| Spanje | 1998 | Zweden | 2004 |
| Verenigd Koninkrijk | 2004 | | |

European Commission, DG Employment (Unit E2), MISSOC: Mutual Information System on Social Protection in the EU Member States and the EEA

http://europa.eu.int/comm/employment_social/missoc/missoc_info_en.htm

MISSOC is het informatie-uitwisselingnetwerk van DG-Werkgelegenheid, Sociale Zaken en Gelijke Kansen dat twee keer per jaar actuele informatie bij elkaar brengt over de stand van zaken voor nieuwe wetgeving op het terrein van sociale bescherming in de 15 oude EU-landen en enkele EER landen. MISSEEC is de component die dezelfde informatie is gaan verzamelen voor de 10 nieuwe lidstaten welke nu nog geïncorporeerd moet worden. MISSOC is in 2002 gestart met het ook bevragen van de lidstaten op het terrein van gezondheidszorg. Vanuit Nederland werken de Ministeries van SZW en VWS aan het MISSOC netwerk mee. De producten zijn landenrapporten en overkoepelende analyses inzake de gezondheidszorg, sociale bescherming van mensen met een handicap, pensioenen en andere onderwerpen uit het sociale veld in Europa.

European Commission, DG Employment en de toekomst van de gezondheidszorg en zorg voor ouderen in EU-perspectief

In maart 2000 heeft de Europese Raad van Lissabon herhaald dat de stelsels voor sociale zekerheid moeten worden hervormd, met name omdat zij ook in de toekomst hoogwaardige gezondheidsdiensten moeten kunnen aanbieden. Voorts heeft de Europese Raad van Göteborg de Raad in juni 2001 verzocht om *'volgens de open coördinatiemethode en op basis van een gezamenlijk verslag van het Comité voor sociale bescherming en het Comité voor economische politiek (...) een inleidend verslag (...) op [te] stellen voor de voorjaarsbijeenkomst van de Europese Raad in 2002 betreffende beleidslijnen op het gebied van de gezondheidszorg en van de ouderenzorg. Het resultaat van de werkzaamheden zal in de globale richtsnoeren voor het economisch beleid worden verwerkt.'*

De Commissie publiceerde een vervolgdokument met als titel: *Gezondheidszorg en ouderenzorg: ondersteuning van nationale strategieën voor een hoog niveau van sociale bescherming* (dec. 2001). De Europese Raad van Barcelona (maart 2002) verzocht aan de Commissie de vraagstukken betreffende toegankelijkheid, kwaliteit en financiële houdbaarheid nader te onderzoeken. Daartoe werd de lidstaten een vragenlijst toegezonden. Op basis van de analyse van de vragenlijsten worden conclusies getrokken en worden verdere maatregelen voorgesteld. De antwoorden van de lidstaten bevestigen het nut van de drie grote doelstellingen – toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid – als basis voor de ontwikkeling van het beleid inzake gezondheidszorg en langdurige zorg voor ouderen. Alle lidstaten zoeken nog naar een optimaal evenwicht tussen deze drie doelstellingen.

De vragenlijsten, de antwoorden van de lidstaten en de analyse van de Commissie zijn te vinden op:
http://europa.eu.int/comm/employment_social/social_protection/health_en.htm#commdocs

1.3 Parameters en indicatoren, internationale initiatieven

In deze paragraaf worden de vijf belangrijkste initiatieven gericht op de ontwikkeling van gemeenschappelijk te gebruiken indicatoren weergegeven. Echter, achterliggende gemeenschappelijke definities zijn onontbeerlijk, zoals het volgende voorbeeld aangeeft:

In de *Health For All Database* van de WHO is bijvoorbeeld de indicator *Nursing and Elderly home bed* opgenomen. In het kader blijkt uit de definities zoals die volgens dezelfde WHO gehanteerd worden in Duitsland, Spanje en Nederland dat de vergelijkbaarheid nog onvoldoende is.

Tabel 1.3

| Duitsland | Spanje | Nederland |
|---|---|-------------------|
| Number of places available in nursing home for the elderly & disabled | Number of used beds in psychiatric hospital (long stay), geriatric hospitals and hospitals with long stay | Home for the aged |

Daarnaast is de wijze van verzamelen in veel gevallen ook nog niet volledig uniform. De komende jaren zal men het moeten doen met informatie die met grote voorzichtigheid geïnterpreteerd moet worden. Behalve accuratesse en vergelijkbaarheid is relevantie een belangrijk criterium bij de keuze voor de indicatoren en de wijze van verzamelen van gegevens. Wat is relevant om te weten en te vergelijken met andere landen? En voor wie is dat relevant? Dit soort vragen zijn belangrijke achterliggende overwegingen bij het tot stand brengen van nationale en internationale geharmoniseerde dataverzamelingen.

De organisatie voor economische samenwerking en ontwikkeling.

Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)

De Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) toont grote interesse voor gezondheid. Dit komt voort uit de aanname dat verbeteren van de volksgezondheid een belangrijke bijdrage levert aan een hogere economische groei en het verhogen van het welzijn van de bevolking. Uiteraard is het voor de OESO ook van belang dat de OESO landen gemiddeld ongeveer 8% van het BNP besteden aan gezondheidszorg. Dit is aanleiding voor het uitvoeren van een aantal studies gericht op gezondheidsbeleid, *outcomes*, gezondheidszorgsystemen en de financiering van de gezondheidszorg.

De studies van de OESO:

OECD Health Data

(http://www.oecd.org/document/30/0,2340,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html)

De *Health Data* geeft toegang tot jaarlijks geactualiseerde statistische informatie over gezondheid en gezondheidsstelsels in de lidstaten. De lijst met variabelen staat vermeld in annex II. In de ogen van de OESO is de *Health Data* een essentieel instrument om vergelijkende analyses te maken tussen de landen. Vanuit deze analyse is het volgens de OESO mogelijk nationale beleidsaanpassingen te baseren op internationale vergelijkingen.

Ten behoeve van het *Health Data* proces, heeft de OESO een aantal indicatoren vastgesteld voor het verzamelen van gegevens gerelateerd aan gezondheid. De laatste versie dateert van juni 2004. De meeste gegevens hebben betrekking op de gezondheidsstatus van de bevolking en op (de kosten van) gezondheidszorg, maar een aantal van de gegevens zijn direct gerelateerd aan langdurige zorg. Ondanks veelvuldige pogingen om uniforme definities en indicatoren te ontwikkelen, is de wijze van verzamelen van de data nog niet volledig uniform zodat vooralsnog de vergelijkbaarheid nog niet optimaal is (persoonlijke mededeling van staatssecretaris van Oostenrijk, oktober 2004; expert panel februari 2005).

Relevantie voor langdurige zorg

In de lijst met variabelen staan een aantal indicatoren die direct relevant zijn voor langdurige zorg. Naast data over een groot aantal aandoeningen (waaronder uiteraard ook een aantal chronische aandoeningen) zijn de volgende variabelen relevant voor langdurige zorg:

- Life expectancy
- Perceived health status
- Long-term care beds
- Total expenditure on long-term nursing care (divided in public and private expenditure)
- Total expenditure on long-term nursing in-patient care (divided in public and private expenditure)
- Total expenditure on home health care (divided in public and private expenditure)
- Total expenditure on services of nursing and residential care facilities (divided in public and private expenditure)
- Total expenditure on services of ambulatory health care providers (divided in public and private expenditure)
- General demographics
- Age dependency ratio
- Population age structure

OECD System of Health Accounts

(http://www.oecd.org/document/8/0,2340,en_2649_37407_2742536_1_1_1_37407,00.html)

In antwoord op de toegenomen vraag naar betrouwbare en vergelijkbare data over de uitgave en financiering van de gezondheidszorg heeft de OESO het *System of Health Accounts* (SHA) ontwikkeld.

Naast landenrapporten publiceerde de OESO in augustus 2004 een vergelijkende analyse tussen de deelnemende landen. In de analyse wordt nagegaan hoe de belangrijkste vormen van zorg gefinancierd en aangeboden worden.

De deelnemende landen zijn Australië, Canada, Japan, Korea, Mexico, Denemarken, Duitsland, Nederland, Spanje, Hongarije, Polen, Zwitserland en Turkije.

De landenrapporten zijn te vinden op:

| | |
|--|---|
| Nederland (2001) | http://www.oecd.org/dataoecd/7/47/33696649.pdf |
| Spanje (2001) | http://www.oecd.org/dataoecd/33/20/33733745.pdf |
| Duitsland (2001) | http://www.oecd.org/dataoecd/9/21/33664362.pdf |
| Denemarken (1999) | http://www.oecd.org/dataoecd/8/31/33697348.pdf |
| De vergelijkende analyse is te vinden op | http://www.oecd.org/dataoecd/10/53/33661480.pdf |

In de vergelijking wordt onder andere ingegaan op de volgende vragen:

- Welke verschillen zijn er waar te nemen tussen de landen in de hoogte en de structuur van uitgaven aan de gezondheidszorg?
- Welke verschillen bestaan er tussen de bijdragen van publieke en private uitgaven?
- Welke verschillen zijn waarneembaar in de rol van de zorgaanbieders?
- Hoe worden de verschillende types zorg gefinancierd?

Relevantie voor langdurige zorg

In de publicatie staat informatie over de volgende variabelen die relevant zijn:

- Current government/social security health expenditure by function (mode of production)
- Total public and private expenditure on health by function
- Current expenditure on in-patient long-term care by provider
- Current expenditure on out-patient care by provider
- Current expenditure on nursing & residential facilities by source of funding

OECD Quality Indicator Project

(http://www.oecd.org/document/31/0,2340,en_2649_37407_2484127_1_1_1_37407,00.html)

De OESO hanteert de vooronderstelling dat het verhogen van de kwaliteit van de zorg een gunstige uitwerking heeft op de kosten van de zorg

(doordat het aantal complicaties en onnodige procedures wordt verlaagd). Vanuit deze vooronderstelling gaat de OESO er vanuit dat beleidsbepalers op zoek zijn naar methodes om de *performance* van de zorgsystemen te meten en te vergelijken als voorwaarden voor evidence based beleidsaanpassingen. Op basis van ervaringen tijdens het *Health Data* project concludeert de OESO dat er momenteel gebrek is aan internationaal vergelijkbare methodes om de kwaliteit van de zorgsystemen te meten. Hier speelt de OESO op middels het *OECD Health Care Quality Indicators Project (HCQI)*. De OESO definieert *quality indicators* als '*indicators for the technical quality with which medical care is provided, i.e. measures of health outcome or health improvement attributable to medical care (changes in health status attributable to preventive or curative activity)*'.

In 2004 onderzocht de OESO de internationale vergelijkbaarheid van de beschikbare gegevens. De verwachting is dat medio 2005 de uitkomsten van dit onderzoek worden gepubliceerd. Het is op dit moment nog onduidelijk of deze planning gehaald wordt en in welke richting de aanbevelingen van het onderzoek gaan. In 2004 publiceerde de OESO een serie van vijf publicaties waarin een samenhangende set van indicatoren wordt gedefinieerd gericht op een vijftal prioritaire gebieden, zie ook annex II:

- Selecting Indicators for patient safety at health systems level
<http://www.oecd.org/dataoecd/53/26/33878001.pdf>
- Selecting Indicators for the quality of mental health care at the health system level
<http://www.oecd.org/dataoecd/28/32/33865630.pdf>
- Selecting Indicators for the quality of health promotion, prevention and primary care at health system level
<http://www.oecd.org/dataoecd/27/52/33865865.pdf>
- Selecting Indicators for the quality of diabetes care at health system level
<http://www.oecd.org/dataoecd/28/34/33865546.pdf>
- Selecting Indicators for the quality of cardiac care at the health system level
<http://www.oecd.org/dataoecd/28/35/33865450.pdf>

Relevantie voor langdurige zorg

De uitkomsten van dit OESO project en de daarbij behorende vijf publicaties zijn op dit moment niet bruikbaar voor langdurige zorg. Zoals de naamgeving van de vijf publicaties doet vermoeden, zijn de indicatoren 'slechts' benoemd en nog niet (als set) toegepast in onderzoek. Het is onduidelijk of de OESO voldoende draagvlak vindt om de toepassing in de huidige vorm te gaan uitvoeren. Indien dat het geval is, is het nog onduidelijk binnen welk tijdspanne de OESO dit gaat uitvoeren. Echter het voornemen om meer aandacht te besteden aan (kwalitatieve) indicatoren gericht op kwaliteit, lijkt goed aan te sluiten bij het

streven om verschillende aspecten van langdurige zorg te beschrijven, te meten en te vergelijken.

EUROSTAT

Health statistics – Key data on health 202 – Data 1970 – 2001
(http://epp.eurostat.cec.eu.int/cache/ITY_OFFPUB/KS-08-02-002/EN/KS-08-02-002-EN.PDF)

Ook Eurostat speelt in op de groeiende vraag naar uitgebreide, consistente en internationaal vergelijkbare data en indicatoren. In haar uitgave 'Key data on Health' benut Eurostat informatie of dataverzamelingen van een aantal internationale organisaties zoals de OESO en de WHO. Gegevens over de mate van gezondheid, het voorkomen van belangrijke ziektes en statistische beschrijvingen van zorgsystemen vormen het hoofdbestanddeel van de uitgave. (Voor een volledig overzicht zie Annex II.)

Relevantie voor langdurige zorg

Net als in de verzamelingen van de OESO neemt Eurostat een aantal indicatoren op die direct relevant zijn voor langdurige zorg. Echter doordat Eurostat ook de data van de OESO gebruikt voegt deze publicatie echter maar twee zaken toe te weten:

- Number of long-term care beds;
- Long-term care beds per 100.000 inhabitants.

WHO

Health for All database (HFA DB)
(<http://data.euro.who.int/hfadb>)

Deze database bevat gegevens over ongeveer 600 indicatoren. De indicatoren zijn onderverdeeld in een aantal groepen te weten:

- Basic Demographic and Socio-Economic Indicators;
- Mortality based indicators;
- Morbidity, disability and hospital discharges;
- Life styles;
- Environment;
- Health care resources;
- Health care utilization and costs;
- Maternal and child health.

Relevantie voor langdurige zorg

Net als in de verzamelingen van de OESO en Eurostat bevat de database een aantal indicatoren die direct relevant zijn voor langdurige zorg. Echter een groot deel van deze indicatoren staan reeds vermeld bij de OESO of Eurostat. Deze database voegt slechts de volgende indicator toe:

- Beds in nursing and elderly homes per 100.000.

De Europese Commissie, DG SANCO

DG Sanco heeft een programma geïnitieerd om gezondheidsindicatoren vast te stellen, waarbij nadrukkelijk gebruik gemaakt wordt van de ontwikkelingen binnen de bestaande systematiek van de WHO, de OESO en Eurostat. In een latere fase zal men waarschijnlijk wel beginnen met het zelf vaststellen van indicatoren. Daartoe is een aantal projecten gefinancierd uit het Actieprogramma *Public Health*. Enkele van die projecten zijn afgerond, andere lopen nog. Eucomp is een van de meer langdurige en bekende projecten en houdt zich specifiek bezig met gezondheidszorgindicatoren. Later in Februari 2005 wordt de eerste informatie verwacht. In het kader van langdurige zorg zijn de zgn. ECHI projecten het meest relevant. Hieronder volgt een korte toelichting. Andere EU-projecten (ISARE en MDS/SHA (*Minimum Data Set from Health System Accounts*)) hebben weinig relevantie in zich voor langdurige zorg. Er worden pogingen ondernomen om deze verschillende projecten op elkaar af te stemmen. Dit is allemaal work in progress; vooralsnog zijn de indicatoren nog niet gebruikt voor rapportages of metingen in het kader van de EU.

De European Community Health Indicators (ECHI) projecten.

Eindrapportage ECHI 1 project:

http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_frep_08_en.pdf

Voortgangsrapportage ECHI 2 project:

http://europa.eu.int/comm/health/ph_information/implement/wp/indicators/docs/ev_20040219_rd03_en.pdf

Onder het Actieprogramma *Public Health* loopt op dit moment het project '*Integrated approach to establishing European Community Health Indicators*' - *Integrated approach to establishing Community Health Indicators (Phase 2)* (ECHI 2). Dit rapport bouwt voor op het werk en de resultaten van de eerste fase van het project. Het doel van deze projecten is voorstellen te ontwikkelen voor een coherente set gezondheidsindicatoren voor de Europese gemeenschap.

De eerste fase van het project resulteerde in een lijst met ongeveer 400 indicatoren onderverdeeld in groepen die verder gespecificeerd worden tot subgroep en indicatoren. De hoofdgroepen zijn:

1. demographic and socio-economic situation;
2. health status;
3. determinants of health;
4. healthsystems.

In de projectrapportage is per specifieke indicator aangegeven of er data beschikbaar zijn en zo ja, afkomstig van welke organisatie (OESO, WHO, EC), en op welke wijze en met welke frequentie die data worden verzameld.

Op verzoek van de Europese Commissie wordt op dit moment gewerkt aan een *shortlist* van ongeveer 80 indicatoren. Hierdoor hoopt de Europese Commissie de ontwikkelingen gericht op de harmonisatie van nationale datacollectie beter te prioriteren. Op dit moment is ECHI-2 nog niet gereed. Een redelijk actuele lijst (nog steeds in ontwikkeling, dus geen eindversie) is te vinden op het internet. De keuze van de indicatoren op de *shortlist* is gebaseerd op het belang van het onderwerp voor de volksgezondheid en de mogelijkheid tot verbetering van de situatie. De beschikbaarheid van gegevens was bij de selectie niet een allesbepalend criterium. Hierdoor staan indicatoren op de lijst waarvan (nog) geen EU geaccepteerde eenduidige definitie beschikbaar is.

Relevantie voor langdurige zorg:

Op zowel de korte als de lange lijst van het ECHI project staan voor deze opdracht relevante indicatoren. Echter doordat er uitgegaan wordt van het gebruik van indicatoren verzameld door andere organisaties voegt het op dit moment niets toe. Het resultaat van de ECHI projecten is echter wel zeer bruikbaar om een voorspelling van het toekomstig gebruik van indicatoren te maken.

Europese Commissie, DG Employment, Social Protection Committee

Onder verantwoordelijkheid van de DG *Employment, Social Protection Committee (SPC)* is onlangs (mei 2004) een mededeling gepubliceerd met als titel *Modernising social protection for the development of high quality, accessible and sustainable health care and long-term care – support for the national strategies using the open methode of coordination (OMC)*. In het verlengde van die mededeling is in juli 2004 een indicatorensubgroep geïnstalleerd. In deze groep is gesproken over het gebruik van indicatoren in de OMC. Het SPC wil zo snel mogelijk een start maken met het ontwikkelen van globale doelstellingen en concrete indicatoren om die doelstellingen te vergelijken. De planning op dit moment is dat de lidstaten in begin 2006 overeenstemming bereiken over de concrete doelstellingen. Dit is uiteraard een voorwaarde alvorens over kan worden gegaan tot het benoemen van de indicatoren. In de mededelingen worden als onderdelen van een brede doelstelling genoemd:

1. *De toegankelijkheid van de zorg* op basis van universaliteit, billijkheid en solidariteit, rekening houdend met de behoeften en moeilijkheden van de meest benadeelde groepen en individuen, maar ook van hen die dure en langdurige zorg behoeven.
2. *Het aanbod van kwaliteitszorg* aan de bevolking, aangepast aan de voortgang van de wetenschap en de behoeften die zich als gevolg van de vergrijzing voordoen, afhankelijk van een evaluatie van het nut ervan voor de volksgezondheid.
3. *Maatregelen die de financiële houdbaarheid* op lange termijn van deze zorg garanderen en gericht zijn op de grootst mogelijke doeltreffendheid van het stelsel.

De Europese Commissie is, om de discussie binnen de Indicatoren Sub Groep te faciliteren, gestart met een analyse van de beschikbare en relevante data, gebruikmakend van het werk van de OESO, de WHO, Eurostat en de uitkomsten van de ECHI projecten. Hiermee hoopt de Commissie de ontwikkeling te versnellen nadat de concrete doelstellingen zijn vastgesteld. De Commissie stelt echter wel dat de beschikbare data die door hen worden betrokken in de analyse voornamelijk gericht zijn op (curatieve) zorg. Door consensus te bereiken op welke wijze en met behulp van welke indicatoren de drie onderdelen van de hoofddoelstelling in de curatieve zorg vergeleken kunnen worden, hoopt de Commissie het proces om te komen tot indicatoren voor langdurige zorg te vereenvoudigen.

De Commissie presenteerde haar analyse in December 2004. Daarin stelt zij voor de indicatoren te clusteren in vier hoofdgroepen. Naast een clustering per onderdeel van de hoofddoelstelling voegt de Commissie een cluster met context gerelateerde indicatoren toe. Annex 2 pag 89 bevat een verdere specificatie van de clusters van indicatoren.

Samenvattend

Deze inventarisatie geeft, in vogelvlucht, een indruk van de beschikbaarheid van internationale indicatoren om systemen van langdurige zorg met elkaar te kunnen vergelijken. Voor de achterliggende vraag van dit rapport is vooral de informatie over kosten en uitkomsten van langdurige zorg interessant. De informatie over kosten is relatief compleet. Dat kan helaas niet worden gezegd van de uitkomstparameters. In internationale rapporten is nog weinig te vinden over kwaliteitsmetingen. Veelal wordt kwaliteit daar geoperationaliseerd in termen van beschikbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Veel van de bovengenoemde indicatoren zijn demografische gegevens, zoals bevolkingsopbouw, en cijfers over beddenscapaciteit, aantallen artsen en verpleegkundigen of verzorgenden. Voor veel gegevens geldt dat ze niet uitgesplitst worden naar acute en langdurige zorg. De meeste informatie betreft zelfs specifiek de acute zorg. Alleen de *Health for All database* lijkt informatie te geven over het aantal bedden in verpleeghuizen en over het aantal verzorgenden in het algemeen. Ook financiële informatie, geldstromen en financieringsbronnen zijn voorhanden in vergelijkbare *databases*. Financiële informatie wordt wel uitgesplitst naar acute zorg en langdurige zorg (OECD *Health Data*, Eurostat). Epidemiologische informatie op internationaal niveau is beschikbaar.

In de *Health for All database* van de WHO zijn bijvoorbeeld gestandaardiseerde sterftecijfers te vinden voor diverse doodsoorzaken.

Zoals vermeld hanteren de hierboven beschreven systemen een aantal indicatoren die direct relevant zijn voor langdurige zorg. Dit zijn bijna allemaal kwantitatieve indicatoren. Het is zichtbaar te maken hoeveel bedden er zijn, hoe hoog de totale uitgave aan langdurige zorg is etc. Als wij de gehanteerde systemen in relatie brengen met de door ons geformuleerde thema's komt het volgende beeld naar voren:

- Internationaal gebruikte indicatoren gericht op het patiëntenperspectief (ouderen, gehandicapten, chronisch zieken en psychiatrische patiënten) zijn niet tot nauwelijks aanwezig. Indicatoren gericht op de ervaren mate van gezondheid zijn opgenomen in een aantal systemen maar zijn eigenlijk de enige indicatoren opgesteld vanuit het patiëntenperspectief.
- Dit houdt in dat er weinig vergelijkingsmateriaal is op het terrein van, onder andere, *Mental Health*.
- Indicatoren gericht op het Persoonsgebonden budget, mantelzorg, de inhoud van het voorzieningenpakket en de bevoegdheidsverdeling binnen de decentralisatie in de zorg ontbreken.
- Van een groot aantal aandoeningen (waaronder uiteraard ook een aantal aandoeningen die vaak voorkomen bij ouderen) zijn data beschikbaar over de prevalentie (in een aantal gevallen ook per leeftijdscategorie).

Zoals eerder aangegeven worden indicatoren gehanteerd die betrekking hebben op de uitgaven voor de gezondheidszorg en (mogelijk) de verdeling tussen private en publieke financiering.

Er zijn gegevens beschikbaar die een vergelijking van capaciteit mogelijk maken. Dit geldt zowel voor de hoeveelheid bedden als de omvang van de beroepsgroepen in de zorg. Ten aanzien van het laatste punt moet opgemerkt worden dat het niet mogelijk is de omvang van de beroepsgroepen te specificeren naar sector.

Het feit dat systemen niet a priori vergelijkbaar zijn en het ontbreken van informatie die gemakkelijk vergelijkbaar is vanwege de standaardisering (parameters en indicatoren), hoeft geen reden te zijn om niet te vergelijken. Vergelijken tussen landen vraagt wel om een speciale aanpak: de beschikbare informatie moet altijd in zijn context worden beoordeeld. Steeds weer blijkt dat rapporten geschreven worden vanuit een bepaalde beleidsvraag of optiek en dan ook daarop gerichte informatie verschaffen. Het gevolg is dat rapporten die schijnbaar over hetzelfde onderwerp gaan toch tot heel andere beelden of conclusies kunnen leiden, net zoals rapporten vanuit een verschillende benadering of systematiek verschillende cijfers kunnen opleveren over schijnbaar dezelfde onderwerpen.

