



Verschillen in uitgaven aan langdurige zorg tussen Nederland, Denemarken en Zweden

Feiten en verklaringen

Marc Pomp, Nick Zonneveld en Henk Nies

maart 2020

Inhoud

Samenvatting.....	3
1. Inleiding.....	9
2. De Deense en Zweedse stelsels voor langdurige zorg.....	11
2.1. Vooraf.....	11
2.2. Denemarken.....	11
2.3. Zweden.....	13
3. Uitgaven aan langdurige zorg: OECD-cijfers.....	15
3.1. Definitie langdurige zorg.....	15
3.2. Afbakening.....	16
3.3. Uitgaven langdurige zorg in procenten van het BBP, 2017.....	17
3.4. Nederland, Denemarken en Zweden.....	18
3.5. Uitgaven langdurige zorg in euro per hoofd van de bevolking.....	21
3.6. Welke meetmethode verdient de voorkeur?.....	23
3.7. Focus op peiljaar 2017.....	24
4. Geven de OECD-cijfers een correct beeld van de verschillen in uitgaven?.....	26
4.1. Waarom deze vraag?.....	26
4.2. Zweden: uitgavenverschil met Nederland gering.....	29
4.3. Focus op Denemarken.....	29
5. Demografische verschillen en gezondheidsverschillen.....	33
5.1. Motivatie voor deze analysestap.....	33
5.2. Demografische verschillen.....	33
5.3. Gezondheidsverschillen.....	34
6. Volumeverschillen.....	36
6.1. Motivatie voor deze analysestap.....	36
6.2. Intramurale capaciteit.....	36
6.3. Thuiszorg.....	39
6.4. Mantelzorg.....	40
6.5. Banen in de langdurige zorg.....	41
6.6. Conclusie volume-indicatoren.....	42
7. Loon- en prijsverschillen.....	43
7.1. Motivatie voor deze analysestap.....	43
7.2. Loonkosten.....	43
7.3. Huisvestingskosten.....	43
7.4. Conclusie loon- en prijsverschillen.....	43
8. Uitgavenramingen tot 2050.....	44
8.1. Beleidsrelevantie.....	44
8.2. De OECD-raming.....	44
8.3. De raming van de Europese Commissie.....	46
8.4. Implicaties van de extra uitgaven vanwege het kwaliteitskader.....	47
9. Beleidsimplicaties.....	47
10. Slotbeschouwing.....	51
Bijlage 1: Geconsulteerde experts.....	53
Bijlage 2: CBS-gegevens volgens de OECD-definitie.....	54
Literatuur.....	55

Samenvatting

Vraagstelling

In het Vilans-rapport *Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië* (2019) is opgemerkt dat Nederland aanzienlijk meer uitgeeft aan de langdurige zorg dan Denemarken en de andere Scandinavische landen. Alleen de uitgaven van Zweden liggen dicht bij die van Nederland. In dit - nu voorliggende - rapport gaan we dieper in op de verschillen in uitgaven, om aanknopingspunten voor beleid in Nederland te vinden. Deze studie is geschreven in opdracht van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van de Tweede Kamer. De commissie stelde de volgende vragen aan de onderzoekers:

1. Hoe loopt de financiering van de langdurige zorg in Denemarken en Zweden? Hoe wordt bijvoorbeeld omgegaan met de kapitaallasten en hoe wordt omgegaan met eigen bijdragen?
2. Op welke wijze zijn de totale kosten van de langdurige zorg in Denemarken en Zweden opgebouwd?
3. Wat verklaart de verschillen in kosten voor langdurige zorg tussen Scandinavische landen en Nederland - zowel nu, als in lange termijn prognoses - die naar voren komen in cijfers van onder meer de OECD (zie o.a. ook figuur 1 in het rapport van Vilans uit april 2019)?
4. Wat verklaart het verschil in kosten tussen Nederland enerzijds en Denemarken/ Zweden anderzijds, ondanks relatief gelijke demografie? In hoeverre spelen daarbij factoren zoals bijvoorbeeld technologie, lagere grondprijzen, meer informele zorg, of minder zorg?
5. Hoe beïnvloedbaar zijn - vanuit het beleid gezien - de geconstateerde verschillen in kosten?