Een voorbeeld ter illustratie

Men zou in Nederland enigszins afgunstig kunnen kijken naar de mantelzorg in Spanje. De (schaarse) cijfers laten zien dat ouderen, veel meer dan in Nederland, thuis worden verzorgd door de kinderen. Het ligt voor de hand om dat ook in Nederland te willen bevorderen om uit te komen op een met Spanje vergelijkbare situatie. Echter, op dit moment is men in Spanje op zoek naar alternatieven omdat de situatie in veel gezinnen onhoudbaar is: de mantelzorg is een te zware belasting voor de gezinnen. Anderzijds leveren ouderen (grootouders) in Spanje veel zorg voor de kleinkinderen wanneer ze zelf nog jonger zijn, waardoor de arbeidsparticipatie van de vrouwen beter mogelijk wordt gemaakt (persoonlijke mededeling Mrs Pilar Rodriguez, IMSERSO).

Het streven naar de ontwikkeling van meer kwalitatieve indicatoren of niet financieel-georiënteerde indicatoren vindt steeds meer gehoor. Onder andere het werk van de OESO in het *quality project* duidt daarop. Ook de ontwikkelingen binnen de Indicatoren Sub Groep van de SPC bieden mogelijkheden.

In wezen kan dit gezien worden als een volgende stap, volgend op eerste kwantitatieve vergelijkingen. Zodra er namelijk verschillen in een indicator worden gesignaleerd ontstaat automatisch de vraag naar de achterliggende oorzaken. Dit vereist dus meer data of bredere, dan wel 'diepere' datasets. Daarom is het belangrijk om een conceptuele opbouw van een nationale informatievoorziening tot stand te brengen. Indicatoren zijn daar slechts een eerste aanzet toe.

1.4 Indicatoren in gebruik in Nederland en elders

In de vorige paragraaf staat bij elke lopend initiatief – OESO, WHO, Eurostat - in hoeverre de te ontwikkelen indicatoren relevant zijn voor de langdurige zorg. In hoeverre sluiten de ontwikkelingen internationaal aan bij de Nederlandse behoefte aan gegevens en daarvoor te gebruiken parameters en indicatoren voor de langdurige zorg?

Eind 2004 heeft het NIVEL, in het kader van het onderhavige rapport, een inventarisatie gemaakt van de in Nederlandse publicaties gebruikte parameters en indicatoren voor de langdurige zorg.

In annex III is het betreffende rapport integraal opgenomen. Hieronder wordt in tabellen getoond wie met welke indicatoren werkt. Wat opvalt is de geringe overlap. OESO indicatoren zijn vooralsnog sterk georiënteerd op kosten, de in Nederland gebruikte indicatoren zijn sterk georiënteerd op proces en outcome. Dit is een illustratie van het feit dat scherp moet worden gelet op het doel van het gebruik van de indicatoren, met andere woorden: indicatoren worden opgesteld om specifieke informatie te geven en reflecteren specifieke belangstelling.

Tabel 1.4 Indicatoren met betrekking tot langdurige zorg

| | Nederlandse bronnen vlg. NIVEL | OESO | WHO | Eurostat |
|---|--------------------------------|------|-----|----------|
| Bevolkingsopbouw | X | X | X | X |
| Levensverwachting op 65 jarige leeftijd | X | X | X | X |
| Subjectief ervaren gezondheid | X | X | X | X |
| Personen met lichamelijke beperking volgens adl indicator naar leeftijd | X | - | - | - |
| Raming van aantal personen met dementie | X | - | - | X |
| Aantal indicatieaanvragen bij RIO | X | - | - | - |
| Aantal afgegeven indicaties | X | - | - | - |

Tabel 1.5 Verpleeghuizen

| | Nederlandse bronnen vlg. NIVEL | OESO | WHO | Eurostat |
|--|--------------------------------|------|-----|----------|
| Aantal verpleeghuizen | X | - | - | - |
| Erkende capaciteit verpleeghuizen | X | - | - | - |
| Aantal kamers naar bedden | X | - | - | - |
| Aantal bezette arbeidsplaatsen in verpleeghuizen | X | - | - | - |
| Aantal werkzame personen (ft/pt) in jaargemiddelden | X | - | - | - |
| Aantal parttimers in verpleeghuizen | X | - | - | - |
| Werknemers in verpleging en verzorging naar kwalificatieniveau | X | - | - | - |
| Uitstroom van personeel in loondienst bij verpleeghuizen | X | - | - | - |
| Verloop werkzame personen bij v&v | X | - | - | - |
| Vertrekredenen personeel | X | - | - | - |
| Ziekteverzuim v&v | X | - | - | - |
| Aantal verpleeg- en behandeldagen | X | - | - | - |
| Aantal verpleeghuisopnamen | X | - | - | - |
| Aantal opnamen per bed of plaats in verpleeghuizen | X | - | - | - |
| Gemiddelde zorgindex van somatische patiënten | X | - | - | - |
| Gemiddelde zorgindex van psychogeriatrische patiënten | X | - | - | - |
| Herkomst voor eerste opname in verpleeghuis (verpleging, dagbehandeling) | X | - | - | - |
| Ontslagen patiënten intramuraal verpleeghuis naar bestemming | X | - | - | - |
| Ontslagen patiënten dagbehandeling naar bestemming | X | - | - | - |
| Gemiddelde wachttijd in weken per verpleeghuisproduct | X | - | - | - |
| Aantal wachtenden op peildatum | X | - | - | - |
| Uitgaven en financiering verpleeghuizen | X | - | - | - |
| Niet-vreemd vermogen verpleeghuizen | X | - | - | - |
| Kwaliteit van zorg | X | - | - | - |
| Kwaliteitssystemen in verpleeghuizen | X | - | - | - |
| Indicatoren voor monitoring | X | - | - | - |

| | Nederlandse bronnen vlg's NIVEL | OESO | WHO | Eurostat |
|--|---------------------------------|------|-----|----------|
| Percentage verpleeghuizen dat kwaliteitsmodellen of handleidingen gebruikt | X | - | - | - |
| Kwaliteit van zorg volgens medewerkers v&v | X | - | - | - |
| Kwaliteit van zorg volgens bewoners/cliënten | X | - | - | - |
| Best Practice verpleeghuizen | X | - | - | - |

Tabel 1.6 Verzorgingshuizen

| | Nederlandse bronnen vlg's NIVEL | OESO | WHO | Eurostat |
|--|---------------------------------|------|-----|----------|
| Aantal verzorgingshuizen | X | - | - | - |
| Aantal plaatsen in verzorgingshuizen | X | - | - | - |
| Aantal appartementen | X | - | - | - |
| Arbeidsplaatsen in fte in verzorgingshuizen | X | - | - | - |
| Aantal werkzame personen in verzorgingshuizen | X | - | - | - |
| Werknemers in verpleging en verzorging naar kwalificatieniveau | X | - | - | - |
| Verloop van personeel in loondienst bij verzorgingshuizen | X | - | - | - |
| Verloop werkzame personen bij v&v | X | - | - | - |
| Ziekteverzuim v&v | X | - | - | - |
| Aantal bewoners in verzorgingshuizen | X | - | - | - |
| Aantal personen dat gebruik maakt van externe dienstverlening | X | - | - | - |
| Aantal opnamen per intramurale verzorgingsplaats | X | - | - | - |
| Bewoners per zorgzwaarte categorie verzorgingshuizen | X | - | - | - |
| Mate van validiteit van bewoners, verzorgingshuizen | X | - | - | - |
| Instroom bewoners naar herkomst | X | - | - | - |
| Vertrokken bewoners naar bestemming | X | - | - | - |
| Gemiddelde wachttijd in weken per verzorgingshuisproduct | X | - | - | - |
| Aantal wachtenden op peildatum | X | - | - | - |
| Uitgaven en financiering verzorgingshuizen | X | - | - | - |
| Niet-vreemd vermogen verzorgingshuizen | X | - | - | - |
| Instellingen die deelsystemen van kwaliteitssystemen hanteren, verzorgingshuizen | X | - | - | - |
| Indicatoren voor monitoring | X | - | - | - |
| Percentage verzorgingshuizen dat kwaliteitsmodellen of handleidingen gebruikt | X | - | - | - |
| Kwaliteit van zorg volgens medewerkers v&v | X | - | - | - |
| Gemiddelde score per zorgproduct | X | - | - | - |
| Gemiddelde score op grond van kwaliteitscriteria | X | - | - | - |

| | Nederlandse bronnen vlg. NIVEL | OESO | WHO | Eurostat |
|------------------------------|--------------------------------|------|-----|----------|
| Best Practice verpleeghuizen | X | - | - | - |
| | X | - | - | - |
| | X | - | - | - |
| | X | - | - | - |

Tabel 1.7 Thuiszorg

| | Nederlandse bronnen vlg. NIVEL | OESO | WHO | Eurostat |
|---|--------------------------------|------|-----|----------|
| Aantal thuiszorginstellingen | X | - | - | - |
| Productieafspraken in uren | X | - | - | - |
| Bezette arbeidsplaatsen in fte | X | - | - | - |
| Aantal werkzame personen in de thuiszorg | X | - | - | - |
| Werknemers in verpleging en verzorging naar kwalificatieniveau | X | - | - | - |
| Verloop werkzame personen bij v&v | X | - | - | - |
| Vertrekredenen personeel | X | - | - | - |
| Ziekteverzuim | X | - | - | - |
| Gemiddeld aantal cliënten in zorg per periode | X | - | - | - |
| Aantal uren thuiszorg per cliënt per week | X | - | - | - |
| Gemiddelde wachttijd op peildatum per thuiszorgproduct | X | - | - | - |
| Aantal wachtenden op peildatum | X | - | - | - |
| Uitgaven en financiering thuiszorg | X | X | - | - |
| Niet-vreemd vermogen thuiszorg | X | - | - | - |
| Instellingen die deelsystemen van kwaliteitssystemen hanteren, thuiszorg | X | - | - | - |
| Indicatoren voor monitoring | X | - | - | - |
| Percentage thuiszorginstellingen dat kwaliteitsmodellen of handleidingen gebruikt | X | - | - | - |
| Kwaliteit die medewerkers ervaren in thuiszorg | X | - | - | - |
| Cliëntenoordeel | X | - | - | - |

Tabel 1.8 Gehandicaptenzorg

| | Nederlandse bronnen vlg. NIVEL | OESO | WHO | Eurostat |
|---|--------------------------------|------|-----|----------|
| Totaal aantal aanvragers van nieuwe voorzieningen naar geslacht en leeftijd | X | - | - | - |
| Uitkomst behandeling WVG | X | - | - | - |
| Aantal nieuwe toegekende voorzieningen | X | - | - | - |
| Verdeling van de nieuw toegekende voorzieningen naar leeftijd van de cliënt | X | - | - | - |

**Tabel 1.9 Algemeen beschikbare internationale gegevens
(niet gespecificeerd naar sector)**

| | Nederlandse bronnen vlg. NIVEL | OESO | WHO | Eurostat |
|---|--------------------------------------|------|-----|----------|
| Health employment | - | X | - | X |
| Omvang beroepsgroepen werkzaam in totale gezondheidszorg (gespec. per beroepsgroep) | - | | X | X |
| Long-term care beds | - | X | - | X |
| Total expenditure on long-term nursing care | - | X | - | - |
| Public expenditure on long-term nursing care | - | X | - | - |
| Private expenditure on long-term nursing care | - | X | - | - |
| Total expenditure on long-term nursing in-patient care | - | X | - | - |
| Public expenditure on long-term nursing in-patient care | - | X | - | - |
| Private expenditure on long-term nursing in-patient care | - | X | - | - |
| Total expenditure on services of nursing and residential care facilities | - | X | - | - |
| Public expenditure on services of nursing and residential care facilities | - | X | - | - |
| Private expenditure on services of nursing and residential care facilities | - | X | - | - |
| Total expenditure on services of ambulatory health care providers | - | X | - | - |
| Public expenditure on services of ambulatory health care providers | - | X | - | - |
| Private expenditure on services of ambulatory health care providers | - | X | - | - |
| Number of Primary health care units | - | - | X | - |
| Number of nursing and elderly home beds | - | - | X | - |

Conclusies

Voor veel aspecten van de langdurige zorg kan men de komende jaren weinig verwachten van internationale vergelijkingen op basis van algemeen gebruikte indicatoren, simpelweg omdat ze niet systematisch worden ontwikkeld. Bij specifieke landenvergelijkingen zal men steeds opnieuw op zoek moeten gaan naar voor dat land gebruikte indicatoren en hun bruikbaarheid voor vergelijkingen met Nederland nagaan. Voor zover de indicatoren wél worden ontwikkeld zal het nog enkele jaren duren voordat er én algemeen gebruikte indicatoren zijn én er overal voldoende nauwkeurig wordt gemeten én er uiteindelijk cijfers beschikbaar zijn ter vergelijking tussen landen. Tot die tijd moet men voorzichtig zijn met het interpreteren van gegevens. Voor de iets verdere toekomst zullen kwantitatieve gegevens – ondanks alle boven gesignaleerde beperkingen – wel een belangrijke basis kunnen vormen voor het maken van internationale vergelijkingen.

Het lijkt wenselijk om vanuit Nederland actief betrokken te zijn bij het selecteren van parameters en het formuleren van indicatoren. In samen-

werking met het Ministerie van VWS, als lid van de Indicatoren Sub Groep (ISC), zou een Nederlandse ontwikkelingsgroep de ontwikkelingen binnen de ISC kunnen ondersteunen en sturen. De ISC plaatste eind 2004 de thematiek voor het eerst op de agenda. Dat betekent dat er een kans is die zich nú voordoet. De sessie over *Long Term Care* van de EU-conferentie *Shaping the EU Health Community* te Den Haag (7-9 t/m 9-9 2004) heeft zich ook duidelijk uitgesproken over het belang van het integreren van *Long Term Care* indicatoren in de OMC.

2 Landenrapportages

Inleiding

Dit hoofdstuk bevat een beschrijving van de situatie in vijf landen: Zweden, het Verenigd Koninkrijk, Portugal Spanje en Duitsland. Onze aandacht gaat vooral uit naar knelpunten en beleidsontwikkelingen en -voornemens in de verschillende landen. Om die te kunnen plaatsen is een zekere vóórkennis nodig van beleid en organisatie, vandaar dat elk landenhoofdstuk daar een korte beschrijving van bevat.

De landenstudies hebben als doel te bezien of er voor Nederland interessante ontwikkelingen zijn, zodat gerichte vervolgstudies in de toekomst leerzaam kunnen zijn voor de Nederlandse ontwikkelingen.

De keuze voor de te beschrijven landen is gemaakt op grond van verschillende criteria. Voor Duitsland en het VK is gekozen omdat hun nabijheid en geopolitieke gewicht hen tot een belangrijke factor maken. Hoewel hun systemen op onderdelen sterk verschillen van de situatie in Nederland (denk aan de Britse NHS) zijn het altijd al landen met een voorbeeldfunctie voor Nederland.

Sinds een aantal jaren zijn in Scandinavië spanningen bij het behoud van de welvaartsstaat. Er is een proces van decentralisering opgetreden, van nationale overheid naar gemeenten, waardoor het bij uitstek interessante landen zijn nu een dergelijke ontwikkeling in Nederland wordt ingezet. Uiteindelijk is gekozen voor Zweden, ofschoon ook Denemarken en Finland in aanmerking hadden kunnen komen.

Spanje heeft sinds de Franco tijd en EU toetreding een inhaalslag gemaakt en wordt vaak genoemd wanneer het gaat om moderne aanpak en is door het Ministerie van VWS genoemd als interessant om mee te vergelijken. Tenslotte is Portugal gekozen om te zien of een vergelijking met een contrast niet óók een leereffect kan hebben.

De landenkeuze is dus niet willekeurig, maar ook niet volledig gemaakt op basis van gelijkenissen van (onderdelen van) de systemen. Om op inhoudelijke gronden keuzes te kunnen maken is het nodig specifiekere te Nederlandse vraagstelling cq belangstelling te kennen.

2.1 Zweden

Structuur en inhoud van de langdurige zorg

In Zweden zijn zorgvoorzieningen wettelijk vastgelegd in de zogenaamde *Social Services Act* (1982) en de *Health and Medical Services Act* (1983). Een ziektekostenverzekering is verplicht voor alle Zweedse inwoners. Het merendeel van de langdurige zorg wordt gefinancierd uit belastinggelden

en uitgevoerd door de publieke sector. De ontwikkelingen werden de afgelopen twee decennia gedomineerd door de zgn. *Ädel Reform*, waarbij de verantwoordelijkheid voor de zorg voor ouderen naar gemeenten werd overgeheveld. Sinds 1992 is het management van zowel de eerste lijnsgezondheidszorg als de langdurige zorg de verantwoordelijkheid van gemeenten. Langdurige zorg in ziekenhuizen wordt geleverd door (21) regionale overheden, maar gemeenten werden financieel verantwoordelijk. Zorg voor ouderen wordt in Zweden bijna geheel gefinancierd vanuit belastinggelden met een (gelimiteerde) bijdrage van de cliënt. Deze lokale en regionale belastinggelden dekten 83.8 % van de kosten (in 2000).

De lokale overheden zijn wettelijk verplicht om te voorzien in de ondersteuning en zorg voor ouderen. Publieke aanbieders spelen daarom een belangrijke rol en voorzien in 95% van het totale aanbod van zorg- en welzijnsdiensten voor ouderen. In de afgelopen jaren zijn echter in het kader van kostenbeheersing het aantal private zorgvoorzieningen en het aandeel van mantelzorg toegenomen. Sommige lokale overheden hebben een scheiding tussen vrager en aanbieder aangebracht, waarbij een *case-manager* de zorg en de indicatiestelling regelt.

De *Social Services Act* hanteert als uitgangspunt dat iedereen die zorg nodig heeft in staat moet worden gesteld zo lang mogelijk in de eigen woning te blijven. Dat houdt in dat de gemeente de plicht heeft thuis-hulp te leveren aan mensen die ondersteuning nodig hebben bij de activiteiten van het dagelijks leven. Alle ouderen kunnen op basis van een indicatiestelling in aanmerking komen voor zorg- en welzijnsvoorzieningen. Deze voorzieningen garanderen voor iedere inwoner een minimum (standaard) niveau van leven, zorg en welzijn. Ook woon- en welzijnsdiensten zoals dagbesteding, vervoer, maaltijdvoorzieningen, alarmering e.d. horen daartoe. Aangepaste huisvesting omvat verzorgingshuizen, groepswoningen, woningen met servicevoorzieningen en verpleeghuizen wanneer 24-uurs zorg nodig is. Daarnaast is er thuishulp en wijkverpleging voor zowel zelfstandig wonenden als voor mensen in instellingen met zowel lichte als meer ernstige beperkingen. In de afgelopen 15 jaar zijn de criteria echter steeds meer aangescherpt en zijn de voorzieningen steeds meer gericht op mensen met ernstige beperkingen.

Institutionele zorg

Met de decentralisatie in 1992 werd ook de *Special Needs Housing* (SNH) ingevoerd. Vanaf dat moment was er één programma op lokaal niveau van waaruit de woonfunctie voor ouderen en gehandicapten werd geregeld. De indicatiestelling voor de SNH wordt door de lokale thuiszorg uitgevoerd en valt onder de *Social Services Act*. Bij het bepalen van de zorgbehoefte worden ook de gezondheid, woonsituatie en vaak ook het familienetwerk meegenomen. Inkomen en vermogen spelen geen rol

bij plaatsing. In 2001 maakten 118.000 personen op een of andere wijze gebruik van een van de woonvormen van de SNH, dat is ongeveer 7.7 % van de mensen van 65 jaar en ouder. De SNH voorzieningen zijn publiek, maar er zijn ook private aanbieders, die een contract hebben gesloten met de gemeente. Qua prijsstelling is er geen verschil tussen publiek en privaat. Over het algemeen komt institutionele zorg pas in aanmerking als er geen enkel ander alternatief meer is. Voornaamste reden voor institutionele zorg is dementie, vooral als het gaat om alleenstaanden. Omdat de demografische groei geen gelijke tred houdt met de groei van het aantal beschikbare plaatsen kampt een toenemend aantal gemeenten met wachtlijsten voor plaatsing in een instelling.

Thuiszorg

Ouderen zelf, hun familie of de huisarts kunnen bij de gemeente een verzoek doen voor een indicatiestelling. In veel gemeenten wordt hier voor een casemanager ingeschakeld. Deze bepaalt en regelt vaak de uiteindelijke hoeveelheid hulp en zorg. Sinds de jaren tachtig is door strengere selectiecriteria sprake van een daling van het aantal mensen dat aanspraak kan maken op thuiszorg. In 1980 maakte nog 17% van de 65-plussers gebruik van de thuiszorgvoorzieningen, in 1990 was dat 13% en in 2001 nog maar 7.9% (OECD, 2004). Tegenover een daling van het aantal gebruikers staat een groei van de hoeveelheid zorg die een persoon ontvangt. Dit hangt nauw samen met de toename van de zorgzwaarte en de groei van het aantal mensen met een complexe zorgvraag. De beschikbaarheid van thuiszorgvoorzieningen kan sterk variëren per gemeente (van 17 tot 80 procent en het gebruik van langdurige institutionele zorg en verzorgingshuizen tussen de 9 en 37 procent). Volgens Trydegard (1998) is er geen bewijs voor het idee dat een lager gebruik (en aanbod) van institutionele zorg gepaard gaat met een toenemend gebruik van thuiszorg.

Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de kosten. Gebruikers betalen slechts een fractie van de kosten, gebaseerd op het aantal uren dat zij gebruiken en hun belastbaar inkomen. Sinds 2002 is een plafond ingesteld en een gegarandeerd minimum inkomen dat men overhoudt na aftrek van de kosten voor huisvesting en hulp en zorgdiensten. Er is een uitgebreid aanbod van gemeentelijke voorzieningen als aanvulling op de thuishulp, zodat de oudere zo lang mogelijk zelfstandig kan blijven wonen. Deze diensten worden aangeboden als gesubsidieerde diensten met een gebruikersbijdrage boven op de bijdrage voor huishoudelijke hulp. Voor deze diensten is geen indicatiestelling nodig.

Mantelzorg

Familieleden zijn in Zweden formeel niet verantwoordelijk voor langdurige zorg. Toch wordt naar schatting tweederde van de zorg door echtgenoten, kinderen of andere familieleden geleverd. Er bestaan al jarenlang

diverse ondersteunende programma's voor mantelzorgers. Er zijn drie soorten: respijtzorg en tijdelijke vervanging, ondersteuning en educatieve groepen voor mantelzorgers en economische steun. Via de Home Care Allowance is financiële ondersteuning mogelijk. Respijtzorg kan via dagcentra of een kortdurend verblijf van de zorgbehoevende oudere in een verzorgingshuis. Een mantelzorger kan in dienst van de gemeente zorg verrichten voor een familielid en werkenden kunnen betaald zorgverlof opnemen als een familielid terminaal ziek is.

Organisatie van de langdurige zorg

Centraal en decentraal

In Zweden ligt de verantwoordelijkheid voor zorg en welzijn van ouderen bij drie verschillende overheden. Op nationaal niveau bepaalt het Ministerie van Gezondheidszorg en Sociale zaken het beleid via wetgeving en economische maatregelen. Op regionaal niveau zijn de *County Councils* (in totaal 21) verantwoordelijk voor de medische en gezondheidszorg. Deze *Council* beslist over de allocatie van middelen voor de gezondheidszorg en de planning van diensten. De regio's zijn ook verantwoordelijk voor de ziekenhuizen, gezondheidscentra en andere instellingen, ook de private instellingen, die voor het merendeel contracten hebben met de regionale raad. Op lokaal niveau zijn de (289) gemeenten wettelijk verantwoordelijk voor de sociale voorzieningen (woon- en welzijnsbehoeften) van de ouderen.

Dat betekent dat de gemeenten verantwoordelijk zijn voor institutionele vormen van huisvesting en zorg voor ouderen zoals langdurige zorg in ziekenhuizen (met uitzondering van geriatrie klinieken), verpleeghuizen, woningen met servicevoorzieningen, groepswooningen en centra voor dagverzorging. In overleg met de provinciale raden kan de gemeente ook de verantwoordelijkheid nemen voor verpleeghuiszorg (medische zorg door artsen valt daar echter niet onder). Gemeenten zijn ook in financiële zin verantwoordelijk voor alle andere vormen van institutionele zorg die zij niet zelf uitvoeren, zoals bijvoorbeeld somatische kortdurende ziekenhuiszorg en geriatrie ziekenhuiszorg. Gemeenten moeten de zorg voor ouderen die op geriatrie afdelingen in ziekenhuizen verblijven, maar geen medische behandeling meer nodig hebben, vergoeden aan de regio.

Zowel de gemeenten als de regio's opereren zeer autonoom ten opzichte van de nationale regering. Beide hebben een gekozen vertegenwoordiging en hebben het recht belastingen op te leggen. Zij mogen ook beiden, binnen de grenzen van bestaande wetgeving, bepalen in welke mate ouderen prioriteit hebben boven andere groepen.

Publieke en private aanbieders

In Zweden is de lokale overheid verantwoordelijk voor de langdurige zorg en het overgrote deel van het aanbod is publiek. Slechts 12% van

de ouderenzorg en 9% van de thuiszorg is in private handen. De private aanbieders werken bijna allemaal op contractbasis voor de lokale overheden. Deze laatste is verantwoordelijk voor de financiële en kwalitatieve condities van het contract. Cliënten hebben in Zweden een grote mate van keuzevrijheid. Zij zijn vrij in hun keuze voor een bepaalde zorgaanbieder en kunnen zelf bepalen of zij een financiële vergoeding wensen dan wel zorg in natura (Ten Have 2004).

Financieringskosten van de langdurige zorg

Het Zweedse zorgsysteem wordt gefinancierd via belastinggelden, waarvoor mensen een breed spectrum aan zorg- en welzijnsdiensten ontvangen met een gelijk (standaard)niveau gedurende de hele levensloop en voor elk individu. De sociale zekerheid garandeert alle ouderen vanaf 65 jaar een ouderdomspensioen. De staat betaalt bovendien een inkomensgerelateerde aanvullend pensioen dat uit werkgeversbijdragen wordt gefinancierd. De pensioenen zijn geïndexeerd en garanderen iedereen een inkomen dat tweederde bedraagt van het vroegere inkomen uit arbeid. De totale uitgaven aan sociale zekerheid (pensioenen, gezondheidszorg en sociale voorzieningen) voor ouderen bedraagt in Zweden ongeveer 300 biljoen SEK ofwel 14.4% van het BBP in 2000. De kosten voor alleen gezondheidszorg en voorzieningen voor ouderen bedragen ongeveer 6.8% van het BBP. Tweederde gaat op aan verschillende vormen van institutionele zorg, zoals acute ziekenhuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen. Het resterende derde deel wordt besteed aan thuiszorg- en hulp. Ongeveer 6-8% van de kosten zijn administratieve kosten.

Slechts een fractie van de kosten, namelijk 5-8% komt rechtstreeks voor rekening van de gebruiker. Het grootste deel van de kosten, zo'n 82-85% wordt gedekt door lokale belastingen. Nationale belastingen dekken het overige deel (10%). Ongeveer 20% van de lokale belastingen die men op basis van werk en inkomen betaalt, worden door de lokale autoriteiten gebruikt voor de financiering van zorg- en welzijnsvoorzieningen voor ouderen. Deze financieringswijze illustreert de grote mate van onafhankelijkheid die gemeenten hebben ten opzichte van de nationale overheid.

Beleid en ontwikkelingen

In Zweden had in de jaren zestig en zeventig van de vorige eeuw een explosie van zorg- en welzijnsvoorzieningen plaats. Gesteund door een sterke economie en politieke consensus werd prioriteit gegeven aan de zorg voor ouderen, gehandicapten en chronisch zieken. Zowel de institutionele als de thuiszorg maakten een snelle groei door. Maar vanaf eind jaren zeventig kwam langzaam een eind aan die groei en begon een tijdperk van stagnatie. De periode van eind jaren tachtig tot de dag van vandaag kan worden gekarakteriseerd als een periode van inkrimping, ingegeven door kostenbesparingen. Tegelijkertijd is de vraag naar gezond-

heidszorg enorm gegroeid vanwege de hogere levensverwachting en de toename van het aantal ouderen. Deze trend zal zich voortzetten in de komende decennia.

Knelpunten

Voor ouderen wordt de kloof tussen voorzieningen en behoeften steeds groter. In veel gemeenten loopt het totale beschikbare aanbod aan voorzieningen terug. Ondanks die inkrimping was bij 9% van de gemeenten sprake van een toename van het voorzieningenniveau en in een groot aantal gemeenten bleef het bestaande niveau gehandhaafd (National Board of Health and Welfare, 2002 in: *EU Questionnaire on Health and Long-Term Care of the Elderly in Sweden 2002*).

Het feit dat de professionele zorgvoorzieningen nu een kleiner aantal ouderen bereiken, duidt erop dat familie vaker het 'gat' moeten vullen tussen zorgbehoeften en de professionele zorg. Andere alternatieven, zoals het inkopen van de benodigde zorg op de private markt, wordt net als voorheen nog steeds door heel weinig ouderen gebruikt.

Daar bovenop kwam de economische recessie in de eerste helft van de jaren negentig, die een grote invloed had op de kwaliteit van de zorgvoorzieningen. De als gevolg van de demografische ontwikkelingen noodzakelijke uitbreiding van voorzieningen werd stopgezet. Het gevolg was een reductie van het aantal ziekenhuisbedden in de regionale ziekenhuizen met 45 procent, in de periode 1992-2002, naast een daling van het gemiddelde aantal verblijfsdagen in de (acute) ziekenhuiszorg (in 1990 7,5 dagen en in 2002 nog maar 4). In de geriatrie werd meer dan 70 procent van de hoeveelheid beschikbare bedden en werd de gemiddelde verblijfsduur teruggebracht van 113 dagen in 1990 naar slechts 14 dagen in 2002.

De vermindering van het aantal ziekenhuisdagen betekende ook dat een substantieel deel van de zorg – soms inclusief de specialistische verpleging – werd overgeheveld naar een ander niveau van zorg, namelijk de gemeenten en de eerstelijnszorg. Sinds de *Ädel Reform* is de werkdruk in zowel de institutionele als de thuiszorg enorm toegenomen. Die groeiende werkdruk is een combinatie van de vermindering van het aantal bedden en de meer intensieve zorg vanwege de grotere zorgbehoefte en kwetsbaarheid van de ouderen zowel functioneel als cognitief. Als gevolg hiervan werd ook de druk op de gemeentelijke extramurale zorgvoorzieningen steeds groter.

Gemeenten beschikken niet over voldoende financiële middelen om de capaciteit van de thuiszorg aan te passen aan de groeiende behoefte. Sinds de jaren negentig staan de voorzieningen onder druk en is sprake van een restrictief beleid.

Deze ontwikkelingen leiden ook tot een – te – lage kwaliteit van de voorzieningen. Zo heeft de helft van het personeel werkzaam in instellingen voor gehandicapten niet de noodzakelijke opleiding genoten.

Trends en ontwikkelingen

Vanuit een langere termijnperspectief gezien hebben veranderingen in demografie, huisvesting en communicatie grote gevolgen voor de gezondheidszorg en medische voorzieningen. De medische ontwikkelingen zijn een belangrijke oorzaak achter die structurele veranderingen. Ook is er meer besef dat ziekenhuiszorg beperkingen kent en dat de tendens om zorg en revalidatie in de eigen omgeving te geven, zowel vanuit een medisch als vanuit een zorg- en revalidatieperspectief, grote voordelen heeft. De nieuwe technologische ontwikkelingen in het verlengde van medische ontwikkelingen, in combinatie met het groeiende aantal ouderen met chronische ziekten zoals hartfalen, hoge bloeddruk, diabetes en psychische problemen, vragen om voortdurende aanpassingen in de structuur van de gezondheidszorg.

Het type en de hoeveelheid zorg kan plaatselijk nogal variëren, al naar gelang de lokale economie, de beschikbaarheid van zorgpersoneel, het aantal hoogbejaarden in de bevolking en regionale en gemeentelijke prioriteitsstelling. De variatie in en de kwaliteit van de voorzieningen zijn een belangrijk thema binnen het maatschappelijk debat in Zweden. Er is een dramatisch verschil in kosten voor zorg voor gehandicapten tussen gemeenten dat slechts voor een deel kan worden verklaard door een verschil in personele kosten.

In ideologische termen propageren de gemeenten het idee dat mensen zo lang mogelijk in de omgeving willen blijven wonen met zorg aan huis in de verwachting dat dit ook een kostenbesparend effect zal hebben. In de praktijk komt de zorg alleen bij de meest zorgbehoevend en kwetsbare ouderen terecht.

In de loop van de jaren negentig is marktwerking een steeds belangrijker rol gaan spelen in de ouderenzorg en ontstond een opening voor nieuwe commerciële aanbieders (producenten) van zorg- en dienstverlening, zoals private ondernemingen, coöperatieve associaties, verzekeringsmaatschappijen etc. Vanuit de nationale en lokale overheden in Zweden wordt de opstelling van het terrein van de ouderenzorg voor de markt van zorgaanbieders beschouwd als een levensvatbare strategie voor kostenbeheersing door concurrentie. In 2003 werd zo'n 11 procent van het totale aanbod aan voorzieningen voor ouderen door private (for profit) zorgaanbieders geleverd, met name in stedelijke gebieden. Zij worden gefinancierd en gecontracteerd door de gemeente. Privaat betekent dus niet een directe (*out-of-pocket*) bijdrage voor voorzieningen. In Zweden bestaat geen markt voor ouderenzorg op verzekeringsbasis. Wel is sprake

van een geleidelijke overgang naar een situatie waarin een grotere directe bijdrage (*out-of-pocket kosten*) van gebruikers zal worden gevraagd.

Er zijn drie duidelijk waarneembare trends in Zweden:

- De overgang van een grotere verantwoordelijkheid voor zorg en het welzijn van ouderen vanuit het publieke domein naar het individuele niveau van familie en gezin.
- In het verlengde daarvan, een duidelijke besef van de belangrijke rol die familie en verwanten spelen als mantelzorgers als essentieel onderdeel van het totale zorgsysteem. Tot dusverre zijn er geen aanwijzingen dat het uitgebreide professionele zorgsysteem heeft geleid tot een afname van de informele zorg.
- Het groeiende tekort aan menskracht in de zorgsector en de vraag hoe (blijvend) kan worden voorzien in de vraag naar en het behoud van voldoende en goed gekwalificeerd personeel. Dit geldt voor vrijwel alle sectoren en soorten beroepen: van thuishulp tot arts en in het hele land. Geschat wordt dat het tekort aan zorgpersoneel in het jaar 2015 opgelopen zal zijn tot zeker 200.000 mensen. Een groot knelpunt is het feit dat het werken in de zorg, zelfs als een vaste baan wordt gegarandeerd, steeds meer zijn aantrekkingskracht verliest. Een ander probleem is het relatief hoge aantal werkenden in de zorg die langdurig arbeidsongeschikt raken. Een van de grootste problemen is het hoge ziekteverzuim in combinatie met het toenemende aantal mensen dat de pensioengerechtigde leeftijd heeft bereikt.

Huidig en toekomstig debat

Het vraagstuk van de kosten en financiering van de zorg- en welzijnsvoorzieningen en het potentieel aan voldoende gekwalificeerd personeel zijn de voornaamste thema's als het gaat om de huidige en toekomstige zorgvoorzieningen. De stijgende kosten van de langdurige zorg hebben ertoe geleid dat strategieën voor kostenbeheersing en kosteneffectiviteit hoog op de agenda staan bij de gemeenten. Veel gemeenten hebben de bijdragen voor voorzieningen verhoogd, maar nationale wetgeving (medio 2002) heeft ervoor gezorgd dat een bodem en plafond zijn aangebracht voor wat betreft de hoogte van de eigen bijdragen. De *National Board of Health and Welfare* plaatst het vraagstuk van de financiering van de zorg in het kader van de *welfare* paradox: vanwege de steeds betere leefomstandigheden leven de Zweden langer en bereiken een leeftijd waarop zij meer en intensievere zorg nodig hebben. Deze ontwikkelingen plaatsen het op belastingen gebaseerde financieringssysteem van de zorg onder steeds grotere druk. De nationale overheid spoort gemeenten aan om hun budget in balans te houden, waardoor het simpelweg verhogen van de belastingen om uit de kosten te komen, geen optie is.

Over het algemeen is men het er over eens dat publieke medische, evenals de zorg- en welzijnsvoorzieningen voor ouderen en gehandicapten onderdelen vormen van een met elkaar samenhangend stelsel, dat om coördinatie en afstemming vraagt. De verdeling van de verantwoordelijkheden en taken heeft geleid tot spanning tussen de regio's en gemeenten over de financiering en coördinatie van de voorzieningen. Het stellen van prioriteiten voor publieke voorzieningen vraagt volgens de *National Board for Health and Welfare* om een breder perspectief dat de gezondheidszorg en welzijnsvoorzieningen met elkaar verbindt. Veranderingen in een deel van de sector hebben een directe of indirecte invloed op andere delen. Om middelen effectief in te kunnen zetten, is coördinatie noodzakelijk. In het maatschappelijk en politieke debat over het Zweedse gezondheidszorgbeleid is dit meerdere malen erkend.

Al deze ontwikkelingen en trends tezamen leiden ertoe dat in toenemende mate vragen worden gesteld bij de legitimiteit van het Zweedse zorgstelsel en tenslotte ook bij de legitimiteit van het 'Zweedse model' (verzorgingsstaat). Het huidige zorgsysteem voldoet volgens sommigen niet langer en de roep om een serieus maatschappelijk debat over noodzakelijke aanpassingen en ontwikkeling van het zorgsysteem en het concept van de Zweedse verzorgingsstaat wordt steeds sterker.

De *National Board of Health and Welfare* signaleert de volgende ontwikkelingen:

- De snelle afname van het aantal institutionele bedden bij de gemeentelijke ouderenzorg legt meer druk op andere delen van het zorgsysteem. Lokale autoriteiten moeten daarom de afname van het aantal institutionele plaatsen compenseren met een uitbreiding van de thuiszorg.
- De personeelstekorten in de zorgsector, onder meer bij de werving, en de hoge ziekteverzuimcijfers vormen een groot probleem in de zorg dat de toegang en de kwaliteit van de zorg negatief beïnvloedt.
- Lokale voorbeelden van goede praktijken, bijvoorbeeld preventie en de follow-up van drugsgebruikers, de verbetering van de welzijnsaspecten binnen de ouderenzorg en de steun voor mantelzorgers, laten zien dat de zorgsector onderhevig is aan een continu veranderingsproces.
- De steeds engere definitie van de publieke verantwoordelijkheid voor de zorg voor ouderen creëert onzekerheid onder ouderen en het algemene publiek. De overheid zou daarom publieke verantwoordelijkheid moeten definiëren in termen van toegankelijkheid en kwaliteit, en het recht op voorzieningen van het individu.
- De maatschappelijke consequenties van de langdurige demografische ontwikkeling vraagt, aldus de *National Board of Health and Welfare* om strategische beslissingen met betrekking tot de structuur en de financiering van de toekomstige zorg voor ouderen.

Beleid

In 2001 ging in Zweden een nationaal actieprogramma van start voor de verdere ontwikkeling en verbetering van de gezondheidszorg, waarin prioriteit werd gegeven aan de eerstelijns gezondheidszorg, psychiatrische zorg en gezondheidszorg voor ouderen. Dit programma loopt tot eind 2004. Dit plan bestaat deels uit een geormerkte subsidie aan de gemeenten om ze in staat te stellen de voorzieningen verder uit te breiden en te ontwikkelen in lijn met de doelen zoals de nationale overheid deze na overeenstemming met de gemeenten heeft vastgesteld.

Het nijpende tekort aan menskracht in de zorgsector is een van de meest dringende beleidskwesties in Zweden. Samen met werkgeversorganisaties en lokale overheden discussieert de nationale overheid over strategieën gericht op verbetering van de werkomstandigheden, hogere salarissen, *on-the-job-training* programma's en dergelijke voor werknemers in de ouderenzorg. In juli 2002 wees de Zweedse regering tien gemeenten aan om een actieplan te ontwikkelen voor de werving en het behoud van personeel in de langdurige zorg voor ouderen en gehandicapten.

Het debat en het nationale beleid met betrekking tot de langdurige zorg spitsen zich niet alleen toe op de mogelijke kosten als gevolg van de vergrijzing. De onderzoekers Lagergren en Batljan (2000) en Thorslund (1997) stellen dat de vraag naar beheersing van de kosten van de langdurige zorg niet los kan worden gezien van andere veranderingen in de samenleving, met name economische ontwikkelingen. In lijn met hun analyses gaat het publieke debat in Zweden daarom niet zozeer over de vraag hoe de kosten van de langdurige zorg kunnen worden beheerst, maar over de vraag hoe een hoog niveau van arbeidsparticipatie kan worden gerealiseerd ter versterking van de economie en het welzijn van ouderen.

Informatie en onderzoek

In Zweden zijn de gemeenten verantwoordelijk voor de langdurige zorg. Informatie over zorgvoorzieningen moet dus van gemeenten komen. Officiële (nationale) statistische informatie over het zorgstelsel en de zorgbehoeften van kwetsbare groepen ontbreekt. Ook het volgen van veranderende zorgbehoeften is niet mogelijk. Het medische zorggebruik wordt geregistreerd door de *county councils*. Officiële statistieken over mantelzorg, private zorg of zorg door vrijwilligers ontbreken, al zijn er wel specifieke cross-sectionele data. Er is een gebrek aan algehele (geïndividualiseerde) data, die het gehele zorgsysteem omvatten (Lagergren, 2004). Onderzoek waarin de medische en functionele status van ouderen wordt gerelateerd aan de vraag naar medische en sociale voorzieningen en de daadwerkelijk geleverde zorg ontbreekt. In Zweden is in 2002 een longitudinale studie van start gegaan – de *Swedish National Study on Aging and Care* (SNAC), die voorziet in deze lacune. De studie bestaat

uit een longitudinaal onderzoek naar de oudere bevolking en een onderzoek naar het Zweedse zorgsysteem. Daarnaast is het de bedoeling een eenvoudig monitoring systeem te ontwikkelen waarmee in de toekomst gemeenten de zorgvoorzieningen kunnen monitoren en volgen.

2.2 Verenigd Koninkrijk

Structuur en inhoud van de langdurige zorg

De gezondheidszorgvoorzieningen in het Verenigd Koninkrijk worden geleverd door de NHS (*National Health Service*), die voor iedere burger vrij toegankelijk is en grotendeels wordt gefinancierd met belastinggelden. De NHS stelt echter wel grenzen aan de directe input wat betreft langdurige zorg. Sinds 2002 is de NHS verantwoordelijk voor de kosten van verpleeghuiszorg in verpleeghuizen. Verpleeghuiszorg is gratis binnen de NHS en wordt toegekend via een indicatiestelling door het ziekenhuis of door de huisarts. Het merendeel van de verpleeg- en verzorgingshuizen is privaat. Sinds 2002 wordt geen onderscheid meer gemaakt tussen verpleeg- en verzorgingshuizen, maar verpleeghuizen leveren verpleeghuiszorg in aanvulling op persoonlijke verzorging zoals die geleverd wordt in verzorgingshuizen. Voor bijna alle (sociale) zorgvoorzieningen, inclusief alle institutionele voorzieningen wordt een bijdrage gevraagd, die afhankelijk is van inkomen en vermogen van de vrager.

Sinds 1993 wordt de langdurige zorg in het Verenigd Koninkrijk gecoördineerd door de lokale overheden. Deze zijn verantwoordelijk voor de toewijzing en de organisatie van de zorg. Die zorgvoorzieningen kunnen zowel direct via de lokale autoriteiten worden geleverd of via een private instelling die onder contract staat van de lokale autoriteit. De financiering van de zorgvoorzieningen komt vooral vanuit (centrale) belastinggelden, in de vorm van een overheidssubsidie die deels gebaseerd is op de kenmerken van de lokale bevolking, maar ten dele ook op lokale belastingen en bijdragen.

Toegang tot de met publieke middelen gefinancierde langdurige zorgvoorzieningen vindt voornamelijk plaats door een indicatiestelling die door de afdeling zorg en welzijn van de lokale autoriteiten wordt gecoördineerd. Er bestaan geen nationale regels die de hoeveelheid zorgvoorzieningen bepalen. Dit gebeurt op lokaal niveau door de lokale zorg- en welzijnsorganisaties. De criteria kunnen plaatselijk verschillend zijn, afhankelijk van de beschikbaarheid van middelen. Uitgangspunt bij de indicatiestelling is de zorgbehoefte van de cliënt en hun mantelzorgers, waarbij de nadruk ligt op toewijzing aan mensen met ernstige beperkingen. In april 2004 is een eenduidige indicatiestelling voor ouderen ingevoerd. Het is de bedoeling dat deze uiteindelijk binnen de hele zorg- en welzijnssector zal worden toegepast.

Langdurige zorgvoorzieningen zijn in het Verenigd Koninkrijk gericht op individuen en groepen, inclusief ouderen, mensen met fysieke of geestelijke beperkingen of psychische problemen. Het gaat daarbij om mensen die problemen hebben met het dagelijks functioneren (gedefinieerd op basis van ADL- functies), cognitief functioneren of de geestelijke gezondheid. Een specifieke definitie van zorgbehoefte is er niet.

Institutionele langdurige zorg

Naar schatting ontvangt zo'n 5.1% van de oudere bevolking langdurige zorg binnen een instelling, waarvan 3.1% in verzorgingshuizen, 1.7% in verpleeghuizen en 0.3% in ziekenhuizen. Een kleine minderheid van de ouderen koopt particuliere zorg in instellingen. De meeste ouderen maken gebruik van de lokale voorzieningen en zijn daarvoor op lokaal niveau geïndiceerd. Zij betalen een verplichte nationaal vastgestelde bijdrage. Hiervoor geldt een vermogenstoets van rond de 30.000 pond, terwijl voor de bijdrage een inkomenstoets geldt.

Over de hoogte van de bijdrage voor private institutionele zorg kan – voor zover die geheel of gedeeltelijk wordt gefinancierd door de lokale overheid – worden onderhandeld tussen de aanbieder en de lokale overheid. Sinds 1993 hebben lokale overheden deze verantwoordelijkheid gebruikt om de hoogte van de bijdragen terug te dringen. Er zijn aanwijzingen dat sommige aanbieders particuliere cliënten meer laten betalen dan cliënten wiens zorg uit publieke middelen wordt gefinancierd. Na een aanzienlijke groei in de jaren tachtig en negentig is nu sprake van een daling in de particuliere institutionele zorg (OECD 2004).

Thuiszorg

In het Verenigd Koninkrijk bestaat een scala aan thuiszorgvoorzieningen, waarbij de gezondheidszorg gratis wordt geleverd via de NHS en sociale of welzijnsvoorzieningen particulier of via de lokale overheid worden geleverd, over het algemeen via een indicatiestelling met al dan niet een eigen op inkomen en vermogen gebaseerde bijdrage. Naar schatting (*General Household Survey*, 1998/1999 in OESO 2004) maakt een op de vijf ouderen gebruik van één of meerdere van deze voorzieningen. Als het alleen om huishoudelijk hulp gaat, dan maakt zo'n 4% van de ouderen gebruik van de thuishulp die de lokale overheid aanbiedt en 9% van de ouderen van particuliere (zelfbetaalde) thuishulp.

Informele zorg/mantelzorg

Het merendeel van de ouderen die zorg nodig hebben, krijgen dit van een informele verzorger. Families zijn niet verplicht om voor zorgbehovende oudere familieleden te zorgen. Wel wordt bij de indicatiestelling rekening gehouden met de aanwezigheid van een informele verzorger. Mantelzorgers kunnen in aanmerking komen voor ondersteuning zoals respijtzorg. Dat kan zowel in een instelling als thuis. Hiervoor geldt een

indicatiestelling die zich op ondersteunen van de informele verzorger richt. Deze erkenning van de verzorgende rol van mantelzorgers en het belang van een pro-actieve ondersteuning van mantelzorgers ligt verankerd in de *Caring for Carers* strategie van het Britse Ministerie van Volksgezondheid (Goris, 2004). In de periode 2001-2003 hebben zo'n 313.000 indicatiestellingen voor informele verzorgers plaatsgevonden. Dit leidde bijvoorbeeld tot een 16% groei in respijtzorg (*short term breaks*). De rechten van informele verzorgers zijn in 2004 wettelijk vastgelegd in de *Carers Equal Opportunities Act 2004* (Philps 2004). Het VK is een interessant voorbeeld voor het Nederlandse mantelzorgersbeleid vanwege de expliciete aandacht die het besteedt aan de positie van informele verzorgers. Er wordt bijvoorbeeld nadrukkelijk gekeken naar de relatie tussen betaalde arbeid en het verlenen van mantelzorg en eventuele substitutieprocessen.

Naar schatting (*General Household Survey* in: OESO 2004) ontvangt 53% uitsluitend informele zorg, 34% zowel informele als professionele zorg, en 9% uitsluitend professionele zorg. Van degenen met twee of meer problemen in het dagelijks functioneren (ADL) ontvangt 31% uitsluitend informele zorg, 36% professionele thuiszorg (soms samen met informele zorg) en 32% ontvangt zorg in instellingen. Bevolkingsonderzoek uit 2001 wijst uit dat er in Engeland en Wales 5.2 miljoen informele verzorgers actief zijn.

Charitatieve instellingen spelen nog steeds een substantiële rol met name op het gebied van welzijnsvoorzieningen, maar de omvang verschilt naar gelang het type zorg (verzorgingshuis, thuiszorg, dag verzorging) en cliëntengroep. Toch speelt het vrijwilligerswerk een veel minder prominente rol op het gebied van de langdurige zorg dan de publieke en private sector. Veel vrijwilligerswerk wordt gesubsidieerd door de lokale of nationale overheid of door middel van een contract met lokale autoriteiten (Jonkers, 2004)

Financiële bijdrage voor mantelzorgers

Mantelzorgers kunnen in aanmerking komen voor een zogenaamde *Carer's Allowance*. Voorwaarde is dat men een beperkt inkomen heeft uit betaalde arbeid en daarnaast maximaal 35 uur per week zorg verleent aan een persoon die vanwege ziekte of handicap een uitkering ontvangt. Sinds 2002 kunnen ook mantelzorgers die boven de 65 jaar zijn in aanmerking komen. Dat is vooral van belang voor mensen die geen volledige aanspraak hebben op het staatspensioen.

Vooralsnog lijkt het om een beperkte groep verzorgers te gaan die zo'n bijdrage ontvangen: volgens statistieken van het Volksgezondheidsministerie 100 in 2002 en 970 in 2003; wel kan worden gesteld dat er sprake is van een forse groei in één jaar (Philps 2004).