Vergelijkbaarheid van gegevens

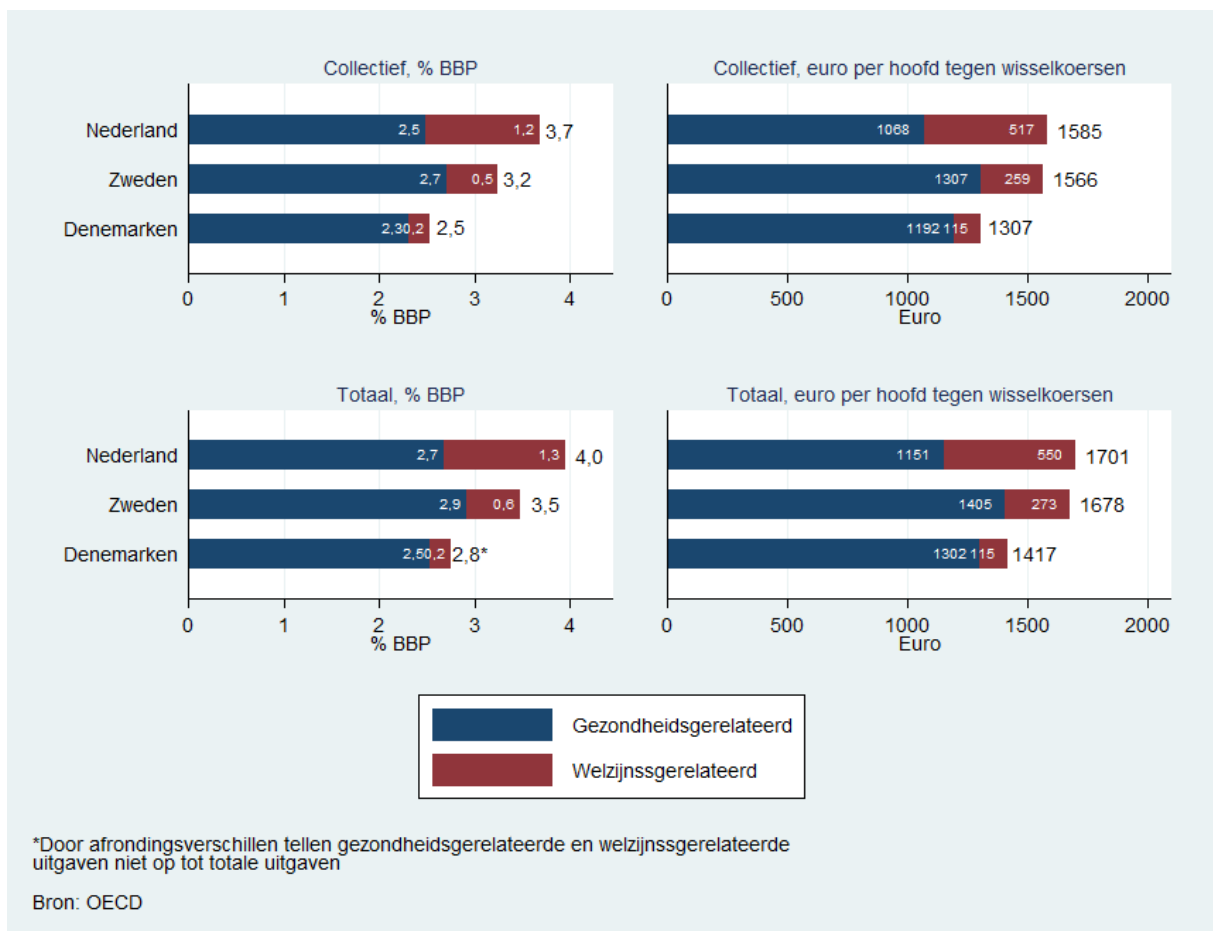
We hebben aan de hand van cijfers van de OESO (Organisatie voor Europese Samenwerking en Ontwikkeling; we gebruiken verder in het rapport de internationale aanduiding OECD, Organisation for Economic Cooperation and Development), nationale gegevens en informatie van experts allereerst gekeken of de OECD-cijfers een goed beeld geven van de werkelijke uitgavenverschillen. Dit blijkt vooral voor de vergelijking met Denemarken niet het geval. Het blijkt dat de sector 'langdurige zorg' lastig in cijfers te vatten is. Zoals we ook al in het rapport *Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië* constateerden, zijn er tussen landen aanzienlijke verschillen in wat zij onder langdurige zorg verstaan. Uit dit rapport blijkt dat er verschillen zijn tussen landen in de voorzieningen die zij tot de langdurige zorg rekenen, welke in de internationale cijfers meegenomen worden en welke doelgroepen er gebruik van maken. En hoewel de OECD duidelijk aangeeft wat wel en niet meegerekend moet worden bij de opgave van de jaarlijkse cijfers, zijn er toch interpretatieverschillen.

Zo maakt de OECD een onderscheid tussen gezondheidsgerelateerde uitgaven ('health') en welzijnsgerelateerde uitgaven aan langdurige zorg ('social'). Onderstaande figuur laat zien hoe deze beide categorieën uitgaven optellen tot het totaal van langdurige zorg. De hogere Nederlandse

uitgaven zijn vrijwel uitsluitend toe te schrijven aan hogere uitgaven aan welzijnsgerelateerde langdurige zorg. De gegevens over deze component zijn vooral voor Denemarken onvolledig, zo laten we zien. Wat betreft Zweden geldt dat het uitgavenverschil met Nederland beperkt is: ongeveer een half procent van het Bruto Binnenlands Product (BBP). Ook dit kan het gevolg zijn van onvolledige cijfers over de welzijnsgerelateerde component.

Het blijkt voor de vergelijking met Zweden en Denemarken niet veel uit te maken of we alleen naar de collectieve uitgaven kijken of dat we ook de eigen bijdragen mee rekenen. Deze zijn in de drie landen nagenoeg vergelijkbaar.