Persoonsgebonden budget PGB

In 2002/2003 ontvingen 9.600 personen een direct payment; dit aantal blijkt een 53% groei ten opzichte van 2001/2002. Waar het aantal direct payments iets achter lijkt te blijven bij de Nederlandse cijfers van Per Saldo, zoekt de Britse regering naar stimuleringsmaatregelen (9 miljoen pond te besteden in 3 jaar aan ondersteuning bij aanvragen van PGB's (Philips 2004). Ook voor de geestelijke gezondheidszorgsector kent de VK een PGB systematiek.

Organisatie van de langdurige zorg

Centraal en decentraal

In het VK is de centrale overheid verantwoordelijk voor de langdurige zorg. Schotland, Wales en Noord-Ierland hebben een eigen verantwoordelijkheid, waardoor organisatie en beleid tussen de verschillende delen van het VK kunnen verschillen.

Lokale overheden zijn tamelijk autonoom wat betreft verstrekking en financiering van de langdurige zorg en ontvangen een (niet geormerkte) bijdrage van de centrale overheid, die naar eigen inzicht kan worden besteed. (Ten Have 2004). Sinds 2002 is de *National Care Standards Commission* (NCSC) verantwoordelijk voor de registratie en inspectie van de zorg- en welzijnsvoorzieningen (inclusief instellingen en thuiszorg) en de private gezondheidszorg. De NCSC heeft deze verantwoordelijkheid overgenomen van de lokale autoriteiten en de gezondheidszorg. Het *Social Services Inspectorate* (SSI) monitort de prestaties van de lokale autoriteiten voor wat betreft de welzijnsvoorzieningen. Er zijn nationale standaarden vastgesteld om ervoor te zorgen dat de zorg- en welzijnsvoorzieningen voldoen aan de behoeften van vragers. De standaarden gelden voor alle aanbieders in het Verenigd Koninkrijk.

Publieke en private aanbieders

De NHS is verantwoordelijk voor de medische component van de langdurige zorg, terwijl de lokale autoriteiten over het algemeen verantwoordelijk zijn voor verzorging en welzijn. Naar schatting is bijna tweederde van het intramuraal aanbod aan langdurige zorg publiek en eenderde privaat (Ten Have 2004). Slechts een heel klein deel van de bevolking, zo'n 35.000 personen, heeft een particuliere verzekering voor langdurige zorg (Comas-Herrera et.al. 2003).

Financieringskosten van de langdurige zorg

Gezondheidszorgvoorzieningen van de NHS zijn gratis en voor iedereen beschikbaar, onafhankelijk van iemands inkomen. De gezondheidszorgvoorzieningen (NHS) worden door de centrale overheid gefinancierd, voornamelijk uit de algemene belastingen en ten dele uit (nationale) verzekeringsbijdragen. In het jaar 2000 werd 26.7% van de kosten van de langdurige zorg gefinancierd door de NHS, 38.2% door lokale autoritei-

ten, en 35.2% door individuele personen of hun families, waarvan 17.3% uit eigen bijdragen en 17.9% directe private kosten (Comas-Herrera et.al. 2003). In de GGZ sector wordt een zogenoemde *Mental Health Need* index gehanteerd. Deze index combineert een groot aantal indicatoren gericht op de behoefte van de bevolking (op basis waarvan de financiële middelen worden toegewezen) met patronen die zichtbaar zijn in het gebruik van geestelijke gezondheidszorg (gebaseerd op de jaarlijkse *Health Survey*). Het percentage van middelen toegewezen aan de geestelijke gezondheidszorg in 2003/2004 varieerde per regio van 22,8% tot 8,12%. Gemiddeld bedroeg de bijdrage 11,56% (European Observatory on Health Systems and Policy, 2003)

De centrale overheid hevelt de inkomsten over naar lokale *Primary Care Trusts*, die verantwoordelijk zijn voor de levering van gezondheidszorg-diensten. De lokale *Primary Care trusts* zijn min of meer vrij de hoogte van de financiële middelen te bepalen. Echter zij dienen erop toe te zien dat de faciliteiten in voldoende mate aanwezig zijn om te voldoen aan de bepalingen in de *National Service Framework for Mental Health*. Aanvullende financiering voor de geestelijke gezondheidszorg wordt geoormerkt door de overheid. Recentelijk zijn daarmee middelen vrijgemaakt om de prioriteiten uit het *National Health Service Plan* gericht op de geestelijke gezondheidszorg te implementeren

Welzijnsvoorzieningen worden gefinancierd door gemeenten, die dit financieren door middel van lokale belastingen, eigen bijdragen van gebruikers, maar vooral uit overheidssubsidies. In feite worden daarmee ook de welzijnsvoorzieningen primair gefinancierd uit belastinggelden. Verpleeghuiszorg is gratis in Engeland, terwijl in Wales een eigen bijdrage wordt gevraagd voor verpleeghuiszorg (100 pnd per week). In Schotland is niet alleen verpleeghuiszorg gratis maar wordt ook geen bijdrage gevraagd voor persoonlijk verzorging (thuis) van mensen van 65 jaar en ouder.

Beleid en ontwikkelingen

Knelpunten

Belangrijke vraagstukken wat betreft de langdurige zorg in het Verenigd Koninkrijk zijn (Comas-Herrera et.al. 2003):

- De financiering van het systeem.
Vraag daarbij is in welke mate de langdurige zorg uit collectieve publieke middelen moet worden gefinancierd en in welke mate uit individuele private middelen, welke diensten gratis moeten zijn en welke inkomensafhankelijk;
- Het toekomstige aanbod van professionele en informele zorg.
Er heerst grote onzekerheid in het Verenigd Koninkrijk ten aanzien van de toekomstige beschikbaarheid van informele zorg. Daarbij spelen ontwikkelingen als de veranderende leeftijdsstructuur van de

- bevolking, de kleine gezinnen, een toenemend aantal alleenstaande kinderloze ouderen, een hogere arbeidsparticipatie van vrouwen en de veranderde samenstelling van oudere huishoudens.
- Kwaliteitsstandaarden.
Er is bezorgdheid over het toekomstige aanbod aan professionele zorgvoorzieningen. Tot nu toe is de aandacht vooral uitgegaan naar verzorgings- en verpleeghuizen. Het aantal plaatsen in instellingen neemt sinds de tweede helft van de jaren negentig af, waardoor men in het VK kampt met ‘verkeerde-bedden’ problematiek.
 - De samenwerking en uitwisseling tussen de zorg -en welzijnssector.
De scheiding tussen gezondheidszorg en welzijnsdiensten veroorzaakt problemen bij de organisatie en financiering van een adequate zorgaanbod voor zorgbehoevende mensen met meervoudige problematiek.

Beleid

Aanbieders van langdurige zorg hebben de lokale autoriteiten bij voortdurend gewezen op de lage eigen bijdrage die zij van zorggebruikers ontvangen. De regering stelt meer gelden beschikbaar voor welzijnsdiensten zodat de lokale autoriteiten de verbeteringen waartoe de overheid hen verplicht, ook kunnen verwezenlijken. Dat houdt in dat lokale overheden tegen reële prijzen diensten kunnen inkopen bij zorgaanbieders. Er zijn plannen ontwikkeld om de samenwerking wat betreft de levering van langdurige zorg op lokaal niveau te verbeteren. Deze plannen zijn vastgelegd in een overeenkomst, opgesteld door het Ministerie van Gezondheidszorg, de zogenaamde *Building Capacity and Partnership in Care-Agreement*. De overeenkomst geeft ook aan hoe de overheid hierin kan ondersteunen.

Het beleid in het Verenigd Koninkrijk richt zich op de meest kwetsbare mensen met complexe zorgvragen. Een goede indicatiestelling en adequaat aanbod van voorzieningen worden gezien als de beste instrumenten. De lokale thuiszorginstellingen richten zich in toenemende mate op de meest kwetsbare mensen, met als uitgangspunt: minder maar wel intensievere dienstverlening per gebruiker. Het aantal eenvoudige hulpvragen dat kan worden beantwoord is daardoor afgenomen met mogelijke gevolgen voor de preventie van meer intensieve hulpvragen (Comas-Herrera et. al. 2003).

In de *National service framework for older people* (maart 2001) wordt ingezet op ontwikkeling van intermediaire zorgdiensten. Deze intermediaire diensten zijn bedoeld om (vermijdbare) ziekenhuisopname te voorkomen, om hulp te bieden na ontslag uit het ziekenhuis en om (vermijdbare) opname in een verzorgings- of verpleeghuis te voorkomen. De dienst bestaat uit een kortdurend revalidatieprogramma in een instelling of thuis. Voor de ontwikkeling van deze diensten zijn speciale middelen

uitgetrokken, aangevuld met thuiszorgvoorzieningen, *community care* en steun voor mantelzorgers. Ian Philips schreef voor het Ministerie van Volksgezondheid eind 2004 een voortgangsrapport *Better health in old age* over de resultaten van het ouderenvoorzieningsbeleid. In zijn rapport geeft Philips aan dat intermediaire zorgdiensten inmiddels voor zo'n 331.271 mensen ondersteuning bieden, waarvan 80% ouderen.

In januari 2005 kwam de Britse minister voor Volksgezondheid John Reid met een nieuw initiatief voor de langdurige zorg. De NHS dient de volgende drie jaar een 5% reductie te realiseren in bedden die gebruikt worden voor spoedopnames in ziekenhuizen. Volgens recente statistieken is 10% van de patiënten die zorg ontvangen in ziekenhuizen verantwoordelijk voor 55% van de opnames in die ziekenhuizen. Veel van deze patiënten hebben complexe meervoudige chronische aandoeningen. De Britse regering wil nu *community matrons* invoeren, die de meest kwetsbare patiënten een op een gaan ondersteunen ten aanzien van hun langdurige ziekte(n). Deze ondersteuning dient te voorkomen dat deze patiënten zoveel dure ziekenhuiszorg gaan consumeren. De NHS gaat zo'n 3000 *community matrons* aanstellen voor maart 2007. Daarnaast moeten multiprofessionele teams pro-actief op zoek naar patiënten met één zware langdurige aandoening om daar vervolgens ondersteuning op te ontwikkelen die voldoende alternatief biedt voor ziekenhuiszorg. Tenslotte wil Reid dat chronische zieken getraind worden/ anderszins in staat worden gesteld om zelf als *disease manager* te gaan opereren (eigen verantwoordelijkheid nemen).

2.3 Portugal

Portugal is lang bezig geweest met een economische inhaalslag ten opzichte van meer ontwikkelde OESO landen, maar daaraan is de laatste paar jaar een einde gekomen. Er is nog steeds een aanzienlijk verschil in per capita inkomen. Een belangrijke oorzaak is lage arbeidsproductiviteit, terwijl er wel sprake is van hoge arbeidsparticipatie.

Structuur en inhoud van de langdurige zorg

Tot voor kort was langdurige zorg een impliciet onderdeel van de gezondheidszorg. De huidige structuur, organisatie en regelingen dragen daar nog veel sporen van.

In 1994 ging het Geïntegreerde Steunprogramma voor Ouderen (*Programa de Apoio Integrado a Idosos, PAII*) van start. Het PAII kent enkele moderne uitgangspunten: autonomie voor en deelname van ouderen aan de maatschappij en het voorkómen van isolement, ondersteuning aan mantelzorgers, opleidingen voor professionele en mantelzorgers. Het PAII heeft een aantal projecten ondersteund op het gebied van thuiszorg, ambulante en residentiële rehabilitatie na ziekte of andere

periodes van afhankelijkheid, opleidingen en alarmeringsdiensten. Deze projecten worden nu langzamerhand omgezet in reguliere voorzieningen.

De langdurige zorg in Portugal is in onvoldoende mate ontwikkeld en is lang verwaarloosd, constateert Guichard (OESO 2004). Dat geldt niet alleen voor de ouderenzorg, maar ook voor de zorg voor mensen die het slachtoffer zijn van een ongeluk, aan chronische ziektes lijden of een lichamelijke of verstandelijke handicap hebben. De gebrekkige ontwikkeling van de professionele langdurige zorg in Portugal hangt volgens Guichard nauw samen met de traditioneel belangrijke rol van de familie op het gebied van de zorg. Eén indicator is dat, met Griekenland, Portugal het enige land is in de EU15 dat geen geriatrie als medisch specialisme kent. Iets als respijtzorg bestaat vrijwel niet.

De structuur van de familieverhoudingen is veranderd. Zo is het aantal en percentage vrouwen dat voltijds of deeltijds werkt sterk gestegen de laatste jaren, waardoor de mantelzorg als bijna enige voorziening, in ieder geval voor ouderenzorg, steeds minder functioneert. Toch heeft dat pas onlangs geleid tot een beleid om meer en betere zorgvoorzieningen te ontwikkelen. Omdat een adequate publieke infrastructuur ontbreekt, verblijven veel ouderen langdurig in ziekenhuizen en bezetten daar bedden die eigenlijk nodig zijn voor acute zorg.

In 2000 gaf de Portugese regering haar goedkeuring aan de zogenaamde ISO (9001:2000) norm, die een nationale kwaliteitsstandaard vaststelt voor ouderenzorg in de thuissituatie, tegelijk met een nationaal plan voor de accreditatie van alle speciale instellingen op het terrein van de langdurige zorg (het zgn. *Plano Avô* – Grootvader Plan) en een Privaat en Sociale Steunprogramma om de infrastructuur te verbeteren en staf te trainen voor deze instellingen. Sindsdien contracteren regio's private aanbieders voor thuiszorg.

In 2002 werd een grootscheepse hervorming van de gezondheidszorg ingezet, die als een Big Bang op veel onderdelen in korte tijd een grote verbetering teweeg moest brengen. Inderdaad is op een aantal punten, zoals het vergroten van de efficiëntie van ziekenhuizen, in korte tijd verbetering aangebracht. Onderdeel van de *Big Bang* was het versterken van de langdurige zorg middels het opzetten van een Nationaal Netwerk Langdurige Zorg. Ook werd een wetsvoorstel voorbereid waarin normen met betrekking tot kwaliteit, financiering en management van langdurige zorg instellingen worden vastgelegd (eind 2004). Beide vallen onder de verantwoordelijkheid van de Ministeries van Gezondheidszorg en van Sociale Zekerheid en Werk. Doel is het creëren van een sterk netwerk, inclusief eenheden voor langdurige ziekenhuiszorg, thuiszorg, dagverzorging, geïntegreerd met eerstelijnsvoorzieningen en ziekenhuizen. Dit netwerk zal voornamelijk tot stand komen via contracten met private eenheden, in het bijzonder de non-profit *misericórdias*. Er zijn geen ramin-

gen van de kosten van dit netwerk, noch van de verwachte toename van de kosten van de langdurige zorg in relatie tot de vergrijzing van de Portugese bevolking. Het genoemde plan bevat ook promotiestrategieën voor het concept van 'gezonder worden' gedurende de levensloop, een vraaggestuurde aanpak van de gezondheidszorg voor ouderen en de verbetering van de professionele praktijk. Anno 2005 groeit het netwerk langzaam maar bestaat nog steeds een groot gebrek aan voorzieningen.

Aanspraken

De langdurige zorg (gezondheidszorg en welzijn) voor ouderen binnen het Portugese systeem van sociale voorzieningen bestaat uit:

- financiële vergoedingen (incidenteel en onder bijzondere omstandigheden);
- vergoedingen in natura (materieel);
- gebruik van het non-profit netwerk van voorzieningen en diensten door middel van een vergoeding die gebruikers of hun familie wordt toegekend, gebaseerd op hun inkomsten (per capita). Dit netwerk is opgezet door de overheid, fondsen, lokale partijen en private non-profit organisaties waarmee de nationale overheid protocollen en samenwerkingsprogramma's heeft opgezet.

Organisatie van de langdurige zorg

Centraal en decentraal

In Portugal is de staat verantwoordelijk voor de gezondheidszorg, die voor iedereen toegankelijk is en een systeem van eigen bijdragen kent. Er is een *National Health System* (NHS) gefinancierd uit belastingen. Het Portugese gezondheidszorgstelsel bestaat pas sinds 1979 en is georganiseerd op basis van een onderverdeling in vijf Gezondheidszorgregio's, die elk indien nodig weer in sub-regio's kunnen worden onderverdeeld. Elke gezondheidszorgregio wordt aangestuurd door een autonoom Regionaal Gezondheidszorg Bestuur. De regio's en subregio's bestaan uit verschillende lokale gezondheidszorgeenheden, die hun eigen gezondheidszorgcentra samenstellen (in principe één per gemeente, hoewel een gezondheidszorgcentrum uit een of meerdere onderdelen kan bestaan) en ziekenhuizen.

De centrale regering, vertegenwoordigd door het Ministerie van Gezondheidszorg (bestaande uit vier directoraten en zes instituten), is verantwoordelijk voor het gezondheidszorgbeleid en het management van de implementatie in de nationale gezondheidszorg. De regionale besturen zijn verantwoordelijk voor de regionale implementatie van nationale beleidsdoelen. De regionale verantwoordelijkheid (management en financieel) is wettelijk vastgelegd, maar in de praktijk ligt de verantwoordelijkheid voor de planning en verdeling van de gezondheidszorg op nationaal niveau en is dus sprake van een sterk centraal geleid systeem. De regionale besturen zijn in de praktijk alleen financieel ver-

antwoordelijk voor de eerste lijnsgezondheidszorg, maar de ziekenhuisbudgetten worden nog steeds op nationaal niveau vastgesteld en toegewezen.

Publieke en private aanbieders

Dienstverleners voor de NHS zijn in drie verschillende netwerken georganiseerd: eerste lijns-centra, ziekenhuizen en eenheden voor langdurige zorg. Naast het NHS bestaan er verschillende vrijwillige corporatistische gezondheidszorgverzekeringen. Deze laatste zijn een overblijfsel uit het sociale zekerheidsstelsel voor de komst van het nationale gezondheidszorgstelsel. Verzekering vindt plaats op basis van beroep of de sector waarin met werkzaam is.

De gezondheidszorgverzekeringen bieden eigen diensten aan hun verzekerden die ook nog eens toegang hebben tot de NHS. Ongeveer een kwart van de Portugese bevolking is op deze wijze dubbel of zelfs drie keer verzekerd, hetgeen een verspilling van middelen is.

Financiering/kosten van de langdurige zorg

Het Portugese gezondheidszorg systeem wordt grotendeels gefinancierd door de nationale overheid en slechts voor 6.9% uit individuele bijdragen. In totaal werd in 2001 meer dan 60% van het overheidsbudget uitgegeven aan gezondheidszorg, onderwijs en sociale zaken. Aan gezondheidszorg alleen werd per hoofd van de bevolking (BBP) 6.3% uitgegeven. Het percentage van het BNP dat aan gezondheidszorg wordt besteed was laag in het begin van de jaren negentig maar stijgt sneller dan in omringende landen. Het ligt boven het EU-gemiddelde van 6%, maar onder het OESO-gemiddelde van 6.5%. Volgens andere berekeningen blijft Portugal wel onder het Europese gemiddelde (*European Observatory on Health Systems and Policies* 2004). Het jaarlijkse budget voor de NHS wordt steevast overschreden en aanvullende budgetten zijn de norm geworden.

Publieke uitgaven voor gezondheidszorg beslaan tweederde van het totaal aan uitgaven, dat wil zeggen dat de particuliere uitgaven een derde vormen, vooral door aanvullende verzekeringen en *out of pocket* bijdragen. De facto levert dit een regressieve financiering van de gezondheidszorg op. Behalve vrijstelling van betaling voor enkele medicijnen bestaan er geen compensatieregelingen voor chronisch zieken en hetzelfde geldt voor ouderen met een laag inkomen. Voor gehandicapten bestaan er uitgebreidere reducties van eigen bijdragen voor gezondheidszorg.

Er is geen informatie over de kosten van de langdurige zorg, voor zover die onder de gezondheidszorg valt. Zo wordt bijvoorbeeld het budget voor de thuiszorg of de zorg voor ouderen tijdens het verblijf in het ziekenhuis niet verder gedifferentieerd. Jaarlijks worden op nationaal niveau criteria en prioriteiten vastgesteld en een activiteitenprogramma voor de

sociale behoeften van de meest kwetsbare groepen van de bevolking. Op basis hiervan hevelt de nationale overheid het benodigde bedrag uit algemene middelen over naar het sociale zekerheidsbudget.

Beleid en ontwikkelingen

Knelpunten

Begin jaren zeventig was Portugal een van de eerste Europese landen, waar een geïntegreerde aanpak van de eerstelijns gezondheidszorg werd opgezet door de ontwikkeling van een gezondheidszorg netwerk. Ondanks de stormachtige ontwikkelingen en de aanzienlijke verbeteringen in de gezondheidszorg, zoals een enorme daling van het kindersterftecijfer, zijn er ook de nodige knelpunten, zoals:

- de enorme toename van het aantal mensen met chronische ziekten, waaronder veel ouderen, en in samenhang daarmee de noodzaak van een geïntegreerde aanpak tussen de gezondheidszorg en de sociale sector, zowel in de ambulante zorg, de thuiszorg als op het gebied van revalidatie;
- het ontbreken van adequate voorzieningen op het gebied van de langdurige zorg, waardoor sprake is van de zogenaamde ‘verkeerde bedden problematiek’;
- de kosten van de gezondheidszorg die in verhouding tot andere landen met een nationaal gezondheidszorgsysteem erg hoog zijn en de beperkte prestaties wat betreft bijvoorbeeld toegankelijkheid, efficiëntie of kosteneffectiviteit;
- de trend naar grotere diversiteit in de gezondheidszorg en daarmee naar grotere ongelijkheid als gevolg van het streven naar een vermindering van de kosten en kostenbeheersing;
- de beperkte en onevenwichtige menselijke infrastructuur in de professionele zorg en een nauwelijks aanwezige lange termijnvisie wat betreft de (langdurige) zorg (*European Observatory on Health Systems and Policies* 2004).

Overige beleidspunten

In 2004 is het Ministerie van Gezondheid begonnen met het opzetten van een Nationaal Gezondheidsplan voor Ouderen, dat veel preventieve aspecten zal bevatten.

2.4 Spanje

Structuur en inhoud van de langdurige zorg

In Spanje is de familie de voornaamste bron van zorg. Professionele zorgvoorzieningen vormen slechts een beperkt aandeel. ‘Langdurige zorg’ wordt pas sinds kort beschouwd als een specifiek onderdeel van de voorzieningen in het Spaanse gezondheidszorgsysteem. Wel levert de gezondheidszorg een aantal diensten die als langdurige zorg kunnen worden

aangemerkt, zoals in psychiatrische instellingen of ziekenhuizen waar ouderen langdurig verblijven omdat er geen alternatieven voorhanden zijn. Op lokaal niveau kunnen mensen die niet over middelen, familie of financiën beschikken een beroep doen op de gemeente. Langzamerhand is sprake van meer uitgebreide voorzieningen, maar het niveau is nog zeer beperkt, zeker in vergelijking met andere landen in de Europese Unie.

De Spaanse gezondheidszorg (NHS) weerspiegelt de overgang van een netwerk van gezondheidszorgdiensten dat voorheen deel uitmaakte van het sociale zekerheidssysteem, waartoe het in administratief opzicht nog grotendeels behoort (Rico et. al. 2003). In financieel opzicht is het gezondheidszorgsysteem gebaseerd op centraal geïnde belastinggelden, met een beperkte rol voor eigen bijdragen.

Het grootste deel van de bevolking kan aanspraak maken op voorzieningen en (aanvullende) vergoedingen, hoewel preventieve programma's, langdurige zorg en tandarts slechts gedeeltelijk zijn gedekt. Ongeveer 10% van de bevolking (voor het merendeel ambtenaren en hun familieleden) vallen onder een speciale verzekering, die uit verschillende fondsen is samengesteld, de zgn. MUFACE. Leden van deze verzekering kunnen kiezen tussen een publieke of een particuliere verzekering.

Aanspraken

Langdurige zorg is een onderdeel van het algemene concept van persoonlijke sociale zorg. Hiertoe worden drie doelgroepen gerekend: ouderen, en lichamelijk en verstandelijk gehandicapten. Mensen met een handicap hebben recht op een uitkering, die gebaseerd is op de zwaarte van de beperking en het arbeidsverleden. Als men 65 wordt, dan wordt de uitkering omgezet in een pensioen met een eventuele toeslag om de zorg te organiseren (Ten Have et. al. 2004). Om aanspraak te kunnen maken op voorzieningen is een indicatiestelling noodzakelijk, gebaseerd op zorgbehoefte, volgens de in de betreffende regio geldende richtlijnen. Soms is sprake van een inkomenstoets. In een regio als Catalonië hebben ouderen recht op zorg van hun kinderen. Gevolg is dat de aanwezigheid van mantelzorg soms meetelt bij de indicatiestelling. Gevolg is ook dat gezinnen uit de middenklasse buiten de boot vallen, als zij niet in aanmerking komen voor publieke voorzieningen, maar niet over voldoende inkomen beschikken om de kosten zelf te betalen.

Iemand die zorgbehoevend is kan in de eigen woonplaats een beroep doen op zorgvoorzieningen. Lokale autoriteiten zijn geneigd voorrang te geven aan alleenwonenden. Persoonlijke verzorging is alleen beschikbaar voor mensen met een grote mate van zorgbehoefte. Thuiszorg is in beperkte mate beschikbaar, ook voor mensen die aan de criteria voldoen. Lokale autoriteiten zijn verplicht een vermogenstoets te doen voor mensen die geïndiceerd zijn voor een verzorgings- of verpleeghuis en leggen

een verplichte bijdrage op. Veel gemeenten doen dat ook bij thuiszorg. De criteria voor indicatiestelling kunnen per gemeente of regio verschillen, maar vaak wordt het in 1986 ontwikkelde model van IMSERSO (*Institute for Social Services*) aangehouden. Het Imserso model hanteert een puntensysteem en heeft betrekking op dimensies als sociale omgeving (familie en milieu), behoefte aan lichamelijke en geestelijke ondersteuning, economische status, huisvesting en sociale integratie (in de gemeenschap).

Institutionele zorg

In 2000 bestond 9,2% van de langdurige zorg voor ouderen (3,2% van alle ouderen) uit verzorgingshuiszorg. Voor elke 100 ouderen van 65 jaar en ouder waren in 1998 slechts 2,8 verzorgingshuisplaatsen beschikbaar (doelstelling was 5 plaatsen per 100 inwoners).

Thuiszorg

De meest voorkomende (formele) zorgvoorzieningen voor zorgbehoevende ouderen in Spanje zijn thuiszorg (of hulp), dagverzorging en in zeer beperkte mate telematica. Thuiszorg of hulp is bedoeld voor mensen die persoonlijke verzorging aan huis nodig hebben zoals bijvoorbeeld hulp bij het baden en aankleden e.d. De publieke thuiszorg wordt geleverd door de gemeenten vanuit zogenaamde sociale zorgcentra. Slechts ongeveer 4,4% van de zorgbehoevende ouderen maakt hier gebruik van en 1,5% maakt gebruik van thuishulp, terwijl 11,2% van de zorgbehoevende ouderen (3,9% van het totale aantal ouderen) particuliere thuishulp heeft. Centra voor dagverzorging horen over het algemeen tot de publieke voorzieningen. Deze centra bieden zorgbehoevende ouderen dagelijkse ondersteuning bij activiteiten en psychosociale ondersteuning, zodat mensen zo lang mogelijk zelfstandig kunnen blijven en opname in een verzorgingshuis kan worden voorkomen of uitgesteld. Ook ontlasten dergelijke centra mantelzorgers. Deze centra komen vooral voor in Catalonië en Baskenland en hun aantal groeit nog steeds. Ongeveer 3,9% van de zorgbehoevende ouderen (1,36% van het totaal aantal ouderen) maakt gebruik van deze voorzieningen.

Telematica, het gebruik van nieuwe communicatietechnologie speelt op dit moment in de zorg nog een zeer marginale rol (minder dan 0,8% van de oudere bevolking).

Informele zorg/mantelzorg

Informele zorg wordt in Spanje vooral door de familie geleverd. In 1998 ontving 78% van alle zorgbehoevende zelfstandig wonende ouderen zorg van familie; van de ouderen die in ernstige mate zorgbehoevend zijn 82,2% (Costa-Font en Patxot 2003). Slechts 2,2% van de ouderen ontvangt zorg van burens en zo'n 10% ontvangt helemaal geen zorg of hulp. Slechts 4% van de ouderen ontvangt zowel formele als informele zorg. Ongeveer 7% van de bevolking van 16 jaar en ouder gaf in het Europese

Huishoud Panel (1999) aan dat zij voor een afhankelijke oudere zorgden (3% mannen en 9% vrouwen). Van de bevolking van 18 jaar en ouder is dat 12%, terwijl 40% van de mantelzorgers meer dan vijf jaar zorg verleenden. Ongeveer een kwart van de mantelzorgers zijn partner van de zorgbehoevende persoon. Driekwart van de mantelzorgers zijn vrouwen in de leeftijd tussen de 45 en 60 jaar (Costa-Font, J. en C. Patxot 2003)

Organisatie van de langdurige zorg

Centraal en decentraal

In Spanje ligt de verantwoordelijkheid voor zowel de gezondheidszorg als de sociale zorg op regionaal niveau, ofschoon de financiering centraal is geregeld en de uitvoering op lokaal niveau wordt geregeld. De ontwikkeling van de gezondheidszorg en de sociale sector zijn nauw verbonden met het voortschrijdend politieke decentralisatieproces, dat voor de gezondheidszorg werd afgerond in 2002.

De 17 regio's zijn vrijwel autonoom, ook wat betreft de langdurige zorg, die daardoor per regio kan verschillen. Zo benadrukken bijvoorbeeld regio's als Catalonië, Castilië-Leon en Cantabrië de integratie van de gezondheidszorg en de sociale zorg, terwijl andere regio's zoals Baskenland en Gallicië de aandacht vooral richten op de ontwikkeling van de persoonlijke sociale steun. Het decentralisatieproces in Spanje heeft daarmee tot een grotere diversiteit geleid bij de prioritering en het bepalen van het beleid.

Het recht van ouderen op sociale zorg is vastgelegd in de Spaanse grondwet, maar dit recht is tot nu toe niet vertaald in regelgeving. In plaats daarvan hebben de regio's hun eigen regelgeving bepaald, waardoor ook in dit opzicht de regionale verschillen tussen publiek gefinancierde sociale zorg, het niveau van voorzieningen en de aanspraken groot kunnen zijn. Op centraal niveau regelt het Ministerie van Arbeid en Sociale Zaken programma's die voorzien in steun voor ouderen en monitoren en coördineren zij de sociale zorgvoorzieningen. Voornaamste planningsinstrument hiervoor zijn de zogenaamde 'gerontologische plannen', centrale structurele plannen voor de hervorming van de sociale voorzieningen in het land. Het gaat daarbij om algemene beleidsdoelstellingen, maar ook om de woonomstandigheden van ouderen en andere behoeften. Tot nu toe heeft die centrale planning echter nauwelijks invloed gehad op de coördinatie van de diensten.

Publieke en private aanbieders

Publieke sociale voorzieningen worden in Spanje voornamelijk gefinancierd via belastingen, via centrale subsidies van de overheid (20%), regionale subsidies (30%) en lokale subsidies (50%). Regionale inkomsten komen van de financiële bijdragen vanuit de centrale regering. Lokale

inkomsten komen van de regio's die de gemeenten subsidiëren en uit lokale belastingen.

De langdurige zorg kan per regio verschillen, maar in het algemeen is sprake van een toenemend belang van de private sector. Ofschoon de publieke sector in bijvoorbeeld Murcia en Extremadura nog steeds de voornaamste leverancier is van voorzieningen, is de private sector in de andere regio's inmiddels de voornaamste aanbieder van zorgvoorzieningen. Cijfers van IMSERSO (2001) laten zien dat over het hele land 1% van het aanbod van publiek gefinancierde verzorgings- en verpleeghuiszorg wordt geleverd door de nationale overheid, 11% door de regio's en 41% door publieke lokale aanbieders. De overige 47% wordt geleverd vanuit de private sector (34% non-profit en 11% for-profit).

Financieringskosten van de langdurige zorg

De langdurige zorg wordt voornamelijk via belastingen gefinancierd, maar wordt in belangrijke mate aangevuld met bijdragen die per regio verschillend kunnen zijn. Private langdurige zorg wordt gefinancierd uit eigen bijdragen van cliënten. Daar staat wel een belastingaftrek tegenover in de inkomstenbelasting voor families die de verantwoordelijkheid dragen voor een zorgbehoevende oudere. In absolute zin is die belastingaftrek niet erg substantieel. De kosten van de zorg worden beheerst doordat er een budgetplafond is dat wordt vastgesteld door de regionale en lokale autoriteiten. De hoeveelheid zorg wordt bepaald door het budget en de omvang van het aanbod ligt vast. Als de vraag dus groter is dan het aanbod, dan ontstaan wachtlijsten. Per regio kan dit verschillend zijn: hoe hoger het budget, des te groter is het aanbod en des te korter de wachtlijsten (Ten Have et. al. 2004).

Als de langdurige zorg uit publieke middelen wordt gefinancierd dan is deze inkomensafhankelijk en wordt deze gekoppeld aan de hoogte van het inkomen. In sommige regio's zoals Catalonië wordt het totale gezinsinkomen daarbij betrokken, zodat de zorgbehoevende oudere een schuldverklaring kan tekenen, die betaald kan worden uit (te erven) bezittingen en vermogen. Deze inkomstenstoets geldt zowel voor de thuiszorg (geregeld door de lokale autoriteiten) als voor verpleeghuisvoorzieningen en dagverzorging (die onder de regionale autoriteiten vallen). Pensioenvoorzieningen (86% van de ouderen ontvangt een pensioen) bieden ouderen weinig bescherming (470 euro in 2000) tegen de vaak hoge kosten van langdurige zorg, maar omdat veel mensen bezittingen hebben (56%), spelen deze een sleutelrol bij de financiering. Ook charitatieve instellingen spelen een belangrijke rol in Spanje voor families die niet over voldoende middelen beschikken om de kosten voor langdurige zorg te dekken. Aanvullende verzekeringen tegen de risico's van de hoge kosten van langdurige zorg zouden een oplossing kunnen bieden. Toch blijkt uit onderzoek dat slechts 16% van de bevolking een dergelijke ver-

zekering overweegt. Dat lage percentage wordt verklaard uit de hoge mate van vertrouwen die een groot deel van de bevolking heeft in de (relatief nieuwe) verzorgingsstaat en het van oudsher sterke vertrouwen op eigen bezittingen en spaargeld.

Beleid en ontwikkelingen

Knelpunten

Rico, et.al. in: Ten Have (2004) noemen de volgende knelpunten:

- Een tekort aan gereguleerd aanbod en capaciteit.
- Te hoge drempels om in aanmerking te komen voor zorg, waardoor mensen met middeninkomens tussen wal en schip raken (een te hoog inkomen om in aanmerking te komen, maar te laag om privaat zorg te kunnen inkopen).
- Zwakke eerstelijns zorg, waardoor de mogelijkheden geïntegreerde zorg te bieden beperkt zijn.
- Gebrekkige coördinatie tussen gezondheidsaanbieders en sociaal werker.
- Een versnipperd aanbod. De aanbieders voor publiek gefinancierd aanbod betreffen vaak kleinschalige private ondernemingen. Daarnaast is er het privaat gefinancierde aanbod dat vaak ongereguleerd is (of zelfs zwart).
- Een tekort aan gekwalificeerde verpleegkundigen en maatschappelijk werkers met een relatief lage status.
- Slechte samenwerking tussen de verschillende aanbieders van zorg (met name met ziekenhuizen).
- En tenslotte vormen wachtlijsten een groot probleem.

Beleid

Het debat spitst zich in Spanje toe op de vraag hoe de integratie tussen gezondheidszorg en de sociale sector verbeterd kan worden en op de manier waarop de langdurige zorg het beste kan worden gefinancierd met het oog op de toenemende vergrijzing. Het in 2003 tot stand gekomen Nationale Plan beoogt de enorme heterogeniteit in het aanbod van langdurige zorg te reduceren. Een groot obstakel voor de integratie van gezondheidszorg en sociale voorzieningen heeft te maken met de grote tekorten in het aanbod van sociale voorzieningen.

Een belangrijk punt van discussie is de vraag hoe en welke vergoedingen publiek gefinancierd moeten worden. Het debat spitst zich toe op een gemengd systeem met een publiek gefinancierde basis en daarnaast de mogelijkheid zich aanvullend te verzekeren of een directe eigen bijdrage te betalen (Costa-Font en Patxot 2003).

Andere belangrijke punten van discussie zijn de ontwikkeling van community care en de regulering en het opzetten van een markt voor private verzekering van langdurige zorg in combinatie met een publiek gefinancierd arrangement.

2.5 Duitsland

Structuur en inhoud van de langdurige zorg

Duitsland kent een verzekeringsstructuur, waaronder zowel (ouderdom)pensioen, uitkeringen voor gehandicapten als acute gezondheidszorg vallen. Sinds 1995 valt ook de langdurige zorg hieronder. Ongeveer 90% van de bevolking is op deze wijze verplicht verzekerd. De overige 10% valt onder een particuliere verzekering of de sociale zekerheidsregelingen. De voorwaarden van de sociale verzekeringen worden door de Federale regering vastgesteld. Bijstandsuitkeringen worden op het niveau van de Länder geregeld op basis van een inkomenstoets en zijn bedoeld voor mensen die buiten de collectieve verzekeringen vallen.

De verzekering voor langdurige zorg is een aparte pijler binnen het sociale verzekeringsstelsel, die apart van de ziektekostenverzekering wordt geregeld en gefinancierd, maar die wordt gemanaged door bestaande ziektekostenverzekeraars. De contributies voor de langdurige zorg komen boven op de premies voor de ziektekostenverzekering. Beide verzekeringspijlers worden analoog aangestuurd via nationale regelgeving. Particuliere huishoudens moeten zelf de kosten dragen voor huisvesting of institutionele zorg en er zijn bijstandsuitkeringen voor mensen die onvoldoende inkomen hebben om de directe bijdrage in de kosten voor langdurige zorg te kunnen financieren. Om het risico van hoge kosten op latere leeftijd te dekken, bijvoorbeeld voor het verblijf in een verpleeghuis, sluiten steeds meer mensen een aanvullende particuliere verzekering.

Aanspraken

In Duitsland moet men, om in aanmerking te komen voor een uitkering die wordt vergoed via de verzekering voor langdurige zorg, een medisch onderzoek ondergaan. Er zijn vier niveaus van zorgbehoefte, waarbij men kan kiezen voor directe vergoeding of zorg in natura of voor een combinatie van beiden. Elk niveau kent zijn eigen plafond. Het totaal aan toegekende zorg in natura is veel groter dan de financiële vergoeding met als gevolg een toename van het aantal mensen dat kiest voor zorg in natura.

Institutionele zorg

Het aantal verpleeghuizen en vergelijkbare instellingen is in Duitsland sinds 1995 bijna verdubbeld. Er zijn dan ook nauwelijks wachtlijsten of een tekort aan plaatsen binnen de institutionele zorg. Sinds de verzekering voor langdurige zorg is ingevoerd zijn de uitgaven voor de institutionele zorg licht gedaald, maar het absolute aantal verpleeghuisbewoners is toegenomen. In 2002 kwamen zo'n 635.000 zorgbehoevende personen in aanmerking voor een bijdrage in de kosten van de langdurige zorg verzekering.

Thuiszorg

Het aantal aanbieders in de thuiszorg is sinds 1995 sterk gegroeid in Duitsland: van rond de 4000 naar zo'n 12.000. Daarmee voldoet men aan de vraag. In 2000 ontvingen in totaal 1.37 miljoen mensen een vergoeding voor de kosten van langdurige zorg. Het merendeel van de aanbieders in de thuiszorg zijn non-profit organisaties. Bij wet is bepaald dat aanbieders voornamelijk uit de private sector afkomstig moeten zijn vanuit de gedachte dat concurrentie en marktwerking tot een betere kwaliteit en kostenbeheersing leiden dan een systeem dat gedomineerd wordt door publieke aanbieders.

Informele zorg/mantelzorg

Informele zorg speelt in Duitsland van oudsher een belangrijke rol. Dit wordt weerspiegeld in de vergoeding waarvoor zorgbehoevende personen in aanmerking komen en die zij kunnen gebruiken om mantelzorgers mee te betalen. Informele zorg kan door een of meerdere mantelzorgers worden geleverd. Na de introductie van de Verzekering Langdurige Zorg nam het aantal mantelzorgers per zorgbehoevende aanzienlijk toe, terwijl het aantal zorgbehoevende personen zonder mantelzorger werd gehalveerd. Hoewel de zorg vaak door meerdere personen wordt gedeeld, heeft 70% van de zorgbehoevende ouderen een mantelzorger, die het merendeel van de zorg op zich neemt. Ongeveer een derde van de mantelzorg wordt door de partner gegeven, eveneens een derde door dochters en schoondochters en slechts 5% door zonen. 17% van de mantelzorgers zijn vrienden of andere familieleden.

Organisatie van de langdurige zorg

Centraal en decentraal

De verantwoordelijkheid voor langdurige zorg is vastgelegd in de Langdurige Zorg Verzekeringswet. Deze wet bepaalt dat de centrale overheid verantwoordelijk is voor nieuwe wetgeving (alleen met steun van de *Länder via de Bundesrat*). Zo is bijvoorbeeld recent wetgeving tot stand gekomen op het gebied van kwaliteitszorg, de zogenaamde *Pflege-Qualitätssicherungsgesetz*. De centrale overheid stelt ook de hoogte van de bijdragen vast en kent vergoedingen toe.

Op regionaal niveau zijn de *Länder* en de gemeenten verantwoordelijk voor de levering van een voldoende aanbod van professionele zorg. De *Länder* en gemeenten subsidiëren daartoe de zorgaanbieders. Tussen de *Länder* en gemeenten kunnen verschillen bestaan. Ook zijn zij verantwoordelijk voor sociale bijstand, inclusief de deelname in de onderhandelingen over prijzen van de zorg.

Belangrijkste spelers op het terrein van de langdurige zorg zijn de zorgverzekeraars. Zij zijn verantwoordelijk voor de pakketafspraken met de zorgaanbieders (marktprijzen), betalingen (zorg in natura) en directe vergoedingen. Evenals op het gebied van de sociale verzekeringen gaat het

ook in de langdurige zorg om collectieve onderhandelingen tussen zorgaanbieders en verzekeraars binnen een neo-corporatistische structuur. Zij maken afspraken over richtlijnen en protocollen en kwaliteitscriteria waaraan aanbieders die toegang willen tot de markt, moeten voldoen. Zowel op regionaal als op federaal niveau zijn coördinatieorganen opgericht die alle spelers in het veld bij elkaar brengen. Deze fungeren vooral als een platform voor discussie en communicatie en niet zozeer voor besluitvorming. In sommige regio's bestaan deze coördinatieorganen ook op lokaal niveau.

Publieke en private aanbieders

De publieke sector speelt een zeer beperkte rol in het aanbod van langdurige zorg in Duitsland. Slechts 2% van de extramurale zorg is in handen van de publieke sector, terwijl 98% in handen is van private aanbieders, waarvan 46% non-profit en 52% for profit. Bij de intramurale zorg is 8% in handen van de publieke sector, terwijl 56% in handen is van private non-profit aanbieders en 36% for profit (Ten Have 2004). Op regionaal niveau werken de *Länder* samen met verzekeraars en zorgaanbieders en garanderen een regionaal aanbod, dat zij via contracten uitbesteden aan met name private zorgaanbieders.

Financieringskosten van de langdurige zorg

De financiering van de langdurige zorg is in Duitsland gescheiden van de financiering van de gezondheidszorg en is een aparte tak van de sociale verzekeringen, de zogenaamde vijfde pilaar. In administratief opzicht valt de langdurige zorg wel onder de paraplu van de ziektekostenverzekeringen. Omdat alle vergoedingen voor langdurige zorg een limiet kennen, zijn de eigen bijdragen voor langdurige zorg veel hoger dan voor ziektekosten (die een open einde kennen). Voor verpleeghuiszorg zijn de vergoedingen erg laag. Mensen die dit niet kunnen betalen, kunnen inkomensafhankelijke bijstand aanvragen (*Hilfe zur Pflege*). Kinderen van zorgbehoevende ouderen kunnen, wanneer hun inkomen boven een bepaalde grens ligt, verplicht worden een deel van de kosten terug te betalen. In 1998 ontving 36% van de verpleeghuisbewoners bijstand. Ook binnen de thuiszorg kan aanspraak worden gemaakt op bijstand, maar dit gebeurt nauwelijks. In 2000 werd 80% van de uitgaven voor *Hilfe zur Pflege* besteed aan bewoners van verpleeghuizen.

Over het algemeen voorzien de in natura vergoedingen voor thuiszorg in ongeveer de helft van de benodigde zorg. De andere helft komt meestal voor rekening van de informele zorg. Wanneer deze ontbreekt, dan is er professionele zorg. De totale kosten van de particuliere langdurige zorg in Duitsland zijn niet bekend. Uit onderzoek blijkt dat in 1998 gemiddeld 130 Euro per maand werd uitgegeven aan professionele thuiszorg of thuishulp (Rothgang 2003).

Beleid en ontwikkelingen

Knelpunten

Een officiële enquêtecommissie 'Demografische veranderingen' constateert de volgende mogelijke knelpunten voor de toekomst van de langdurige zorg:

- op het gebied van de zorg;
- toenemende zorgbehoefte;
- veranderende familiestructuren;
- de relatie tussen formele zorg en informele zorg;
- het ontbreken van een differentiatie van de zorg;
- financiële economische knelpunten (toekomstige betaalbaarheid);
- kwaliteitsontwikkeling en kwaliteitsborging;
- de zorginfrastructuur, waaronder de samenwerking tussen verschillende aanbieders, financiering, personeelsontwikkeling (Ten Have, 2004).

Rothgang (2003) noemt de volgende mogelijke knelpunten voor de (nabije) toekomst:

- vergoedingen in het kader van de Langdurige Zorg Verzekering zijn niet gekoppeld aan inflatie of lonen. Aanpassingen hangen af van politieke beslissingen en zijn sinds de invoering van deze verzekering niet meer gedaan. Zonder aanpassing zal het aantal aanspraken enorm teruglopen en zal het beroep op aanvullende bijstand toenemen, vooral door mensen die in verpleeghuizen verblijven. Als daarentegen de vergoedingen worden gekoppeld aan de loonstijgingen dan zal het aantal premiebetalenden toenemen;
- op grond van verwachte demografische ontwikkelingen zal er in Duitsland al op korte termijn een tekort ontstaan aan verpleegkundigen;
- het groeiend aantal mensen met dementie vraagt om kwaliteitsbeleid en verbeteringen in de zorg voor mensen met dementie waaronder maatregelen die de lasten van mantelzorgers kunnen verlichten;
- in de professionele zorg ontstaat steeds meer discussie over de vraag of grote verpleeghuizen met meer dan 100 bewoners nog wel van deze tijd zijn. Het is echter de vraag of er politieke bereidheid is om deze grootschalige instellingen te vervangen door alternatieve meer aantrekkelijke vormen van professionele zorg omdat deze de bereidheid om mantelzorg te verlenen zouden kunnen aantasten en daarmee tot hogere kosten kunnen leiden;
- met de stijgende liberalisering van de zorgmarkt zouden ook de kwaliteitsverschillen tussen verpleeghuizen kunnen toenemen met aan de ene kant zogenaamde eersteklas instellingen voor de meer bemiddelde mensen en aan de andere kant tweedeklas instellingen voor bewoners met bijstand.

Beleid

Het afnemend potentieel in de langdurige formele en informele zorg is en blijft een belangrijk thema op de beleidsagenda. De bereidheid om financieel bij te dragen zal als gevolg van de stijgende kosten een belangrijk punt van discussie worden.

De officiële enquête commissie 'Demografische Veranderingen' debatteert over het onderscheid tussen de zorg voor mensen met cognitieve beperkingen en de zorg voor andere personen en in het verlengde daarvan over de definitie van het begrip 'zorgbehoefte' (Ten Have 2004).

Duitsland als referentieland

Er blijken in Duitsland talrijke problemen te spelen. Allereerst maakt men zich zorgen over de kosten van de langdurige zorg die in de toekomst alleen nog maar verder zullen stijgen.

Daarnaast zijn de structuren in Duitsland zeer ingewikkeld. Er zijn vele spelers: overheden op verschillende niveaus, verzekeraars, beroepsgroepen en institutionele zorgaanbieders, die onvoldoende samenwerken. Ook bestaande wettelijke regelingen en financieringsstromen blijken vaak een goede samenwerking in de weg te staan.

Binnen het systeem van de Pflegeversicherung blijken zich eveneens tekortkomingen voor te doen waaronder:

- de onvoldoende aansluiting van het zorgaanbod op de behoeften van dementie patiënten, en;
- de te geringe ondersteuning voor mantelzorgers.

Het valt niet te verwachten dat er nog belangrijke wijzigingen in het systeem worden voorgesteld voor de verkiezingen van 2006.

Relevante thema's

De volgende thema's zouden voor Nederland interessant kunnen zijn:

1. Wat betekenen marktwerking en concurrentie tussen verzekeraars en tussen zorgaanbieders voor de prijs en de kwaliteit van de zorg, de samenwerking tussen zorgaanbieders en de tevredenheid van de gebruikers?
2. Hoe heeft het lokale zorgbeleid zich ontwikkeld?
3. Hoe beïnvloeden zorgbeleid, sociaal cultureel beleid en bijstandsbeleid elkaar in de lokale situatie?
4. Vernieuwingen in de zorg voor dementie patiënten.
5. Psychiatrie.
6. Kwaliteitsbeleid.
7. Personeelsbeleid in de zorg, werkgelegenheidsprojecten en sociale dienstplicht.
8. Ondersteuning van mantelzorgers.
9. Mantelzorg en arbeidsmarkt.
10. Een nieuw PGB.

Deze thema's worden hieronder kort toegelicht.