Figuur 1. Uitgaven aan langdurige zorg, % BBP, 2017, collectief en totaal

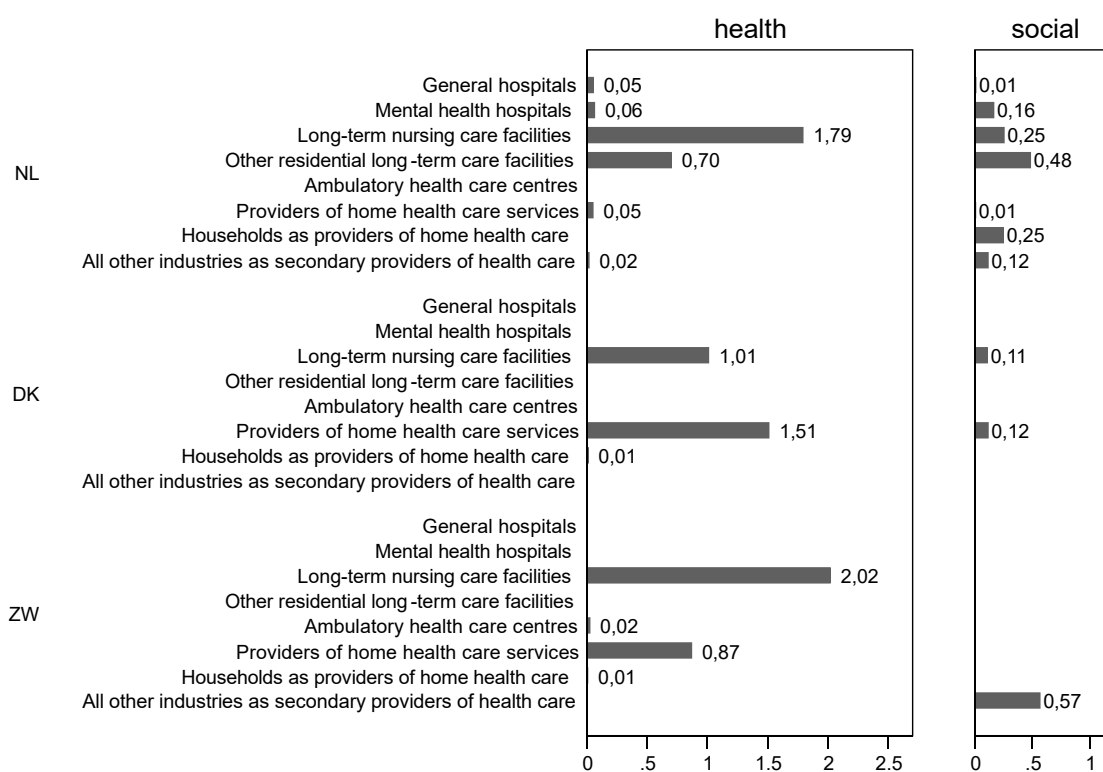


De belangrijkste conclusie die we in dit rapport trekken is dat niet alle landen even volledig zijn bij het aanleveren van gegevens en dat de internationale overzichten (niet alleen de OECD) een onvolledig beeld geven van de verschillen in uitgaven tussen de landen. In ieder geval leveren de landen de gegevens niet in dezelfde mate van detail aan en waarschijnlijk worden niet alle gegevens die volgens de definities meegeteld moeten worden daadwerkelijk in de overzichten opgenomen. Dat geldt voor de landen die in deze studie zijn geanalyseerd, maar het geldt ook voor andere landen.

Dat laatste hebben we weliswaar niet gedetailleerd uitgezocht in deze studie, maar we hebben wel aanwijzingen gevonden dat dat het geval is.

We illustreren dit in figuur 2 met een uitsplitsing van de uitgaven aan langdurige zorg in Nederland, Zweden en Denemarken, gespecificeerd naar aanbieder (Engelse termen zijn gehandhaafd omdat deze niet altijd één op één in het Nederlands zijn te vertalen). Vooral voor welzijnsgerelateerde uitgaven laten de cijfers voor Nederland hogere uitgaven en meer categorieën van uitgaven zien. Uit overzichten die gebaseerd zijn op andere - nationale - gegevensbronnen, blijkt dat vooral de cijfers van Denemarken niet volledig zijn.

Figuur 2. Uitgaven aan langdurige zorg, % BBP, 2017, totaal, naar aanbieder en health/social



Bron: OECD.stat

Kortom, Nederland geeft in vergelijking met andere landen veel geld uit aan langdurige zorg, maar het verschil is naar alle waarschijnlijkheid minder groot dan de internationale overzichten suggereren. De verschillen met Zweden en vooral Denemarken zijn relatief klein, zo laten we zien.

Uitgaven en kenmerken van de bevolking

Hoewel de werkelijke uitgaven aan langdurige zorg in de drie landen weinig van elkaar blijken te verschillen, is het nog steeds mogelijk dat Nederland *naar verhouding* meer uitgeeft. ‘Naar verhouding’ betekent dan: gecorrigeerd voor verschillen in demografie en gezondheid. De vergrijzing

is - zoals in het rapport *Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië* al aangegeven in Nederland inderdaad wat minder ver gevorderd dan in Denemarken en Zweden. Op grond hiervan mag verwacht worden dat de uitgaven in Nederland lager zijn. Nadere analyse wijst uit dat deze redenering op zich correct is, maar dat het effect van de verschillen in vergrijzing op de zorguitgaven beperkt is.

Verder zijn de gezondheidsverschillen met vooral Denemarken klein. Deze verklaren niet een verschil in uitgaven, wanneer we ervan uitgaan dat mensen in Nederland en in Denemarken bij een gelijke gezondheid of gezondheidsproblemen, vergelijkbare zorg en ondersteuning krijgen. Zweden scoort op een aantal gezondheidsindicatoren beter dan Nederland. Of dit reële verschillen zijn of (deels) ook het gevolg van verschillen in meetmethode valt hier niet na te gaan. Maar als dit een reëel verschil is, dan zou dit kunnen resulteren in een geringer beroep op langdurige zorg.

Uit de analyse van volumegegevens (hoeveel professionele zorg wordt geboden) blijkt dat dit niet het geval is. Nederland biedt in relatie tot de zorgvraag (voor zover die te vergelijken is) naar verhouding niet meer zorg dan de beide andere landen. Een mogelijke uitzondering is dat er in Nederland mogelijk aanzienlijk meer intramurale plaatsen in de gehandicaptenzorg zijn, vergeleken met Denemarken (maar niet met Zweden). Of het hier om reële verschillen gaat of dat er opnieuw sprake is van verschillen in rapporteren en definities is een vraag die we met de beschikbare gegevens niet konden onderzoeken.

Opbouw van de uitgaven

Betrouwbare en vergelijkbare gegevens over verschillen in kostencomponenten, in de eerste plaats loonkosten, zijn niet beschikbaar voor de (langdurige) zorg. Hierdoor konden we niet nagaan of de drie landen verschillen in kosten per eenheid zorg. We hebben wel schattingen kunnen maken. Illustratieve berekeningen laten bijvoorbeeld zien dat verschillen in huisvestingskosten (waaronder bijvoorbeeld grondkosten), een vraag van de Kamercommissie, nauwelijks invloed hebben op verschillen in uitgaven. Dit geldt eveneens voor het scheiden van wonen en zorg. Eventuele financiële effecten daarvan zijn op landenniveau niet aan te tonen. Dat wil niet zeggen dat er geen betekenisvolle financiële effecten kunnen zijn.

Beïnvloedbare uitgaven

De vraag welke uitgaven vanuit het beleid beïnvloedbaar zijn, is niet te beantwoorden met de thans beschikbare gegevens voor langdurige zorg. De uitgaven voor het scheiden van wonen en zorg bijvoorbeeld, zijn lastig te onderscheiden van eigen bijdragen. In alle drie de landen betalen de mensen die langdurige zorg gebruiken ongeveer 0,2% van het BBP zelf. Waar die eigen betalingen aan besteed worden - wonen, voeding, vervoer, ondersteuning, zorg of recreatie - is uit de beschikbare gegevens niet te herleiden op een manier dat we uitspraken kunnen doen over het kosteneffect van het scheiden van wonen en zorg.

Hoewel de zorg- en sociale zekerheidsstelsels in Denemarken en Zweden eenvoudiger opgezet lijken te zijn met gemeenten en regio's, meer publieke financiering (belastingen) en minder private zorg hebben we geen aanwijzingen kunnen vinden dat een bepaald stelsel doelmatiger is dan het andere.

Ook de effecten van meer of minder marktwerking waren tussen de drie landen niet vast te stellen. Ook nu weer geldt dat die effecten er wel kunnen zijn, maar we hebben ze niet kunnen aantonen.

Ramingen voor de toekomst

In dit rapport gaan we apart in op ramingen van de OECD en de Europese Commissie voor de uitgaven aan langdurige zorg op lange termijn; uitgaven die mogelijk in de toekomst te beïnvloeden zijn. Volgens de toekomstscenario's van deze instanties zijn de uitgaven in 2050 in Nederland fors hoger dan in de twee andere landen. Voor deze ramingen kiezen deze instanties een bepaald vertrekjaar en trekken de gegevens uit dat jaar door naar de toekomst. Worden de uitgaven in het basisjaar onderschat, dan zal als gevolg van de vergrijzing het verschil tussen werkelijke uitgaven en geraamde uitgaven in de toekomst nog veel groter worden. De onderschatting wordt dus steeds groter.

De verschillen in toekomstverwachtingen met Denemarken zijn vrijwel geheel het gevolg van verschillen in uitgavniveau volgens de OECD-cijfers in het basisjaar. Ze zijn niet het gevolg van verschillen in uitgavengroei. De verschillen in het basisjaar zijn voor Denemarken het gevolg van onderrapportage in de OECD-cijfers. Voor Zweden is de geraamde uitgavengroei wel een stuk lager dan in Nederland. De oorzaak is demografisch: het aandeel ouderen groeit in Zweden minder snel dan in Nederland (en Denemarken).

Beleidsconclusies

De eerste belangrijke beleidsconclusie is dat Denemarken en Zweden weliswaar geheel andere zorgstelsels hebben dan Nederland, maar dat de uitgaven voor langdurige zorg weinig verschillen van Nederland. De kenmerken van de bevolking verschillen niet veel van die van Nederland, de zorginhoudelijke uitgangspunten van zorg en ondersteuning verschillen op onderdelen. Zo ligt in Scandinavië meer nadruk op zelfredzaamheid en het bevorderen daarvan, onder andere via *reablement* (intensieve meervoudige hulp en ondersteuning opdat mensen zo zelfredzaam mogelijk kunnen functioneren). De landen stemmen ook sterk overeen wat betreft de nadruk op persoonsgerichtheid en solidariteit, toegankelijkheid, kwaliteit en keuzevrijheid. De eigen betalingen van burgers zijn grosso modo vergelijkbaar met die in Nederland.

Zoals we in het rapport *Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië* al hebben laten zien, kennen de Scandinavische landen ook hun administratieve lastendruk en zijn er inefficiënties in het systeem. Of dat meer of minder is dan in Nederland, dus of het Scandinavische model efficiënter of juist minder efficiënt is dan het Nederlandse, hebben we niet kunnen aantonen.

In afwijking van het beeld dat oprijst uit OECD-cijfers, gaan goede en toegankelijke langdurige zorg in Denemarken en Zweden niet aantoonbaar gepaard met beduidend lagere uitgaven dan in Nederland.

Hieruit volgt uiteraard niet dat een andere wijze van de langdurige zorg organiseren niet *kan* resulteren in goede langdurige zorg tegen lagere kosten. Het blijft de moeite waard om aan systeemoptimalisatie te werken en daarvoor ook naar andere landen te kijken. Mogelijk dat het leren van *best practices* uit Denemarken en/of Zweden, bijvoorbeeld op het terrein van telehealth,

informatie-uitwisseling, of transparantie voor burgers doelmatigheidswinst kan opleveren. Op basis van de beschikbare gegevens en literatuur zijn hierover echter geen concrete uitspraken mogelijk. Het valt te betwijfelen of daarmee miljarden te besparen zijn.

Niettemin, toegankelijkheid, cliëntgerichtheid, kwaliteit en kwaliteit van arbeid blijven belangrijke waarden voor een toekomstbestendige langdurige zorg. Een efficiënt systeem is een voorwaarde daartoe.

Voor de toekomst is een grote stijging van de uitgaven te verwachten, in Nederland én in de betreffende Scandinavische landen. Tot op heden was het beeld dat die stijging in Nederland veel sneller zou gaan dan in de andere landen. Echter, onze studie heeft laten zien, dat de toekomstige kosten in de andere landen (in het bijzonder Denemarken) aanzienlijk te laag worden ingeschat. Dat geldt ook voor andere geïndustrialiseerde landen. Een gezamenlijke inzet op kennis inzake de toekomstbestendigheid van de langdurige zorg is derhalve voor veel landen van belang. Het is niet alleen een Nederlands vraagstuk.