1. Marktwerking en concurrentie

De *Pflegeversicherung* (PV) maakt concurrentie tussen aanbieders van langdurige zorg mogelijk. (Roth en Reichert). Zorgvragers die recht hebben op een tegemoetkoming op basis van de PV en kiezen voor zorg in natura moeten zich op een markt begeven die vrijwel uitsluitend wordt bevolkt door private instellingen. Van oudsher zijn dit de traditionele welzijnsorganisaties, die zonder winstoogmerk handelen. De PV heeft een nieuw werkveld geschapen voor zorgaanbieders met een winstoogmerk.

De zorgaanbieders moeten een contract hebben met de zorgverzekeraar om uit de PV betaald te kunnen worden.

Wat betekent concurrentie voor de samenwerking tussen verschillende zorgaanbieders?

Hoe wordt er onderhandeld en wat zijn de effecten op prijs en kwaliteit van deze onderhandelingen?

De gebruikers van zorg moeten hun weg zien te vinden tussen een grote verscheidenheid van aanbieders. Hoe ervaren zij dat? Hoe bepalen ze hun keuze? In sommige gemeenten schijnt de situatie vrij chaotisch te zijn. In andere gevallen wordt er gezorgd voor een goede informatie aan gebruikers en coördinatie tussen aanbieders.

2. Lokaal zorgbeleid

Wanneer we het hebben over lokale coördinatie en informatie hebben we het over lokaal beleid. Welke zorgvoorzieningen zijn er lokaal en hoe spelen gemeenten in op de markt van zorgaanbieders? In hoeverre ligt het binnen hun mogelijkheden om te coördineren of te sturen? Naar het schijnt hebben gemeenten fors bezuinigd. Heeft dat tot lacunes in de zorg geleid? Anderzijds kan schaarste tot vindingrijkheid leiden. Zijn daarvan voorbeelden te vinden?

3. Gemeentelijk beleid ten aanzien van zorg, sociaal cultureel werk en bijstand

De PV betaalt slechts een deel van de kosten van zorg. De zorgvrager en diens familie zijn verantwoordelijk voor de rest van de kosten. Wanneer hun middelen te kort schieten moet de gemeente bijspringen met bijstand. Een groot beroep op de bijstand zal consequenties hebben voor de beschikbaarheid van fondsen voor andere voorzieningen zoals sociaal cultureel werk, preventie of lichte vormen van zorg (b.v. tafeltje dekje). Zijn er voorbeelden van gemeenten die hun middelen slim combineren om zo een onnodig beroep op de bijstand te voorkomen?

4. Vernieuwingen in de zorg voor dementiepatiënten

De voorzieningen ten behoeve van dementie patiënten schieten te kort. Dat heeft vernieuwingen op dit gebied bevorderd. Moise et al. (2004) noemt bijvoorbeeld tijdelijke opvang van dementie patiënten in groepswoningen om hun mantelzorgers respijt te geven en Demenzstationen:

speciale units die zorg aan dementie patiënten geven.

De Ministeries van Gezondheidszorg en van Familiezaken hebben een aantal experimenten in het leven geroepen, waaronder dagopvang, groepsverzorging, speciaal opgeleide verzorgsters in de thuiszorg, groepswonen op het platte land en muziektherapie. Deze projecten duren 3 jaar.

Het is moeilijk te beoordelen of hier innovaties tussen zitten die wij in Nederland nog niet kennen. Er lopen ook enkele projecten met de Alzheimer vereniging. Deze betreffen een betere informatie voorziening en integratie van de dienstverlening aan Alzheimer patiënten (Moise, et al., 2004).

5. Psychiatrie

Busse en Riesberg (2004) melden dat psychiaters de coördinatie verzorgen van socio-therapeutische zorg, waarmee wordt getracht chronisch psychiatrische patiënten te bereiken en daarmee opname te voorkomen.

6. Kwaliteitsbeleid

In 2002 is in Duitsland het *Pflegequalitätsversicherungsgesetz* ingevoerd. Daarin wordt het volgende geregeld:

Elke instelling moet aan kwaliteitsmanagement doen. Onafhankelijke deskundigen moeten regelmatig de kwaliteit beoordelen.

D.m.v. informatie en advies moet de positie van gebruikers en hun mantelzorgers worden versterkt. Zorgverzekeraars kunnen een bijdrage leveren aan gemeentelijke adviesbureaus en aan deskundigheidsbevordering van mantelzorgers.

In de intramurale zorg wordt de samenwerking tussen de Medische dienst van de ziektekostenverzekering en de nationale inspectie bevorderd (www.bmgs.bund.de).

Vooraf het eerste punt: de onafhankelijke externe beoordeling zou voor Nederland interessant kunnen zijn. Het tweede punt is vergelijkbaar met de financiële steun vanuit de AWBZ aan de steunpunten mantelzorg.

7. Personeelsbeleid

Ook in Duitsland bestaat er bezorgdheid over het vinden van voldoende mensen die in de zorg willen werken. Huggins (2004) meldt dat er een “trainingsoffensief” gaande is in Hamburg om mensen op te leiden voor de ouderenzorg. Er wordt ook een verband gelegd met het werkloosheidsbeleid. Het is de moeite waard om te bestuderen hoe in Duitsland het verband wordt gelegd tussen werkloosheidsbestrijding en het aantrekken van mensen in de zorgsector.

In Duitsland is de sociale dienstplicht een bescheiden toeleveraar van arbeidskrachten in de zorg (Goris, 2004).

8. Ondersteuning van mantelzorgers

Hoewel de ondersteuning van mantelzorgers in Duitsland te kort schiet

zijn er twee punten waarmee Duitsland voor ligt op Nederland. In Duitsland betaalt de *Pflegekasse* mee aan de pensioenen van mantelzorgers die geheel of gedeeltelijk uit het arbeidsproces stappen en er is geregeld dat mantelzorgers, die verplegende taken op zich nemen een korte instructie krijgen van een deskundige of een instelling. Deze mantelzorgers worden bovendien geregistreerd bij de *Krankenkasse* (Goris 2004).

9. Mantelzorg en arbeidsmarkt

Schulz, et al. (in *Health Policy*, vol. 67/1) melden dat tweederde van de mantelzorgers buiten het arbeidsproces staat, maar dat wel meer vrouwen zijn gaan werken. Het valt te verwachten dat de Lissabon strategie ook in Duitsland beleidsimplicaties zal hebben. Zijn er in Duitsland ideeën over het combineren van arbeid en zorg? Oorspronkelijk bedoelde de *Pflegeversicherung* (en meer in het bijzonder de uitkering voor mantelzorgers) vrouwen te stimuleren te blijven zorgen in plaats van deel te nemen aan de arbeidsmarkt. Hoe denkt men daar nu over in Duitsland?

10. Een nieuw PGB en de mantelzorg

Wanneer men zorg toegewezen krijgt uit de PV dan werkt dat anders dan het Nederlandse PGB. Wanneer men voor contant geld kiest krijgt men ongeveer de helft van het bedrag dat wordt toegekend voor zorg in natura. In de regel wordt het contante bedrag beschouwd als een vergoeding voor de mantelzorger, dan wel een bijdrage aan het gemeenschappelijke huishouden van de verzorgde en diens mantelzorger. Als men voor zorg in natura kiest kan men wel beslissen welke zorgverlener men wenst, maar men krijgt niet de beschikking over geld. Er is zeer onlangs een experiment gestart waarbij zorgvragers het grotere bedrag van zorg in natura in geld krijgen en daarmee zelf zorg mogen inkopen, om te stimuleren dat de mantelzorger het werk deelt met anderen en niet de volledige zorgtaak zelf op zich neemt.

Het experiment moet er toe bijdragen meer flexibiliteit in de zorg te brengen en de zorg voor dementie patiënten te verbeteren. Men hoopt hiermee ook te bereiken dat opname in een verpleeghuis uitgesteld kan worden. De zorgvrager wordt versterkt in zijn positie als klant. Budgethouders krijgen een case manager toegewezen, die een belangrijke rol vervult bij het samenstellen van het zorgpakket.

Aan het experiment is een onderzoek verbonden dat antwoord moet geven op diverse vragen, waaronder het effect op de kwaliteit van de zorg als de zorgmarkt wordt gedereguleerd en het voorkomen van misbruik (moral hazard). Hoewel Nederland op dit terrein al veel ervaring heeft, kan het toch interessant zijn dit experiment te volgen. In een andere situatie duiken meestal ook weer andere ideeën op. Er is contact tussen het experiment en het CVZ (www.pflegebudget.de).

3 EU-conferentie “Shaping the EU health community” 7-9 September 2004

Verslag van de workshop over Langdurige Zorg

Session on long term care

In four plenary presentations a number of statements were presented, to which the participants were asked to react group-wise. This report reflects the main conclusions drawn from the reactions of the participants.

The world is ageing. In modern societies we are not only facing a growing group of ageing people, life expectancy throughout the world has risen gradually as well in the last decade. In an ageing society, the occurrence of chronic diseases will rise and consequently the number of people who need long term care will rise. However, chronic illness and the need for long term care are not only characteristics of elderly people. We need a broader definition of long term care as the care for:

- elderly people;
- people with physical and learning disabilities;
- people with mental health problems;
- people with chronic illness.

The ageing population and the increase in long-term care consumers are a major concern in today's society because it will have large human and economic implications. To cope with these implications in Europe, there is a strong need for an explicit European vision on long term care.

Complementary motives for this explicit European vision are:

- the specific demography of modern (European) societies;
- the world-wide priority (initiated by the World Health Organisation and United Nations);
- the growing number of European countries that are developing national policies on this topic and expect some direction from the EU.

In conclusion, we claim that there is a need for European co-operation and co-ordination in long term care.

In developing a European vision on long-term care, the EU has to avoid a shortsighted, short-term approach. The implications of a growing number of people requiring long term care are becoming a structural problem to the extent that a short-term approach is undesirable and will only result in temporary improvements. In the table below, we tried to make this explicit.

Table 3.1 Shortsighted versus long-term approach

| Short-sighted approach | Long-term approach |
|--|--|
| Cost containment | Meeting needs |
| Using financial incentives to change users behaviour | Stimulate informed choices to change users behaviour |
| Using migration to solve staff-shortage | Keep staff motivated |
| Fighting disease | Enhancing health |
| Taking sectorial (health) approach | Taking holistic (educational, social, etc.) approach |
| Putting emphasis on consumerism | Putting emphasis on social cohesion |
| Top-down approach | Bottom-up approach |

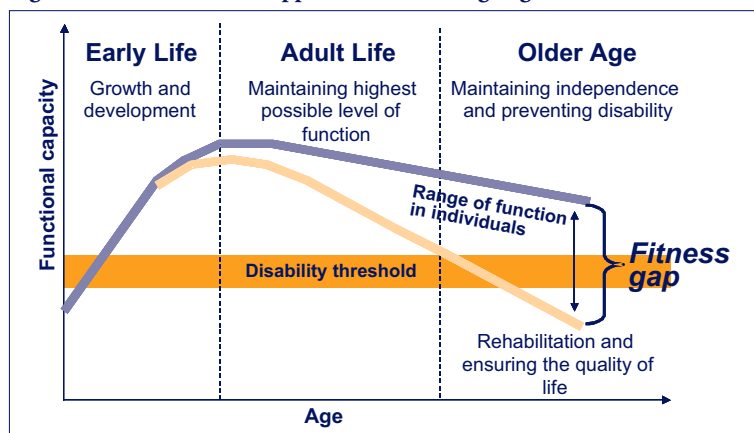
In addition to the long-term approach mentioned in table 1, we described some leading principles for long term care:

Informal carers provide a vast majority of long term care: informal carers are care providers who have a certain relationship with the care consumer, such as relatives, friends, volunteers, etc.

A study by Dr. Kalache (WHO) revealed that elderly people are actually more often care providers than care consumers: elderly people up to 80 and especially women take more and more care of others.

Referring to figure 1, people who are below the disability threshold and thereby become dependent on others receive most of the care in today's society. Investing in a lifelong approach of health promotion and prevention of dependency should keep people from getting below the disability threshold. Making it possible for people to look after themselves and providing them with the appropriate tools to help them to do so, is less expensive than full-time treatment of a disabled person. Moreover, keeping people above the disability threshold implies that they can longer care for others.

Figure 3.1 A Life Course Approach to Active Ageing



Source: Kalache and Kickbusch, 1997

Besides keeping people above the disability threshold by providing them with the necessary aids, there is also a possibility to lower the whole

threshold by making use of today's technical innovations and growing possibilities.

Finally, following the presentation of De Vries on the first day, long term care should take account of diversity of users. To provide every user with the best care he or she needs, the diversity of users should be recognised to determine what kind of and which intensity of care the care consumer requires.

As we mentioned earlier, there is a need for European co-operation and co-ordination in long term care. However, the development of a long-term care strategy is not only an action that should be taken by the European Union. It is also the responsibility of national governments, care providers, care consumers and other stakeholders. To cope with the increase of chronic diseases and need for long term care, all parties involved should change their way of thinking about long term care. We concluded with an appeal to the four most relevant stakeholders involved:

Our call on citizens, users and clients:

- Be responsible for your own health.
- Change your attitude of 'over-consuming'.
- It is never too late to learn.
- Learn to specify your needs.
- Take your responsibility as an informal carer.
- Welcome new technical possibilities to lower the disability threshold.

Our call on providers:

- Adequate support for informal carers.
- Share knowledge with informal carers.
- Create intermediary services such as respite care.
- Organise inter-professional co-operation and include informal carers.
- Involve clients and meet their individual needs and wishes.
- Start simple interventions to promote health instead of waiting on late and costly institutional services.
- Change attitude to avoid 'doing too much'.

Our call on national governments:

- Focus on your citizens' needs for long term care when restructuring your health systems.
- Ensure citizen/user involvement.
- Organise public campaigns for health promotion and healthy ageing.
- Promote an enabling environment.
- Invest in support structures.

- Promote the implementation of the UN-ECE regional plan on active ageing adopted in Berlin in September 2002.

Our call on the European Union:

- Define a European vision on long term care.
- Develop long term strategies respecting the diversity of the cultural and historical backgrounds in EU.
- Mainstream health promotion in all EU policies i.e. agriculture, trade.
- Co-ordinate interoperability of health cards.
- Promote exchange of best practices.

No one party alone can change or solve the bottlenecks of the demographic changes in our society. The participants felt that it is the duty of all European citizens – whether in the role of government, care provider or care consumer – to take responsibility for their own and each others' health.

4 Beschouwing en aanbevelingen

Om voor de hand liggende redenen mag langdurige zorg zich in een grote belangstelling verheugen, zowel in individuele landen als in gremia zoals de EU en de OESO. Die belangstelling levert een continue stroom informatie over beleids- en uitvoeringsontwikkelingen in het buitenland, die voor Nederland relevant kan zijn. Onderstaand schema poogt een thematische ordening te maken vanuit de Nederlandse optiek en daarmee een deel van het antwoord op de vragen 1 en 4 te geven, die aan de basis van dit rapport liggen.

| Thema's | Subthema's |
|---|---|
| 1. Zorgbehoefte | Ouderen Gehandicapten GGZ Chronische aandoeningen, met name dementie, CVA, COPD en depressie Public Health en preventie, bijv gezond ouder worden |
| 2. Wettelijke regelingen en Zorgstelsel | Recht op zorg, medezeggenschap Centraal/decentraal Uitvoering: publiek/privaat Zorgplicht Samenwerking gezondheidszorg en langdurige zorg, Toezicht |
| 3. Zorgvoorzieningen | Thuiszorg, domotica, residentiële zorg Zorg, wonen, welzijn; integrale zorg Indicatie Toegang, kwaliteit, veiligheid Vraagsturing |
| 4. Human Resources | Kennis en beroepen, opleidingen Arbeidspotentieel en productiviteit, migratie Arbeidsmarkt vrouwen Werk en zorg, mantelzorg en respijtzorg Recht op zorg, zeggenschap en PGB |
| 5. Kosten en financiering | Financieringsstelsel, inclusief eigen bijdrage en <i>means-testing</i> , beheersing van kosten Kosteneffectiviteit, doelmatigheid |
| 6. Achterliggende thema's | Visie en waarden Onderzoek en Innovatie, onder andere <i>e-health</i> Vergelijkbaarheid van gegevens, indicatoren, Internationale vergelijkingen Internationale regelgeving en beleidsondersteuning (EU, OESO, WHO) |

Er zijn – in dit verband – twee typen informatie te onderscheiden: informatie voor beleid en informatie die vanuit beleidsperspectief belangrijk is en vooral de uitvoering betreft (zoals *best practices*).

Naast de formele informatie die te vinden is in de literatuur en op websites, is er de informele informatie, die veelal in niet officieel gepubliceerde rapporten te vinden is en vooral in de kennis van personen. Deze

kan slechts aangeboord worden via persoonlijk contact – de logica achter conferenties en seminars.

Voor de beantwoording van de vraagstelling van dit rapport, wat zijn leeropties uit het buitenland, zijn verschillende invalshoeken mogelijk: De eerste neemt als startpunt situaties in Nederland die vragen om beleidsmaatregelen of voorgenomen beleid in Nederland en gaat na of er elders in de EU-ervaring is opgedaan met dit beleidsonderwerp. De tweede invalshoek neemt als startpunt beleidsontwikkelingen op het gebied van de (langdurige) zorg elders in Europa en stelt de vraag aan de orde of deze ontwikkelingen relevantie hebben voor Nederlands beleid. Onder andere door het NIVEL is ervaring opgedaan met deze vorm van beleidsanalyse; een voorbeeld is de signalering van ervaringen met vormen van no-claim-teruggaaf in Duitsland en Zwitserland. Internationale beleidsanalyse vraagt kennis van gezondheidszorgstelsels en toegang tot een netwerk van deskundigen in de EU-landen. De internationale poot van het NIVEL (*NIVEL International*) beschikt daarover. Een derde vorm van gebruik van internationale gegevens is de zgn. bewijsvoering; met name – maar niet alleen - kwantitatieve gegevens uit het buitenland kunnen gebruikt worden als ondersteuning van de eigen argumenten vóór of juist tegen bepaalde beleidsopties. Selectief gebruik van gegevens door vele partijen is schering en inslag zodat inmiddels de geloofwaardigheid van het gebruik van uit hun context geïsoleerde en wat betreft methodologische achtergrond vaak ondoorgrondelijke gegevens gering is geworden.

In Nederland is een flink aantal organisaties betrokken bij aspecten van langdurige zorg. Daarbij gaat het om adviesorganen en beleidsinstituten, onderzoeksorganisaties en ontwikkelaars, uitvoeringsorganisaties en beroepsgroepen, patiënten- en cliëntenorganisaties, financiers en verzekeraars. Zij hebben allen op deelterreinen belang bij internationale kennis en informatie en verschillend van hen nemen dan ook deel aan internationale gremia voor uitwisseling.

Het RIVM, NIVEL, CBS, SCP en CPB zijn bij uitstek de organisaties die kwantitatieve maar ook kwalitatieve internationale informatie verwerken. NIGZ, Trimbos instituut, NIZW Centra Zorg en Maatschappelijke Inzet, iRV en enkele universiteiten hebben via internationaal onderzoek en netwerken eveneens veel informatie tot hun beschikking. Voor een groot deel betreft het (potentieel) beleidsondersteunende informatie, voor een deel informatie gericht op uitvoering van beleid.

Wanneer de formele en informele informatie van deze organisaties op de juiste wijze wordt aangeboord, dan kan al heel wat geleerd worden uit het buitenland – zonder dat men zich opnieuw tot het buitenland dient te richten. Er zijn verschillende werkvormen denkbaar om dat te doen.

Belangrijke randvoorwaarde is dat de vraagstelling duidelijk is: voor welke beleidskwesties of -beslissingen wordt een voorbeeld en leereffect gezocht in het buitenland. En zoekt men slechts de inspiratie of zoekt men het bewijs dat een bepaalde aanpak werkt of niet werkt?

Aanbeveling 1

Maak gebruik van reeds beschikbare internationale informatie in Nederland via zgn. expert panels.

De experts zijn de medewerkers van bovengenoemde organisaties.

De samenstelling van de panels varieert naar gelang onderwerp en type vraagstelling. Een panel telt 7 tot 10 deelnemers.

Aantal, inhoud en type van de vraagstellingen bepalen het aantal panels dat ingezet wordt.

Deze panels zijn vooral geschikt voor beleidsgeoriënteerde vraagstellingen die goede voorkennis van de Nederlandse situatie vereisen.

Het resultaat van een panel is een rapport met conclusies en aanbevelingen – en toegenomen kennis en inzicht onder de deelnemers. Met deze aanpak kan op korte termijn een aanzienlijke hoeveelheid Nederlandse kennis over buitenlandse ontwikkelingen worden aangeboord.

Een andere manier om de in Nederland bestaande internationale kennis efficiënt in te zetten voor beleidsontwikkeling, is om er voor te zorgen dat de formele kennis gebundeld wordt en goed toegankelijk én dat de kanalen voor het gebruik van die informatie beschikbaar zijn. Dit impliceert dat de leveranciers en gebruikers van de kennis bekend zijn en kunnen specificeren voor welke thema's en onderwerpen ze belangstelling hebben. Indien dit tegelijkertijd gebeurt door en voor diegenen die zich met uitvoeringskennis in internationaal perspectief bezighouden ontstaat een zgn. *clearing house*. In wezen betreft dit een vorm van kennismanagement.

Deze in Nederland reeds aanwezige internationale kennis zou moeten worden aangevuld, op geleide van de beleidsvragen van het Ministerie van VWS en adviesorganen en van de vragen c.q. leerbehoefte van uitvoeringsorganisaties met verdere kennis uit het buitenland. Dit impliceert studiebezoeken aan het buitenland en seminars met buitenlandse deskundigen, doelgericht als antwoord op bepaalde vragen. De selectie van de landen c.q. regio's om te bezoeken wordt gebaseerd op de vraagstelling, die niet zó algemeen moet zijn dat er geen landselectie op gebaseerd kan worden. Zweden en Finland voor vormgeving en gevolgen van decentralisatie, VK voor *community* initiatieven en de relatie gezondheidszorg en *long term care (primary care trusts)*, Duitsland voor gebruik van het persoonsgebonden budget en de organisatie van thuiszorg.

Aanbeveling 2

De ontwikkeling van een monitor “langdurige zorg in internationaal perspectief” die de volgende onderdelen bevat:

- Elektronische *database/clearinghouse* van bestaande studies, rapporten en artikelen.
- Studiebezoeken aan EU-landen, eventueel USA en Canada.
- Conferenties en expertmeetings.
- Eigen signaleringen, inventarisaties en vergelijkingen.
- Elektronische nieuwsbrief.
- Exportproducten, dwz informatie aan buitenland over Nederlandse ontwikkelingen en methodes.

Deze werkwijze levert vooral bijdragen aan het evalueren van buitenlandse ervaringen vanuit Nederlands perspectief. Echter, ook het monitoren van ontwikkelingen elders met de achterliggende vraag naar relevantie voor Nederlands beleid kan via een monitorfunctie worden uitgevoerd.

Aan deze monitor zouden verschillende van de bovengenoemde organisaties kunnen meewerken, in de zin van leverancier én afnemer van informatie. Het Ministerie van VWS kan vooral gezien worden als opdrachtgever en afnemer van de producten van de monitor.

De EU heeft een hoog ambitieniveau en probeert op verschillende manieren, als onderdeel van de Lissabon-strategie, ook op zorggebied de ontwikkelingen in de lidstaten te stimuleren. Naast de eerder genoemde Open Methode van Coördinatie gaat het ook om *e-health*, dat op zich weer verschillende onderdelen kent, zoals het elektronisch patiëntendossier, e-verzekeringspas, informatie voor de burger en patiënten. Het verhogen van arbeidsparticipatie en bevorderen van sociale insluiting zijn ook verklaarde EU-doelstellingen. Via de EU-intelligence van het NIZW International Centre worden deze en andere ontwikkelingen (waaronder de EU-dienstenrichtlijn) reeds onder de aandacht gebracht van en besproken met organisaties en directies van het Ministerie van VWS en kunnen zij in de beleidsontwikkeling én het anticiperen daarop worden meegenomen. Door toespitsing van de intelligence op langdurige zorg wordt de monitor aangevuld.

Aanbeveling 3

De EU-intelligence voor een deel toespitsen op langdurige zorg, als aanvulling op de monitor.

De geadresseerden van deze aanbeveling zijn de afnemers en leverancier (NIZW International Centre) van de EU-intelligence.

De ontwikkeling van indicatoren in verschillende gremia is in hoofdstuk 1 beschreven. Op termijn gaan de internationale vergelijkingen waar deze indicatoren voor gebruikt worden een belangrijke sturende rol spelen en een harmoniserend effect hebben, in ieder geval binnen de EU. De toetreding van nieuwe lidstaten in 2004, 2007 en later vertraagt waarschijnlijk dat proces omdat de systemen en prestaties, ook op het gebied van langdurige zorg, nu veel sterker uiteen lopen dan vóór de toe-

treding. De keuze van de indicatoren is bepalend voor wát men gaat vergelijken. Bijvoorbeeld, als men weinig indicatoren zou opnemen voor vraagsturing van zorg – iets dat in Nederland belangrijk wordt gevonden – zal dat aspect van de zorg minder aan bod komen bij internationale vergelijkingen. De huidige actieve Nederlandse participatie in de werkgroepen (EU, OESO) en andere netwerken moet daarom voortgezet worden en binnen Nederland dient een goede samenwerking tussen de (ambtelijke) vertegenwoordigers in de verschillende werkgroepen en het veld plaats te vinden. Nederland dient nadrukkelijk aanwezig te zijn in Europese projecten en gremia zoals Eurostat en Nederlandse vertegenwoordigers daarin dienen, waar nodig, ondersteund te worden.