Dit brengt ons op de volgende conclusie, namelijk dat de OECD-cijfers en de cijfers van de Europese Commissie een niet al te accuraat beeld geven van de werkelijke uitgaven voor langdurige zorg. Deze sector wordt echter snel van steeds groter maatschappelijk en economisch belang. Vanuit een optiek van nationale en internationale beleidsontwikkeling en de doelstelling om tot een duurzaam stelsel van zorg te komen, vormen de gegevens een wankel basis. Dat geldt minder voor Nederland dan voor andere landen. Verbeteringen in dataverzameling zijn noodzakelijk wil internationaal beleid voor langdurige zorg goed ontwikkeld kunnen worden en landen van elkaar kunnen leren op basis van vergelijkingen. Daarbij gaat het niet alleen om zorguitgaven, maar ook om onderliggende factoren, zoals arbeidsmarkt, salariering, infrastructuur, beheerskosten, informele zorg en gezondheidssituatie van kwetsbare mensen met meervoudige problemen.

We hebben in deze studie niet het gehoopte inzicht gekregen in beïnvloedbare uitgaven. Verschillen in uitgaven worden waarschijnlijk nog het allermeeest bepaald door de keuze die een land maakt voor hoeveel geld het *wil* uitgeven aan langdurige zorg en de cultuur van voor en met elkaar zorgen. Daarnaast speelt het algehele welvaartsniveau een belangrijke rol. Nederland bevindt zich met de Scandinavische landen in een kopgroep als het om waarden als toegankelijkheid en kwaliteit van langdurige zorg gaat. Zij vormen tevens de internationale kopgroep voor uitgaven in de langdurige zorg. Zij zijn ook de kopgroep als het om welvaart en kwaliteit van leven in de hele samenleving gaat. Nederland gaat niet als enige aan kop, maar bevindt zich in een groep met sterk vergelijkbare landen, die een vergelijkbare uitdaging hebben als het om de toekomstbestendigheid gaat.

1. Inleiding

Volgens gegevens van de OECD, dé bron voor internationaal vergelijkbare cijfers over zorguitgaven, geeft Nederland aanzienlijk meer uit aan langdurige zorg dan Zweden en vooral Denemarken. In het rapport *Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië* (2019) werd dit ook gesignaleerd, met de belangrijke kanttekening “..dat internationale vergelijkingen altijd lastig zijn als gevolg van verschillende definities die gehanteerd worden.”¹ (p. 7). Naar aanleiding van deze constatering heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) van de Tweede Kamer der Staten-Generaal aan Vilans gevraagd om een verdiepende analyse van kostenverschillen tussen enerzijds Nederland en anderzijds Denemarken en Zweden. De vraag van de Kamercommissie gaf aan dat het onderzoek de volgende vijf vragen dient te beantwoorden:

1. Hoe loopt de financiering van de langdurige zorg in Denemarken en Zweden? Hoe wordt bijvoorbeeld omgegaan met de kapitaallasten en hoe wordt omgegaan met eigen bijdragen?
2. Op welke wijze zijn de totale kosten van de langdurige zorg in Denemarken en Zweden opgebouwd?
3. Wat verklaart de verschillen in kosten voor langdurige zorg tussen Scandinavische landen en Nederland - zowel nu, als in lange termijn prognoses - die naar voren komen in cijfers van onder meer de OECD (zie o.a. ook figuur 1 in het rapport van Vilans uit april 2019)?
4. Wat verklaart het verschil in kosten tussen Nederland enerzijds en Denemarken / Zweden anderzijds, ondanks relatief gelijke demografie? In hoeverre spelen daarbij factoren zoals bijvoorbeeld technologie, lagere grondprijzen, meer informele zorg, of minder zorg?
5. Hoe beïnvloedbaar zijn - vanuit het beleid gezien - de geconstateerde verschillen in kosten?

In deze verdiepingsstudie worden deze vragen beantwoord op basis van gegevens van de OECD, aangevuld met gegevens van nationale statistiekbureaus en informatie van experts in de drie landen en bij de OECD. Het zwaartepunt van de analyse ligt bij de voorliggende vraag: *zijn de verschillen in uitgaven aan de langdurige zorg werkelijke verschillen of (deels) het gevolg van definitieverschillen en verschillen in volledigheid?* De reden voor dit accent is dat tijdens het onderzoek twijfels rezen over de volledigheid van de OECD-cijfers over vooral de Deense uitgaven aan de langdurige zorg.

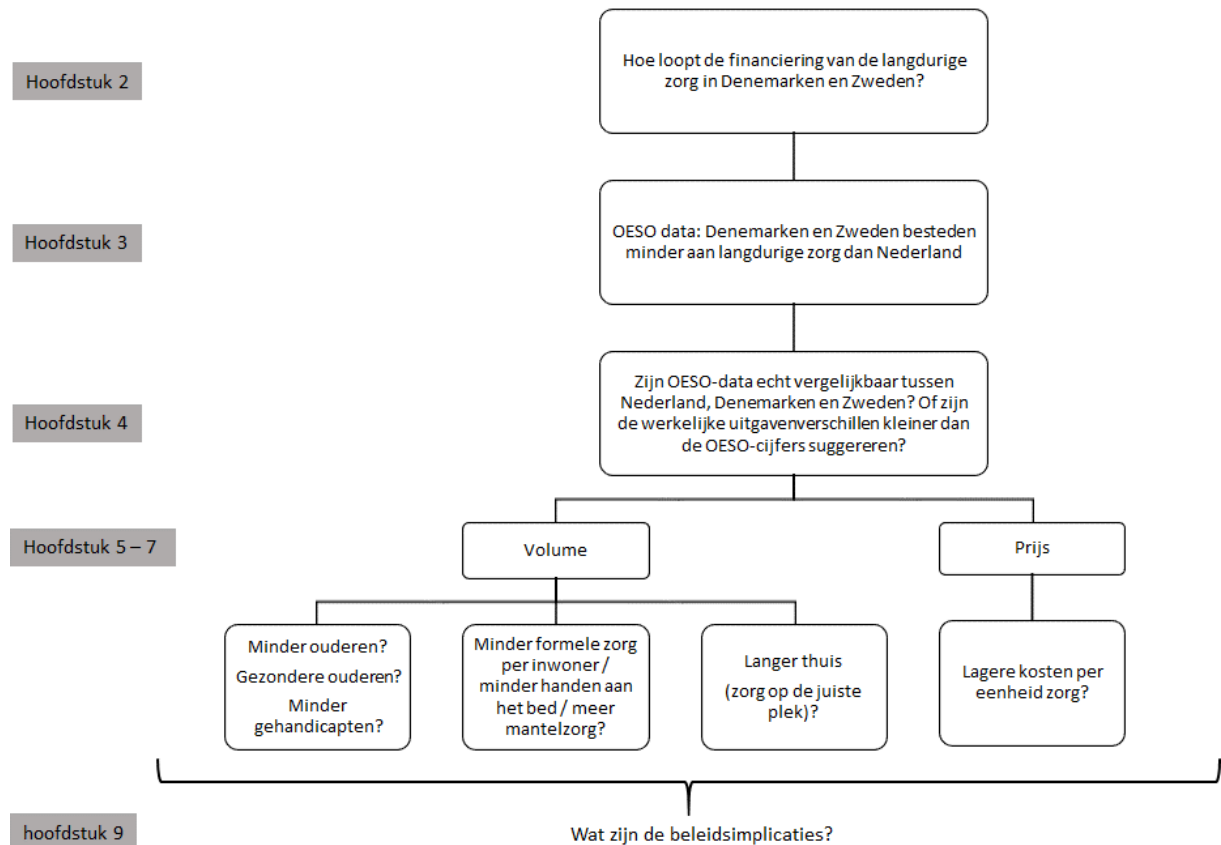
De analyse in dit rapport volgt de stappen in onderstaande figuur. In een apart hoofdstuk (8) gaan we in op lange-termijn ramingen van de uitgaven aan de langdurige zorg.

Figuur 3 noemt technologie niet als mogelijke verklaring. De reden voor deze omissie is dat we hier niet op in konden gaan: gegevens over het gebruik van technologie in de langdurige zorg ontbreken. Hoewel beleidsmakers in beide vergelijkingslanden grote ambities uitspreken ten aanzien van technologie, zijn er geen cijfers of publicaties over de daadwerkelijke realisatie en opschaling

¹ Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië, Vilans 2019.

daarvan - laat staan over kostenbesparingen dankzij technologie. Het blijft bij hypothetische modelanalyses van bijvoorbeeld potentiële besparingen bij invoering van een Digital Health Care Model. In beleidsdocumenten (ook gebruikt in het eerdere rapport) is wel terug te vinden dat Denemarken en Zweden verder zijn in het stroomlijnen van informatie, waardoor deze gemakkelijker uitgewisseld kan worden tussen professionals en instanties. Dit zou de efficiëntie kunnen vergroten, maar opnieuw ontbreken harde cijfers. Ook kunnen we niet vaststellen of de vergelijkingslanden verder zijn met het toepassen van technologie (in de volle breedte) dan wij hier in Nederland.

Figuur 3. Opbouw rapport



Het laatste jaar van de vergelijkende analyse in dit rapport is 2017, omdat dit het meest recente jaar is met min of meer volledige gegevens voor elk van de drie landen. De recentere verhoging van de Nederlandse uitgaven aan de verpleeghuiszorg is dus nog niet meegenomen in deze cijfers. Op de totale collectieve uitgaven aan de langdurige zorg in 2017 van ongeveer 30 miljard euro is dit een toename van maximaal 7%, of maximaal een kwart procent van het BBP.

2. De Deense en Zweedse stelsels voor langdurige zorg

2.1. Vooraf

Dit hoofdstuk geeft een korte schets van de manier waarop in Denemarken en Zweden de langdurige zorg is geregeld. De samenvatting is gebaseerd op het rapport 'Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië: Op zoek naar bronnen voor duurzame vernieuwing' van Vilans (2019). Voor een uitgebreidere beschrijving van de Deense en Zweedse stelsels verwijzen we naar dat rapport.

2.2. Denemarken

Het Deense stelsel: historische context en leidende waarden

Vergrijzing en andere maatschappelijke veranderingen waren zo'n dertig jaar geleden reden voor een keerpunt in visie en beleid in Denemarken. Zo lang mogelijk thuis blijven wonen werd het uitgangspunt voor zowel ouderen als mensen met een beperking. Dit resulteerde in de-institutionalisering en een stop van de bouw van traditionele verpleeghuizen.

Nationaal, regionaal, lokaal

De gezondheidszorg en het sociaal domein in Denemarken zijn georganiseerd in drie politieke en bestuurlijke lagen: de rijksoverheid, de regio's en de gemeenten. Het Deense stelsel wordt gekenmerkt door een verregaande decentralisatie richting de vijf regio's en 98 gemeenten. De rijksoverheid is verantwoordelijk voor het scheppen van de kaders van de gezondheids-, ouderen- en gehandicaptenzorg. Dit doet ze via wetgeving, monitoring en financiering. Rijk, regio's en gemeenten maken jaarlijks afspraken over financiële doelstellingen voor het regiobudget en de daaruit betaalde diensten. Budgetten worden vastgesteld op basis van regionale behoeften, het aantal zorgafhankelijke patiënten/cliënten en het aantal diagnoses en vereiste verrichtingen. De gemeenten betalen de rest en hebben daarnaast de mogelijkheid om zelf via belastingen middelen te innen die voor de zorg ingezet kunnen worden.