Aanbeveling 4

Intensieve Nederlandse betrokkenheid bij de indicatorenontwikkeling in internationaal verband voortzetten en verder bevorderen daarvan, onder andere middels werkgroepen van ambtelijke betrokkenen en veldorganisaties.

Bijlagen

Bijlage 1

Literatuur

Algemeen

1. Labour supply in Care services, Final Report, August 2004 Robert Huggins, Newidiem, Wales, UK.
2. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Health and care in an enlarged Europe. 2004
3. Gibson MJ, Gregory SR, Pandya SM. Long Term Care in Developed Nations: A Brief Overview. Association of American Retired Persons. AARP Public Policy Institute, Washington DC, 2003. http://research.aarp.org/health/inb76_ltc_dv.html.
4. Stroke care in OECD countries, A Comparison of Treatment, Costs and Outcomes in 17 Countries.
5. Moon, L. et al. OECD Health Working Papers, no. 5, 2003.
6. Dementia Care in 9 OECD countries, A Comparative analysis. Moise, P. et al. OECD Health Working Papers no 13, 2004.
7. OECD. Long-term Care for Older people (draft long-term care report) 2004.
8. College van Zorgverzekeringen. Functiegerichte Aanspraken, een gids voor uitleg in de praktijk, CVZ. 2003.
9. Polder, J. Een collectieve stroppenpot. Over de kosten van de AWBZ. Politieke Economie 2004.
10. Boer, A.H. de, R. Schellingerhout, J.M. Timmermans. Mantelzorg in getallen. S.l. SCP, 2003.
11. NIZW IC. Gemeentegoed: een onderzoek naar de lokale langdurige zorg in zes Europese landen. NIZW IC. 2004. http://www.rvz.net/data/download/awbz_gemeentegoed.pdf.
12. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De WMO in internationaal perspectief. Zoetermeer: RVZ, 2004.

13. Vragenlijst over gezondheidszorg en langdurige zorg voor ouderen. Social Protection Committee. Nederland, 2002.
14. Polder, J. Cost of illness in the Netherlands. Description, comparison, projection. S.n. 2001.
15. 14 Babies and Bosses - Reconciling Work and Family Life (Volume 1): Australia, Denmark and the Netherlands, OECD series, 2003.
16. Ethical choices in long-term care: what does justice require? WHO 2002.
17. Working Paper. Health and social care accounts 1998-2003; CBS, januari 2005. C van Mosseveld en J Smit.

Zweden

18. Verwey-Jonker Instituut, European Centre, Ministerie van VWS, Integrated care systems, countryprofiles (Sweden), Invitational conference during the Dutch Presidency, 18-19 november 2004.
19. Lagergren, M. A Longitudinal study integrating population, care and social services data. The Swedish National study on Aging and Care (SNAC) in: Aging Clinical and Experimental Research, Vol. 16, No. 2, 158-168, 2004.
20. Svenska Kommunförbundet, Swedish Elderly Care 2003, Stockholm, January 2004.
21. National Board of Health and Welfare (summary), Current developments in care of the elderly in Sweden, 2003 (www.sos.se).
22. National Board of Health and Welfare , Care of the Disabled, Status Report 2003 (www.sos.se).
23. Lagergren, M. The systems of care for frail elderly persons: The case of Sweden in: Aging Clinical and Experimental Research, vol. 14, no. 4, 252-257, 2002.
24. Trydegard. Questionnaire on Health and Long-term Care of the Elderly. 1998. Landenrapport Zweden. Social Protection Committee. 2002.
25. Ministry of Health and Social Affairs, Sweden, Challenges to the health care of the future, Summary of the National Action plan for the Development of Health Care, 2001 (www.sweden.se).

26. European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition. Sweden. 2001.

Spanje

27. Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales. Guide to labour and social affairs. 2004.

28. Instituto de migraciones e servicios sociales, Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales. Ageing in Spain. 2002.

29. Rico, A., Casado, D., Sabés, R. Situation in Spain in: A. Raak et. al. Integrated Care in Europe, Description and comparison of integrated care in six EU countries. Elsevier. Maarssen. 2003.

30. Ten Have, A., Hulst van, B., Visser M., Internationale vergelijking langdurige zorg. ECORYS-NEI. Rotterdam. Februari 2004.

31. Costa-Font, J. en Patxot, C., Long-term care for older people in Spain. European Study of Long-Term Expenditure. European Commission. Employment and Social Affairs 2003.

32. European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition. Spain.

33. Martin-Garcia, M., Sanchez-Bayle, M. New forms of management and their impact on health inequalities. Centro de Salud de Seixo. Pontevedra. Spain.

34. Matorras Galan, P., de Pablo Casas, M., Otero Garcia, L. Appropriateness of admissions to an internal medicine service at a tertiary hospital. 2004.

35. Garcia-Altes, A., Martinez, F., Carrillo, E. Patient classification systems in intermediate and long-term stay institutions: evolution and future perspectives. Fundacion Instituto de Investigacion en Servicios de Salud. Barcelona. 08012. Espana. PMID: 10757862.

36. Rodriguez, M., Stoyanova, A. The effect of private insurance access on the choice of GP/specialist and public/private provider in Spain. Department of Economic Policy and Research Centre on Welfare Economics (CREB). University of Barcelona, Spain. 2004. PMID: 15259047.

37. Garcia-Calvente del M., Mateo-Rodriguez, I. The system of informal caregiving as inequality. Escuela Andaluza de Salud Publica. Granada: 2004. PMID: 15171869.

38. De Andres-Pizarro, J. Inequalities in protection services for elderly dependent individuals.
Departamento de Servicios Sociales. Ayuntamiento de Sabadell. Barcelona. Spain. PMID: 15171868.
39. Gallego, C.F., Roger, M.R., Bonet Ib. Validation of a questionnaire to evaluate the quality of life of nonprofessional caregivers of dependent persons. Department of Public Health. School of Nursing. Barcelona: University of Barcelona, 2001. PMID: 11251743.
40. Alonso, J., Orfila, F., Ruigomez, A. Unmet health care needs and mortality among Spanish elderly. Health Services Research Unit. Barcelona: Institut Municipal d'Investigacio Medica, 1997 PMID: 9096535.
41. Gonzalez, B., Urbanos, R.M., Ortega ,P. Public and private supply of health services by autonomous communities in Spain.
Departamento de Metodos Cuantitativos en Economia y Gestion. Las Palmas/Gran Canaria: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, PMID: 15171862.

Portugal

42. Santana, P. Poverty, social exclusion and health in Portugal.
Department of Geography, University of Coimbra, Portugal. PMID: 12137187.
43. Resende Oliveira C. Research on aging in Portugal. Department of Biochemistry and Centre for Neurosciences. Faculty of Medicine. University of Coimbra, Portugal. 2001. PMID: 11672982.
44. Santana, P. Ageing in Portugal: regional inequities in health and health care. Departamento de Geografia, Faculdade de Letras, Universidade de Coimbra, Portugal. 2001. PMID: 10714924.
45. Biscaia, A., Conceicao, C., Martins, J. Policy and management of human resources in the health care system of Portugal. Associacao para o Desenvolvimento e Cooperacao Garcia de Orta (Association pour le Developpement et la Cooperation Garcia de Orta) AGO-Lisbonne, Portugal. 2003. PMID: 14669638.
46. Goncalves, J.A. A Portuguese palliative care unit. Instituto Portugues de Oncologia, Unidade de Cuidados Continuados. Porto Portugal.
47. Guichard, S., The Reform of the Health Care System in Portugal, OECD, Economics Department Working Papers no. 405.

48. Landen-rapport Portugal, Answer to Questionnaire on Health and Long-Term Care, Social Protection Committee, 2002
49. European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition. Portugal.
50. Babies and Bosses - Reconciling Work and Family Life (Vol. 3): New Zealand, Portugal, Switzerland. OECD series, 2004.
51. OECD; Economic Survey of Portugal, 2004.

Duitsland

52. Schulz, E. Reiber Leidl. The impact of ageing on hospital care and long-term care – the example of Germany. Hals Helmut König. Health Policy and Planning. 2004. Volume 67. issue 1. pp 57 – 74.
53. Drager, D., Geister, C., Kuhlmei, A. Effects of nursing insurance on caregiving daughters--the role of professional nursing care.
54. Kondratowitz, H.J. von, Tesch-Romer, C., Motel-Klingebiel, A.. Establishing systems of care in Germany: A long and winding road German Center of Gerontology, Berlin. PMID: 12462367.
55. European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition. Germany.
56. European Foundation for the Improvement of Working and Living Conditions. Health Care in an Enlarged Europe. Dublin 2004.
60. Huggins, R.. Labour Supply in Care Services. Newidiem, August 2004.
61. Roth, G. en Reichert, M.: Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in Germany in: Leichsenring, K. en Alaszewski, A.M. (Eds). Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. European Centre Vienna 2004.
62. Rothgang, H., C. Long-term care for older people in Germany. European Study of Long-Term Expenditure. European Commission. Employment and Social Affairs. 2003.
63. Landen-rapport Duitsland. Answer to Questionnaire on Health and Long-Term Care. Social Protection Committee. 2002.

Verenigd Koninkrijk

64. Comas-Herrera, A., Wittenberg, R., Long-term care for older people in United Kingdom. European Study of Long-term Care Expenditure 2003.
65. European Observatory on Health Care Systems. Health Care Systems in Transition. United Kingdom 1999.
66. Landen-rapport Verenigd Koninkrijk. Answer to Questionnaire on Health and Long-Term Care. Social Protection Committee. 2002.
67. Simpson, C., Marnoch, G. Bed-blocking in the National Health Service in Scotland: a study of bed-blocking in Scottish National Health Service trusts; its nature and extent. University of Aberdeen 1999.
68. Evans, L.K. Trends in aging care in Scotland and Scandinavia. 1997. University of Pennsylvania School of Nursing. Philadelphia 19104-2676, USA..
69. Health and Community Care Research Findings No. 8; Informal Care of the Elderly in Scotland and the UK, 2001; Rannia Leontaridi with David Bell; Department of Economics, University of Stirling.
70. Philps, I. Better health in older age. Department of Health. 2004.

Bijlage 2

Annex 1

Vraagstelling van dit rapport, verzoek RVZ aan NIZW International Centre

1. Welke aspecten horen aan de orde te komen in een faire vergelijking van de Nederlandse AWBZ-zorg met buitenlandse langdurige zorgverlening?
2. Welke gegevens(bestanden) zijn voor welke landen beschikbaar?
3. Met welke landen of landstreken kan Nederland het beste worden vergeleken? En met welke niet? Daarbij in acht nemen dat Noord, Zuid, Oost en West vertegenwoordigd zijn en dat Nederland dichtbevolkt is, verstedelijkt, welvarend en matig vergrijsd.
4. Op welke aspecten zou een diepzeonderzoek in de te selecteren landen of landstreken zich moeten richten en welke casusposities zouden zich daartoe het beste lenen?

Bijlage 3

Annex 2 OECD Health Data 2004

Hoofdgroepen van de OECD HEALTH DATA 2004

| | |
|--|---|
| Part 1 - Health Status Mortality Morbidity | Part 5 - Health Care Financing Health expenditure by sources of funds |
| Part 2 - Health Care Resources Health employment In-patient beds Employment-to-beds ratio Medical technology Education in health and welfare | Part 6 - Social Protection Social expenditure Health care coverage |
| Part 3 - Health Care Utilisation Prevention (Immunisation) Consultations In-patient utilisation Average length of stay Discharges Surgical procedures | Part 7 - Pharmaceutical Market Pharmaceutical industry activity Pharmaceutical consumption Pharmaceutical sales |
| Part 4 - Expenditure on Health National expenditure on health Expenditure on medical services Medical goods dispensed to out-patients Current health expenditure by provider Price index | Part 8 - Non-Medical Determinants of Health Lifestyles and behaviour Environment: Air quality |
| | Part 9 - Demographic References General demographics Population age structure Labour force Educational level |
| | Part 10 - Economic References Macro-economic references Monetary conversion rates |

OECD system of health accounts

Hoofdgroepen van de System of health accounts:

- Total health expenditure per capita
- Total health expenditure by financing agent
- Total private expenditure on health
- Total health expenditure by function
- Current health expenditure by function
- Current expenditure on personal health services
- Current health expenditure by provider
- Expenditure on medical services
- Expenditure on curative-rehabilitative care
- Expenditure on long-term care
- Expenditure on inpatient care
- Expenditure on curative-rehabilitative in-patient care
- Expenditure on outpatient care
- Expenditure on medical goods
- Expenditure on pharmaceuticals
- Expenditure on prevention and public health

- Total public health expenditure by function
- Current public expenditure on health by function
- Public expenditure on personal health services by function
- Current government/social security health expenditure by function
- Total public and private expenditure on health by function
- Current private expenditure on health by function
- Private expenditure on personal health services by function
- Current private insurance health expenditure by function
- Current households' health expenditure by function
- Current hospitals' expenditure by function
- Current expenditure on in-patient care
- Current expenditure on in-patient long-term care
- Current expenditure on out-patient care
- Current expenditure on ancillary services
- Current expenditure on hospitals' services
- Current expenditure on nursing & residential facilities
- Current expenditure on ambulatory health care providers
- Current public expenditure on health
- Current private expenditure on health
- Current households' health expenditure

Selecting Indicators for Patient Safety at the Health Systems Level in OECD Countries

| Area | Indicator Name |
|--|--|
| Hospital-acquired infections | - Ventilator pneumonia - Wound infection - Infection due to medical care - Decubitus ulcer |
| Operative and post-operative complications | - Complications of anaesthesia - Postoperative hip fracture - Postoperative pulmonary embolism (PE) or deep vein thrombosis (DVT) - Postoperative sepsis - Technical difficulty with procedure |
| Sentinel events | - Transfusion reaction - Wrong blood type - Wrong-site surgery - Foreign body left in during procedure - Medical equipment-related adverse events - Medication errors |
| Obstetrics | - Birth trauma - injury to neonate - Obstetric trauma – vaginal delivery - Obstetric trauma - caesarean section - Problems with childbirth |
| Other care-related adverse events | - Patient falls - In-hospital hip fracture or fall |

Indicators for the Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries

| Area | Indicator Name |
|----------------------|---|
| Continuity of Care | <ul style="list-style-type: none"> - Timely ambulatory follow-up after mental health hospitalisation - Continuity of visits after hospitalisation for dual psychiatric/ substance related conditions - Racial/ethnic disparities in mental health follow-up rates - Continuity of visits after mental health-related hospitalisation |
| Coordination of Care | <ul style="list-style-type: none"> - Case management for severe psychiatric disorders |
| Treatment | <ul style="list-style-type: none"> - Visits during acute phase treatment of depression - Hospital readmissions for psychiatric patients - Length of treatment for substance-related disorders - Use of anti-cholinergic anti-depressant drugs among elderly patients - Continuous anti-depressant medication treatment in acute phase - Continuous anti-depressant medication treatment in continuation phase |
| Patient Outcomes | <ul style="list-style-type: none"> - Mortality for persons with severe psychiatric disorders |

Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health Systems Level in OECD Countries

| Area | Indicator Name |
|---------------------------------------|---|
| Health Promotion | <ul style="list-style-type: none"> - Obesity prevalence - Physical activity - Smoking rate - Diabetes prevalence - Gonorrhoea/Chlamydia rates - Abortion rates |
| Preventive Care | <ul style="list-style-type: none"> - Blood typing and antibody screening for prenatal patients - HIV screen for prenatal patients - Bacteriuria screen for prenatal patients - Immunisable conditions - Low birth weight rate - Adolescent immunisation - Anaemia screening for pregnant women - Cervical gonorrhoea screening for pregnant women - Hepatitis B screen for pregnant women - Hepatitis B documentation in record at time of delivery - Hepatitis B immunisation for high-risk groups - Influenza vaccination for high-risk groups - Pneumococcal vaccination for high-risk groups |
| Diagnosis and Treatment: Primary Care | <ul style="list-style-type: none"> - Congestive Heart Failure readmission rate - First visit in first trimester - Smoking cessation counselling for asthmatics - Blood pressure measurement - Re-measurement of blood pressure for those with high blood pressure - Initial laboratory investigations for hypertension - Hospitalisation for ambulatory care sensitive conditions |

Indicators for the Quality of Diabetes Care at the Health Systems Level in OECD Countries

| Area | Indicator Name |
|--|---|
| Processes of diabetes care | <ul style="list-style-type: none"> - Annual HbA1c testing - Annual LDL cholesterol testing - Annual screening for nephropathy - Annual eye exam |
| Proximal outcomes | <ul style="list-style-type: none"> - HbA1c control - LDL cholesterol control |
| Distal outcomes | <ul style="list-style-type: none"> - Lower Extremity Amputation Rates - Kidney Disease in Persons with Diabetes - Cardiovascular mortality in patients with diabetes |
| Secondary prevention | <ul style="list-style-type: none"> - Aspirin at discharge - ACE inhibitor at discharge - Beta blocker at discharge - Statin treatment after a cardiac event |
| Acute coronary syndromes | <ul style="list-style-type: none"> - Timing of thrombolytics - Timing of emergent PTCA - Aspirin at admission to hospital - 1 year mortality |
| Cardiac interventions: Coronary Artery Bypass Graft (CABG) | <ul style="list-style-type: none"> - CABG in-hospital mortality rate - One year mortality following CABG - CABG re-operations within six months of discharge |
| Cardiac interventions: Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty (PTCA) | <ul style="list-style-type: none"> - PTCA in-hospital mortality - Same-day CABG surgery rate after PTCA - Repeat PTCA within 30 days of discharge |
| Congestive heart failure (CHF) | <ul style="list-style-type: none"> - Receiving ACE inhibitor on discharge - Rate of beta-blocker prescription at hospital discharge - In-hospital mortality rate |

EUROSTAT Health statistics – Key data on health 2002 – Data 1970 – 2001

Hoofdgroepen

1. POPULATION AND SOCIOECONOMIC BACKGROUND

- 1.1. Population structure
- 1.2. Births and deaths; net inward migration
- 1.3. Life expectancy
- 1.4. Socio-economic background

2. LIFESTYLES

- 2.1. Nutrition
- 2.2. Physical activity
- 2.3. Smoking
- 2.4. Alcohol
- 2.5. Drug use
- 2.6. Teenage pregnancy
- 2.7. Social exclusion

3. *RISKS ASSOCIATED WITH THE ENVIRONMENT, WORKING CONDITIONS, LEISURE AND TRAFFIC*
 - 3.1. Environment
 - 3.2. Working conditions
 - 3.3. Home and leisure accidents
 - 3.4. Traffic accidents

4. *HEALTH STATUS*
 - 4.1. Self-reported health
 - 4.2. Anthropometric characteristics
 - 4.3. Dental health
 - 4.4. Disability and restrictions
 - 4.5. Stress
 - 4.6. Well-being and social isolation
 - 4.7. Diagnostic-related morbidity

5. *MORTALITY*
 - 5.1. Infant and childhood mortality
 - 5.2. Mortality by cause
 - 5.3. Special causes of death

6. *HEALTH CARE*
 - 6.1. Human resources
 - 6.2. Facilities and use of services
 - 6.3. Some treatments and medical procedures
 - 6.4. Economic dimensions of health care – Production value, health expenditure, costs and financing

A set of European community health indicators

De *Shortlist* onderverdeeld (*Work in progress*)

| Group | Regularly and comparably available | Partly available | Much development needed ('wish list') |
|--|--|---|---------------------------------------|
| Demographic and Socio-economic factors | <ul style="list-style-type: none"> - Population by age - Birth rate - Fertility rate - Population projections - Population by education (ISCED) - Population by occupation (ISCO) - Total unemployment - Income inequality | | |
| Health status | <ul style="list-style-type: none"> - Life expectancies - Infant mortality - Perinatal mortality - SDR 0-65 - SDR 65⁺ - Drug-related deaths - HIV/AIDS incidence - Lung cancer incidence - Breast cancer incidence - (Low) birth weight - Injuries by intent and sector - Occupational disease - Perceived general health - Prevalence of any chronic illness - Limitations of usual activities past 6 months - Sickness absence | <ul style="list-style-type: none"> - Smoking-related deaths - Alcohol-related deaths - Diabetes prevalence - Dementia/Alzheimer prevalence - Depression prevalence - Alcohol dependence - AMI incidence - Stroke incidence - COPD, asthma prevalence - Suicide attempt - General musculoskeletal pain - Limitations in seeing etc. - Psychological distress - Health expectancies | |
| Health determinants | <ul style="list-style-type: none"> - Regular smokers - Total energy intake - Intake of fruit - Intake of vegetables - Teenage pregnancies - Urban PM10 exposure | <ul style="list-style-type: none"> - BMI - Blood pressure - Pregnant women smoking - Heavy drinking - Total alcohol consumption - Use of illicit drugs - Physical activity - Breastfeeding - Environmental health indicators - Social exclusion indicator - Threatening life events - Sense of mastery - Job quality/work-related health risks | |

| Group | Regularly and comparably available | Partly available | Much development needed ('wish list') |
|----------------|--|---|--|
| Health systems | <ul style="list-style-type: none"> - Vaccination coverage children - Policies to reduce ETS exposure - Hospital beds - Physicians employed - Nurses employed - Technologies (MRI, CT) - ALOS - Hospital discharges - Hospital daycases - Daycase-discharge ratio - GP utilisation - Surgeries (PTCA, hip replacement, cataract) - Insurance coverage - Expenditures on health - Cancer survival rates | <ul style="list-style-type: none"> - Vaccination coverage influenza - Breast cancer screening - Cervical cancer screening - Other outpatient visits (besides GP) - Medicine use - Waiting times elective surgeries - Surgical wound infections - Stage at cancer diagnosis - Diabetes monitoring | <ul style="list-style-type: none"> - Policies on healthy nutrition - Policies/campaigns on lifestyles etc. - Integrated programmes in settings - Mobility of professionals - Patient mobility |

ECHI projecten

European Commission, DG Employment, Social Protection Committee

Specificering van de indicatoren per cluster zoals besproken in december 2004

Context – Economic Development

1.2 *Context – Demography*

1.3 *Context – Expenditure Variables*

Context – Health Status and Disparities

2.1 *Access – Financial Barriers*

2.2 *Access – Disparities in Supply and utilisation*

2.3 *Access – Utilisation*

2.4 *Access – Organisational and other Barriers*

3.1 *Quality – Supply of Staff, Facilities and Technology*

3.2 *Quality – safety of medical treatments*

3.3 *Quality – Patient satisfaction and system responsiveness*

3.4 *Quality – Use of Preventive Care*

3.5 *Quality – Raising clinical effectiveness through evidence-based medicine*

3.6 *Quality – training of health care professionals*

3.7 *Quality – patients' rights and transparency*

4.1 *Financial sustainability – Health care expenditure and financing*

4.2 *Financial sustainability – Main components of expenditure*

4.3 *Financial sustainability – Scale of public health expenditure*

4.4 *Financial sustainability – Costs of providing care*

4.5 *Financial sustainability – Efficiency*

Bijlage 4

Annex 3

Parameters langdurige zorg

Een deelstudie voor een internationale vergelijking

Dr. D. Delnoij
Dr. E. Spelten



Inhoudsopgave

| | | |
|----------|---|------------|
| 1 | Inleiding | 101 |
| 2 | Opzet van de deelstudie | 102 |
| 3 | De verpleging en verzorging in Nederland | 103 |
| 3.1 | Algemeen | 103 |
| 3.2 | Verpleeghuizen | 103 |
| 3.3 | Verzorgingshuizen | 104 |
| 3.4 | Thuiszorg | 105 |
| 3.5 | Gehandicaptenzorg | 106 |
| 3.6 | Samenvattende conclusie | 106 |
| 4 | De verpleging en verzorging in Europa | 107 |
| 4.1 | Overzicht rapporten | 107 |
| 4.2 | NIVEL Catalogus en Pubmed | 111 |
| 4.3 | Websites | 112 |
| 5 | Conclusies | 113 |
| | Bijlagen | |
| 1 | Lijst met gebruikte artikelen | 114 |
| 2 | Artikelen search PubMed | 115 |

1 Inleiding

Het NIVEL is door het NIZW gevraagd om mee te werken aan een voorstudie naar langdurige zorg in een aantal Europese landen: Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Zweden (of Denemarken of Finland), Spanje, Portugal en Nederland.

Als deelaspect van deze studie, heeft het NIVEL een overzicht gemaakt van de literatuur en de parameters over langdurige zorg in deze landen.

Minister Hoogervorst heeft opdracht tot deze studie gegeven om inzicht te krijgen in de prijs-kwaliteitverhouding van de Nederlandse AWBZ in vergelijking met een aantal andere Europese landen. De nadruk ligt hierbij op de langdurige zorg.

Langdurige zorg wordt in Nederland geleverd door de volgende aanbieders:

- verpleeghuizen;
- verzorgingshuizen;
- thuiszorgorganisaties;
- instellingen voor gehandicaptenzorg.

Hierbij dient te worden opgemerkt dat in de OESO-definitie van langdurige zorg, de zorg geleverd door verzorgingstehuizen, daar niet bij hoort.