Financiering

De Deense gezondheidszorg en het sociaal domein worden grotendeels (84%) publiek gefinancierd. Gemeenten heffen zelf belastingen, maar ontvangen ook middelen van de Rijksoverheid. Dit gebeurt op basis van een vereveningssysteem. De Rijksoverheid en de gemeentelijke overheden financieren eveneens de regio's voor een belangrijk deel voor de curatieve zorg. De overige 16% wordt gefinancierd door eigen bijdragen van patiënten. Hoewel gemeenten autonoom opereren, bestaat er wel een landelijk maximum voor de gemeentelijke uitgaven aan thuiszorg.

Gemeenten verantwoordelijk

Zorg, wonen en ondersteuning voor ouderen en mensen met beperkingen in wat in Nederland als het sociale domein wordt aangeduid (*social care*) zijn een verantwoordelijkheid van de 98 gemeenten. Door de sterke decentralisering in Denemarken beslissen gemeenten zelf over hun dienstenaanbod. Wel moeten de gemeenten kunnen garanderen dat diensten alleen worden aangeboden als hier een

indicatie voor is. Ook de eerstelijnszorg valt onder de verantwoordelijkheid van gemeenten en is sterk gericht op het ondersteunen van mensen zodat zij zelfredzaam blijven, op preventie en op de bevordering van een gezonde leefstijl. De Denen hebben collectief recht op kosteloze medische hulp van de huisarts, en medische hulp van medisch specialisten in private praktijken (mits in bezit van een doorverwijzing van een huisarts). Zowel de huisarts als de gemeente kunnen het eerste contactpunt van de patiënt zijn, waarmee zij fungeren als poortwachter tussen de eerste- en tweedelijnszorg.

Door de sterke decentralisatie hebben gemeenten een grote autonomie bij de organisatie van thuiszorg. Gemeenten zijn verplicht om naast de gemeentelijke aanbieder van thuiszorg, minimaal één andere particuliere zorgverlener in hun aanbod te hebben. In 2017 maakte 33% van de thuiszorgcliënten gebruik van een private zorgaanbieder. Er bestaan geen landelijke standaarden voor de frequentie van thuiszorgdiensten. Het is aan gemeenten zelf om dit te bepalen.

Woonvormen

Met de de-institutionalisering is een grote verscheidenheid aan huisvesting voor ouderen en mensen met een beperking ontstaan.

- *Geclusterde woonvormen*: Om de onafhankelijkheid van ouderen te stimuleren, zijn er geclusterde woonvormen (*'plejeboliger'*), waarbij wonen en zorg gescheiden zijn. Deze woningen hebben voor elke bewoner een eigen badkamer en keuken, en zijn verbonden aan een centrum met gezamenlijke voorzieningen. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de bouw van deze *'plejeboliger'*. De bewoners zijn huurders van de gemeente en ontvangen zorg die gefinancierd is door de gemeente. Deze geclusterde voorzieningen zijn 24 uur per dag bemenst door zorgprofessionals. Ouderen die fysiek of mentaal niet (meer) functioneren en speciale en uitgebreide hulp nodig hebben, mogen zelf beslissen of zij willen verhuizen naar deze huisvesting. Ook voor mensen met een beperking bestaan er *'plejeboliger'*.
- *Community living* komt sinds 1987 steeds meer voor. Hierbij wonen mensen in hun eigen woning, met elkaar op een terrein. Ze organiseren samen activiteiten, bereiden maaltijden voor en delen ook ruimtes. De bewoners kennen elkaar goed en helpen elkaar waar nodig. Zo kunnen ze ook samen, indien nodig, zorg en ondersteuning organiseren. Dit alles maakt het makkelijker om zelfstandig thuis te kunnen blijven wonen, met behulp van ondersteuning vanuit de community. De vraag naar dit soort woningen (*'bofællesskaber'*) in seniorwoongemeenschappen is de afgelopen jaren sterk gegroeid. De woningen kunnen zowel publiek als privaat gefinancierd zijn. Ze zijn eigendom van de bewoners zelf of van een corporatie. Een klein deel wordt verhuurd door private partijen.
- *Aangepaste ouderenwoningen*: ouderen met verminderde fysieke functies kunnen in Denemarken bij de gemeente een aanvraag indienen voor het huren van een aangepaste ouderenwoning (*'ældrebolig'*). De woningen zijn voorzien van onder meer een lift en aanpassingen voor rolstoelgebruikers.

- *Tussenvormen*: sommige gemeenten hebben woonvormen opgezet voor mensen die geen ziekenhuishulp behoeven, maar tijdelijk ook niet thuis kunnen wonen. Deze mensen kunnen hier een kortere periode verblijven en intensieve zorg ontvangen. Ook zijn er hospices. Deze worden georganiseerd door de regio's en betaald vanuit regionale en gemeentelijke budgetten.

2.3. Zweden

Het Zweedse stelsel: historische context en leidende waarden

Evenals het Deense stelsel kenmerkt het Zweedse zorgsysteem zich door de-institutionalisering, normalisatie en decentralisatie. Het Zweedse gezondheids- en sociale beleid is sterk gericht op zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Daarnaast is er veel aandacht voor dat iedereen goede gezondheid kan ervaren en dat inwoners goed gehuisvest zijn. Begrippen als 'normalisatie' en 'inclusie' zijn bepalend voor hoe Zweden aankijkt tegen mensen met een beperking (gelijke burgers) en wat dit betekent voor het beleid (geen uitsluiting).