Parameters voor langdurige zorg zijn te onderscheiden in:

- inputparameters: menskracht, aantal bedden, financiering (premie, belastingregeling, eigen bijdrage);
- procesparameters: aantal personen dat gebruik maakt van langdurige zorg, decentralisatie, mantelzorg, case management;
- outputparameters: kosten, outcome parameters (% zelfstandig wonende 65+ers, kwaliteit van leven van zelfstandig wonende ouderen).

In deze studie ligt de nadruk op outputparameters en in mindere mate op procesparameters.

2 Opzet van de deelstudie

Voor deze deelstudie is eerst de Nederlandse situatie in kaart gebracht. Aan de hand van het Brancherapport Care 2000-2003 is een overzicht gemaakt van parameters die in Nederland voorhanden zijn. Daarna is gekeken in hoeverre deze parameters ook lijken voor te komen in de selectie van Europese landen: Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Zweden (of Denemarken of Finland), Spanje, Portugal en Nederland. Daarbij is gebruik gemaakt van rapporten over langdurige zorg, een search in de NIVEL catalogus en Pubmed en een bezoek aan relevante internationale websites.

3 De verpleging en verzorging in Nederland

Op basis van het Brancherapport Care 2000-2003 (VWS, 2004) zijn in grote lijnen parameters te onderscheiden op de volgende gebieden:

- kerngegevens;
- zorgvraag;
- zorgaanbod/capaciteit;
- zorggebruik en productie;
- uitgaven en financiering;
- kwaliteit van zorg.

Per gebied geeft dit rapport een uitgebreid overzicht van de parameters, waar mogelijk opgesplitst naar verpleeghuizen, verzorgingshuizen, thuiszorgorganisaties en gehandicaptenzorg. In een aantal gevallen is de opsplitsing niet mogelijk, bijvoorbeeld bij zorgvraag, aangezien die er is voordat bekeken is welke hulp het beste aansluit bij de vraag.

3.1 Algemeen

Kerngegevens

- Kerngegevens voor verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorgorganisaties, o.a. aantal instellingen, financiering, aantal bezette arbeidsplaatsen, aantal patiënten in zorg.
- Kerngegevens verpleging en verzorging, o.a. aantal werknemers, aantal mensen in de zorg, uitgaven persoonsgebondenbudget (PGB).
- Raming toename aantal bedden/plaatsen per jaar, opgesplitst in intramuraal en extramuraal.

Zorgvraag

- bevolkingsopbouw;
- levensverwachting op 65 jarige leeftijd;
- subjectief ervaren gezondheid;
- personen met lichamelijke beperking volgens adl indicator naar leeftijd;
- raming van aantal personen met dementie;
- aantal indicatieaanvragen bij RIO;
- aantal afgegeven indicaties.

3.2 Verpleeghuizen

Zorgaanbod en capaciteit

- aantal verpleeghuizen;
- erkende capaciteit verpleeghuizen;

- aantal kamers naar bedden;
- aantal bezette arbeidsplaatsen in verpleeghuizen;
- aantal werkzame personen (ft/pt) in jaargemiddelden;
- aantal parttimers in verpleeghuizen;
- werknemers in verpleging en verzorging naar kwalificatieniveau;
- uitstroom van personeel in loondienst bij verpleeghuizen;
- verloop werkzame personen bij v&v;
- vertrekredenen personeel;
- ziekteverzuim v&v.

Zorggebruik en productie

- aantal verpleeg- en behandeldagen;
- aantal verpleeghuisopnamen;
- aantal opnamen per bed of plaats in verpleeghuizen;
- gemiddelde zorgindex van somatische patiënten;
- gemiddelde zorgindex van psychogeriatrische patiënten;
- herkomst voor eerste opname in verpleeghuis (verpleging, dagbehandeling);
- ontslagen patiënten intramuraal verpleeghuis naar bestemming;
- ontslagen patiënten dagbehandeling naar bestemming;
- gemiddelde wachttijd in weken per verpleeghuisproduct;
- aantal wachtenden op peildatum.

Uitgaven en financiering

- uitgaven en financiering verpleeghuizen;
- niet-vreemd vermogen verpleeghuizen.

Kwaliteit van zorg

- kwaliteitssystemen in verpleeghuizen;
- indicatoren voor monitoring;
- percentage verpleeghuizen dat kwaliteitsmodellen of handleidingen gebruikt;
- kwaliteit van zorg volgens medewerkers v&v;
- kwaliteit van zorg volgens bewoners/cliënten;
- best Practice verpleeghuizen.

3.3 Verzorgingshuizen

Zorgaanbod en capaciteit

- aantal verzorgingshuizen;
- aantal plaatsen in verzorgingshuizen;
- aantal appartementen;
- arbeidsplaatsen in fte in verzorgingshuizen;
- aantal werkzame personen in verzorgingshuizen;
- werknemers n in verpleging en verzorging naar kwalificatieniveau;

- verloop van personeel in loondienst bij verzorgingshuizen;
- verloop werkzame personen bij v&v;
- ziekteverzuim v&v.

Zorggebruik en productie

- aantal bewoners in verzorgingshuizen;
- aantal personen dat gebruik maakt van externe dienstverlening;
- aantal opnamen per intramurale verzorgingsplaats;
- bewoners per zorgwaarte categorie verzorgingshuizen;
- mate van validiteit van bewoners, verzorgingshuizen;
- instroom bewoners naar herkomst;
- vertrokken bewoners naar bestemming;
- gemiddelde wachttijd in weken per verzorgingshuisproduct;
- aantal wachtenden op peildatum.

Uitgaven en financiering

- uitgaven en financiering verzorgingshuizen;
- niet-vreemd vermogen verzorgingshuizen.

Kwaliteit van zorg

- instellingen die deelsystemen van kwaliteitssystemen hanteren, verzorgingshuizen;
- indicatoren voor monitoring;
- percentage verzorgingshuizen dat kwaliteitsmodellen of handleidingen gebruikt;
- kwaliteit van zorg volgens medewerkers v&v;
- gemiddelde score per zorgproduct;
- gemiddelde score op grond van kwaliteitscriteria;
- best Practice verpleeghuizen.

3.4 Thuiszorg

Zorgaanbod en capaciteit

- aantal thuiszorginstellingen;
- productieafspraken in uren;
- bezette arbeidsplaatsen in fte;
- aantal werkzame personen in de thuiszorg;
- werknemers in verpleging en verzorging naar kwalificatieniveau;
- verloop werkzame personen bij v&v;
- vertrekredenen personeel;
- ziekteverzuim.

Zorggebruik en productie

- gemiddeld aantal cliënten in zorg per periode;
- aantal uren thuiszorg per cliënt per week;

- gemiddelde wachttijd op peildatum per thuiszorgproduct;
- aantal wachtenden op peildatum.

Uitgaven en financiering

- uitgaven en financiering thuiszorg;
- niet-vreemd vermogen thuiszorg.

Kwaliteit van zorg

- instellingen die deelsystemen van kwaliteitssystemen hanteren, thuiszorg;
- indicatoren voor monitoring;
- percentage thuiszorginstellingen dat kwaliteitssystemen of handleidingen gebruikt;
- kwaliteit die medewerkers ervaren in thuiszorg;
- cliëntenoordeel.

3.5 Gehandicaptenzorg

Totaal aantal aanvragers van nieuwe voorzieningen naar geslacht en leeftijd

Uitkomst behandeling WVG

Aantal nieuwe toegekende voorzieningen

Verdeling van de nieuw toegekende voorzieningen naar leeftijd van de cliënt

3.6 Samenvattende conclusie

Informatie over de input heeft betrekking op kosten en op capaciteit (in termen van bedden en in termen van personeel). De procesparameters hebben vooral betrekking op de geleverde productie: aantallen cliënten, in- en uitstroom, duur en intensiteit van de zorgverlening. Als uitkomstparameters zijn vooral de items onder kwaliteit van zorg van belang. In het Brancherapport worden onderscheiden: kwaliteitssystemen in instellingen, indicatoren voor monitoring, gebruik van kwaliteitssystemen in instellingen, kwaliteit van zorg volgens de professionals, idem volgens de cliënten, en best practice voorbeelden. Deze informatie is alleen niet voorhanden voor de gehandicaptenzorg.

4 De verpleging en verzorging in Europa

In hoeverre de hierboven beschreven informatie beschikbaar is in de genoemde Europese landen is onderzocht aan de hand van:

- rapporten;
- literatuuronderzoek in de NIVEL catalogus;
- websites: OECD Health Data, WHO Health for All, Eurostat.

4.1 Overzicht rapporten

Een overzicht van de bestudeerde rapporten staat in bijlage 1. De belangrijkste resultaten zijn hieronder per rapport samengevat.

Brancherapport Care 2000-2003. 2003. RIVM, met medewerking van Prismant. Min VWS

Dit rapport heeft alleen betrekking op de Nederlandse situatie en vormt de basis voor de vergelijking.

Gezondheid, zorg en stelsel. 2001. AMC/UvA-achtergrondstudie bij Vraag aan bod. Ministerie van VWS

- Relevante landen: Duitsland en het Verenigd Koninkrijk
- Duitsland
 - Mantelzorg is belangrijk
 - Er zijn verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen en er is wijkverpleging
 - De ziektekostenverzekering kent een aparte verzekering, Pflegeversicherung, voor langdurige Zorg.
 - Financieel: ondersteuning in natura, aan mantelzorg; professionele zorg in ambulante sector op basis van honorering per verrichting; professionele zorg in instelling op basis van per diem charges.
- Verenigd Koninkrijk
 - Er is relatief veel Sheltered Housing
 - Mantelzorg is ook hier belangrijk
 - Er zijn bejaardentehuizen, verzorgingshuizen en verpleeghuizen, grotendeels thuiszorg
 - Er is palliatieve/terminale zorg
 - Residential care uitkering om ouderen buiten de ziekenhuizen te verzorgen
 - Financieel: er zijn veel particuliere aanbieders (psychiatrie, revalidatie, verpleegzorg); particuliere sector: 80% van ouderenzorg

- Ondoorzichtige structuur (deel NHS, deel lokaal, toenemend particulier)
- Mede door wachtlijsten vlucht naar particuliere zorg van cliënten met hoger inkomen
- Financiering langdurige zorg uit gezondheidszorgbudget en uit budgetten voor sociale voorzieningen, inkomensafhankelijk
- Ongelijkheid in toegang tot zorg
- Eigen bijdrage (intramuraal, extramuraal)
- Slechte dekking in vergelijking met b.v. Nederland en Duitsland
- Er is een experiment met vergoeding voor mantelzorg

De wensen van zorgcliënten in Europa. Zoetermeer: RVZ, 2003

Overzicht van Europese studie (o.a. Engeland, Duitsland en Nederland). Dit rapport gaat niet expliciet over langdurige zorg. Voor zover dit eruit te halen valt is het beeld vergelijkbaar met dat van I en II.

Nederland in Europa. Den Haag: SCP, 2000

Beperkt zich tot Nederland.

- het voorkomen van belemmeringen door chronische aandoeningen of handicaps;
- bewoners van instellingen voor ouderen of gehandicapten;
- gebruik thuiszorg / PGB /AWBZ;
- gehandicapten, leden van hun huishouden en leden van hun netwerk, naar soort beperking;
- AWBZ is redelijk uniek als aparte verzekering voor langdurige verzorging van ouderen, gehandicapten en chronische psychiatrische patiënten in Nederland;
- wachtlijsten;
- afstemmen zorgvraag en –aanbod;
- keuzemogelijkheden.

Home Care in Europe. Hutten JBF en Kerkstra A (eds). Hants (UK): Arena, 1996

Relevante landen: Denemarken, Finland, Duitsland, Nederland, Portugal, Spanje, Zweden en het Verenigd Koninkrijk. Informatie over de verschillende landen is vergelijkbaar. Hier wordt de gegeven informatie voor twee landen, als voorbeeld, weergegeven.

Denemarken

- totale uitgave aan gezondheid;
- verpleeghuizen, aantal bedden per 1000 personen;
- financiering: 85% belasting, 15% door patiënt zelf betaald;
- 2 groepen verzekering: minder keuze maar meer vergoed en v.v.;
- psychiatrische en algemene zorg (met uitzondering van acute ziekenhuiszorg) op gemeenteniveau;
- nadruk op thuiszorg en beschermd wonen, community services,

- residential services;
- trend: meer thuiszorg, minder verpleeghuiszorg;
- personeel: manpower, opleidingsniveau;
- cliëntenpopulatie;
- zorgaanbod en –vraag;
- problemen en recente (1996!) ontwikkelingen: tekort aan gekwalificeerde verpleegkundigen, kortere tijd in ziekenhuis en ontslag voor het weekend doen werklust van thuiszorg toenemen;
- percentage huishoudens in leeftijdscategorie dat thuiszorg gebruikt;
- percentage ouderen dat gebruik maakt van thuiszorg;
- tijdsverdeling van werk van thuiszorg;
- financiering thuiszorg / verpleeghuiszorg.

Finland

- financiering en uitvoering publieke / private sector;
- gezondheidszorginformatie (uit 1990);
- vergrijzing;
- meer mantelzorg, was weinig door hoge arbeidsparticipatie van vrouwen;
- capaciteit van intramurale zorg voor ouderen;
- personeel in verpleeghuizen;
- problemen en recente ontwikkelingen: geen wachtlijsten;
- groeiende behoefte aan thuiszorg en mantelzorg;
- cliëntenpopulatie;
- zorgvraag en –aanbod;
- financiering verpleeghuizen.

Integrated Care in Europe. Raak A. van, et al. (eds). Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2003

- relevante landen: Finland, Zweden, Spanje, Nederland, Engeland;
- structuur van informatieverschaffing: verschilt per hoofdstuk;
- veel beschrijving, weinig tabellen.

Voorbeeld Spanje

- financiering zorg, uitvoering/bestuur, uitvoering;
- (demografische) informatie over chronisch zieken en zorggebruik;
- overzicht van lange termijn sociale zorg voor ouderen;
- regionale indicator voor vraag en aanbod.

Family Care of Older People in Europe. Philp I (ed.). Amsterdam: IOS Press, 2001

- landen: Duitsland, Nederland, Portugal, Spanje, Zweden, Engeland;
- opbouw van de hoofdstukken is gelijk;
- veel beschrijving, weinig tabellen.

Voorbeeld Portugal;

- vergelijking ouderen met totale bevolking, naar geslacht;

- structuur en functies van zorg voor ouderen;
- rol mantelzorg van ouderen die thuis wonen;
- assessment;
- case beschrijvingen.

De WMO in internationaal perspectief. Blank, J. enB. Hulst van der. Rotterdam: Ecorys-Nei, 2004

- relevante landen: Nederland, Denemarken, Duitsland, Zweden;
- case-vergelijkingen ouderenzorg, gehandicaptenzorg, thuiszorg, psychiatrische zorg, veel beschrijving.

Voorbeeld ouderenzorg

- zorgvraag;
- indicatiestelling en indicatie-instrument;
- aanspraak;
- zorgproces en afstemming;
- ondersteuning van de omgeving.

Gemeen(te)goed, een onderzoek naar de lokale langdurige zorg in zes Europese landen. Utrecht: NIZW International Centre, 2004

(http://www.rvz.net/data/download/awbz_gemeentegoed.pdf)

- relevante landen: Denemarken, Finland, Verenigd Koninkrijk, Zweden, Duitsland en Nederland, als zevende land;
- cases: dementie, cva, lichamelijke handicap, GGZ problematiek.

| | |
|--|---|
| Dementie indicatieprocedure mantelzorg ondersteuning coördinatie van zorg Lichamelijke handicap indicatieprocedure wonen zorg/ondersteuning vervoer werk/school uitkering coördinatie van zorg | GGZ Problematiek procedure coördinatie van zorg CVA indicatieprocedure mantelzorg ondersteuning samenwerking intramuraal/extramuraal toezicht aanpassing woning |
|--|---|

Samenvatting

- indicatiestelling;
- financiering;
- dienstverlening;
- coördinatie;
- informatie;
- beleid;
- toezicht.

4.2 NIVEL Catalogus en Pubmed

In de NIVEL Catalogus is gezocht op de volgende zoektermen: langdurige zorg, internationale vergelijking, en long term care. Waar mogelijk ook nog in combinatie. Dit literatuuronderzoek heeft geen additionele relevante informatie opgeleverd.

Daarnaast is een literatuuronderzoek in Pubmed uitgevoerd op de zoektermen: (longterm care OR nursing home OR home care) AND international comparison, met als beperking publicatiejaar 2000 tot en met 2004. Dit resulteerde in 26 treffers. Op basis van de abstract blijken er veel niet relevant te zijn. Ze gaan over andere landen dan die voor dit onderzoek (Amerika, IJsland, Bangladesh) of de onderwerpen zijn te specifiek (post-partum depression, *holistic* care). Vier studies lijken relevant.

De eerste studie vergelijkt ondersteuning (*assistance*) in Zweden en de Verenigde Staten van Amerika. In het abstract is de conclusie dat gezondheidszorgsystemen zich slecht op globale kenmerken laten vergelijken. In dat opzicht waren de systemen van beide landen vergelijkbaar. Meer gedetailleerde analyses brachten toch verschillen aan het licht. Kleine verschillen werden veel pregnanter toen het onderzoek gericht werd op mensen die ook aangaven echt ondersteuning nodig te hebben. Een tweede studie, ook uit de Gerontologist, keek naar *home- and community-based* long-term care in Denemarken. Focus van de onderzoekers was de relevantie van dit systeem voor de Verenigde Staten. Uit een analyse van het Deense model blijkt dat na twaalf jaar van geïntegreerde zorgsystemen, de uitgaven voor dit systeem minder worden terwijl de tevredenheid gelijk blijft. In dezelfde periode namen de uitgaven in Amerika alleen maar toe.

Een derde, Nederlandse, publicatie gaat over zorgafhankelijkheid van verpleeghuispatiënten met dementie. Die wordt gemeten in een Europees perspectief. Relevante landen zijn Duitsland, Finland en Nederland. Het gaat om een onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de *Care Dependency Scale* (de ZAS).

De vierde studie, tenslotte, vergelijkt *medical day hospital care for the elderly* met alternatieve vormen van zorg, op basis van een literatuuronderzoek in onder andere de *Cochrane Library en Medline*. De conclusie is dat *medical day hospital care for the elderly* effectiever is dan geen interventie. Maar het lijkt geen duidelijke voordelen te bieden ten opzichte van andere vormen van *comprehensive elderly medical services*.

4.3 Websites

Voor deze deelstudie is een bezoek gebracht aan de volgende websites: OECD Health Data (www.oecd.org), WHO Health For All (<http://hfadb.who.dk>) en Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.eu.int/>). Er is gekeken in hoeverre er informatie beschikbaar is voor de parameters, met nadruk op uitkomst- en procesparameters.

Veel van deze parameters zijn demografische gegevens, zoals bevolkingsopbouw, en cijfers over bedden capaciteit en aantallen dokters en verpleegkundigen of verzorgenden. Deze informatie is deels te vinden in deze databestanden.

Voor veel gegevens geldt dat ze niet uitgesplitst worden naar acute en langdurige zorg. De meeste informatie betreft zelfs specifiek de acute zorg.

Alleen de Health for All database lijkt informatie te geven over het aantal bedden in verpleeghuizen en over het aantal verzorgenden in het algemeen. Ook financiële informatie, geldstromen, financieringsbronnen, is voorhanden in vergelijkbare databases. Financiële informatie wordt wel uitgesplitst naar acute zorg en langdurige zorg (OECD Health Data, Eurostat).

Epidemiologische informatie op internationaal niveau is beschikbaar. In de Health for All database van de WHO zijn bijvoorbeeld gestandaardiseerde sterftcijfers te vinden voor diverse doodsoorzaken.

5 Conclusies

Deze deelstudie geeft, in vogelvlucht, een indruk van de aanwezigheid van internationale parameters om systemen van langdurige zorg met elkaar te kunnen vergelijken. Het gaat daarbij om Nederland in relatie tot het Verenigd Koninkrijk, Duitsland, Zweden (of Denemarken of Finland), Spanje en Portugal.

Voor de vraag van minister Hoogervorst is vooral de informatie over kosten en uitkomsten van langdurige zorg interessant. De informatie over kosten is relatief compleet. Dat kan helaas niet worden gesteld voor de uitkomstparameters. Mogelijk heeft dit te maken met het feit dat de uitkomstparameters zoals die in het Brancherapport worden gehanteerd, typisch Nederlands van karakter zijn. Ze gebruikt worden in een systeem waarin kwaliteitsbewaking wordt overgelaten aan het zelfregulerende vermogen van instellingen en beroepsbeoefenaren. In internationale rapporten is weinig te vinden over kwaliteitsmetingen. Veelal wordt kwaliteit daar geoperationaliseerd in termen van beschikbaarheid, toegankelijkheid en betaalbaarheid.

Vergelijkingen gaan verder snel mank op verschillen in organisatie van de zorg. Zo wordt er in sommige landen een groter beroep gedaan op de mantelzorg en is de institutionele zorg hierop afgestemd. Interessant hierbij is dat daar ook afgeleide factoren een rol spelen. Zo is de mantelzorg in Portugal van oudsher hoog, maar dit wordt in verband gebracht met de lage arbeidsparticipatie van vrouwen. In Finland daarentegen is de mantelzorg altijd minimaal geweest, juist vanwege de hoge arbeidsparticipatie van vrouwen, maar daar is het aandeel mantelzorg in de loop der jaren toch toegenomen.

Bijlage 1 bij annex 3

Lijst met gebruikte rapporten

1. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. Brancherapport Care 2000-2003. Bilthoven: RIVM, met medewerking van Prismant. Ministerie van VWS, 2003.
2. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Gezondheid, zorg en stelsel. AMC/UvA-achtergrondstudie bij Vraag aan bod. Den Haag: Ministerie van VWS, 2001.
3. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De wensen van zorgcliënten in Europa. Zoetermeer: RVZ, 2003.
4. Sociaal- en Cultureel Planbureau. Nederland in Europa. Den Haag: SCP, 2000.
5. Hutten, J.B.F. en A. Kerkstra (eds). Home Care in Europe. Hants (UK): Arena, 1996.
6. Raak, A. van, et al. (eds). Integrated Care in Europe. Maarssen: Elsevier gezondheidszorg, 2003.
7. Philp, I. (ed.). Family Care of Older People in Europe. Amsterdam: IOS Press, 2001.
8. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. De WMO in internationaal perspectief. Zoetermeer: RVZ, 2003.
9. Goris, A. Gemeen(te)goed, een onderzoek naar de lokale langdurige zorg in zes Europese landen. Utrecht: NIZW International Centre, 2004.
(http://www.rvz.net/data/download/awbz_gemeentegoed.pdf).

Bijlage 2 bij annex 3

Artikelen search PubMed

Exploring assistance in Sweden and the United States. Shea D., et al. *The Gerontologist*, 43, 2003, (5), p. 712-721.

Home- and community based long term care: lessons from Denmark. Stuart M. and Weinricht M. *Gerontologist*, 41, 2001, (4), p. 474-480.

Zorgafhankelijkheid van verpleeghuispatiënten met dementie: gemeten in Europees perspectief. Dijkstra A, et al. *Tijdschr. Gerontol Geriatr*, 31, 2000, (6), p. 245-251.

Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. Forster A. 2000. *Cochrane Database Syst. Rev*, 2000, (2), CD001730.

Bijlage 5

Annex 4

Expert panel 7 februari 2005

Vraagstelling:

Wat kan men verwachten van internationale vergelijkingen voor het ondersteunen van het Nederlands beleid en de uitvoering, op korte en langere termijn ?

Hoe kan de internationale dimensie worden ingebouwd in het Nederlandse beleidsproces ?

Deelnemers

1. Mevr. Miriam Hirschfeld, ex-WHO, Israel.
2. Mevr. Anne Sophie Parent, The European Older People's Platform (AGE).
3. Dhr. Evert Pommer, SCP.
4. Dhr. Johan Polder, RIVM.
5. Dhr. Gerben Brummelman, RVZ.
6. Dhr. Menno van Leeuwen, Gezondheidsraad.
7. Dhr. Henk Nies, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, Centrum Zorg.
8. Dhr. Cor van Mosseveld, CBS.
9. Dhr. Frank van Hoof, Trimbos Instituut.
10. Dhr. Marius Buiting (moderator), CBO.
11. Mevr. Annemiek Goris, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, International Centre.
12. Dhr. Pim de Graaf, Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, International Centre.

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

| | | | |
|--------|--|---|--------|
| 05/15 | De AWBZ in internationaal perspectief | € | 15,00 |
| 05/14 | De AWBZ internationaal bekeken: langdurige zorg in het buitenland (achtergrondstudie bij het advies De AWBZ in internationaal perspectief) | € | 15,00 |
| 05/13 | Informele zorg: het aandeel van van mantelzorgers en vrijwilligers in de langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies De AWBZ in internationaal perspectief) | € | 15,00 |
| 05/12 | Achtergronden voor internationale vergelijkingen van langdurige zorg (achtergrondstudie bij het advies De AWBZ in internationaal perspectief) | € | 15,00 |
| 05/11 | Blijvende zorg: economische aspecten van langdurige ouderenzorg (achtergrondstudie bij het advies De AWBZ in internationaal perspectief) | € | 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 | Verzekeraarbaarheid 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 (verkennde 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)) | | gratis |
| 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 invitationale 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 beleidsadvies | € | 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.

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

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 |