Nationaal, regionaal, lokaal

Net als in Denemarken zijn in Zweden de gezondheidszorg en het sociaal domein georganiseerd in drie bestuurlijke lagen: nationaal, regionaal en lokaal (290 gemeenten). De nationale overheid stuurt door middel van etten, beleidsplannen, handreikingen en een politieke agenda. Ook voorziet zij in toezicht middels de Inspectie voor de sociale- en gezondheidszorg (IVO). De regionale overheid (in de *County Councils*) is verantwoordelijk voor het grootste deel van de gezondheidszorg. Onder dit regionale niveau valt de kortdurende, geavanceerde en klinisch medische zorg aan ouderen en mensen met een beperking onder verantwoordelijkheid van de *County Councils*. De gemeenten zijn op lokaal niveau verantwoordelijk voor thuiszorg en intramurale zorg voor ouderen en mensen met beperkingen. Doordat lokale overheden beslissen over belasting en budgetten, lokale doelen en richtlijnen, bestaat er grote lokale variatie.

Financiering

De gezondheidszorg en sociale ondersteuning worden in Zweden voor het overgrote deel betaald vanuit belastingen. Gemeenten en *County Councils* bekostigen zo'n 90% van de zorg vanuit belastingen. Het gaat hier om lokale belastingen (gemeente). Vervolgens wordt zo'n 5% aangevuld vanuit de landelijke overheid, als belastingen niet toereikend zijn voor de gehele financiering van de zorg. De overige 5% komt vanuit eigen bijdragen van cliënten, die vanaf 2017 maximaal 219,- euro per maand bedragen.

Gemeenten verantwoordelijk

Evenals in Denemarken is de zorg voor ouderen en mensen met beperkingen in Zweden decentraal georganiseerd. Gemeenten zijn sinds de jaren '90 verantwoordelijk voor de zorg voor zowel ouderen als mensen met een beperking. Verschillende partijen bieden zorg: naasten (al dan niet betaald), publieke en private zorgaanbieders. Sinds 2009 is de wet Keuzevrijheid in de Publieke Sector ('Law on System of Choice in the Public Sector') van kracht. Deze wet maakte het verschillende aanbieders

makkelijker om de markt te betreden en zorg en ondersteuning voor ouderen te realiseren. Uitgangspunten hierbij zijn dat 1) mensen die zorg nodig hebben, kunnen kiezen tussen aanbieders, en 2) er geen grote prijsverschillen zijn tussen aanbieders: er wordt - binnen omschreven kaders - geconcurrereerd op kwaliteit, niet op prijs. Gemeenten kopen zorg in bij private zorgaanbieders via een aanbestedingsprocedure. De gemeente betaalt de zorgaanbieder waar de cliënt diensten afneemt, en baseert het bedrag daarvoor op een 'timesheet' die de cliënt ondertekent bij de start van de ondersteuning. Tarieven voor de publieke en private zorgaanbieders worden binnen gemeenten gelijk gehouden. Hiermee wordt gestimuleerd dat aanbieders gaan concurreren op kwaliteit, en niet op kosten.

Zo lang mogelijk thuis

Een van de doelen van de zorg en ondersteuning aan ouderen en mensen met beperkingen is dat deze mensen zo lang mogelijk thuis een normaal, onafhankelijk leven kunnen leiden. De Social Services Act (SoL) schrijft al sinds 1982 aan gemeenten voor dat zij ondersteuning naar behoefte voor alle inwoners moeten organiseren. Voor ouderen die thuis wonen zijn er verschillende vormen van ondersteuning. Volgens de Zweedse overheid maakt zo'n 19% van de bevolking van 65+ gebruik van een vorm van ondersteuning, waarvan 60% bestaat uit thuishulp en 23% van diensten in specifieke voorzieningen. Voor ondersteuning thuis zijn er verschillende diensten: hulp in het huishouden, persoonlijke verzorging, sociale ondersteuning, hulp met medicatie en revalidatie, en kant-en-klaar maaltijden aan huis. Gemeenten bieden ook dagactiviteiten voor ouderen en mensen met beperkingen die behoeften hebben aan stimulatie en rehabilitatie. Dit is met name bedoeld voor mensen met dementie of verstandelijke beperkingen. Voor mensen die niet (meer) zelfstandig met het openbaar vervoer kunnen reizen is een vervoersdienst beschikbaar.

Intramurale ouderenzorg

Hoewel het Zweedse beleid sterk gericht is op zo lang mogelijk thuis wonen, bestaan er ook intramurale voorzieningen. Een gemiddelde intramurale zorgwoning bestaat uit verschillende units (verdiepingen) waar acht tot twaalf mensen wonen. Zij hebben een eigen kamer of klein appartement met eigen meubilair. De bewoner wordt gezien als huurder. Meer dan 95% van de bewoners heeft een eigen badkamer en meer dan 80% heeft een eigen keuken. In deze woningen zijn de zorgmedewerkers meestal ook verantwoordelijk voor zowel persoonlijke zorg, huishoudelijke taken en sociale ondersteuning.

Woonvoorzieningen voor mensen met een beperking

De 'Law regulating Support and Service to Persons with Certain Functional Disabilities' (LSS) beschrijft verschillende varianten van (ondersteuning in) woonvoorzieningen voor mensen met een beperking. Gemeenten zijn volgens deze wet verplicht om in goede leefomstandigheden te voorzien. Naast de zorg en ondersteuning die in de reguliere thuissituatie geboden kan worden, beschrijft de LSS ook kort verblijf, wonen in '*family homes*', woningen met speciale diensten voor kinderen en jongeren, en woningen voor volwassenen.

3. Uitgaven aan langdurige zorg: OECD-cijfers

3.1. Definitie langdurige zorg

De OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development), in Nederland aangeduid als OESO (Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling), is de belangrijkste bron van zorgcijfers voor internationale vergelijkingen. In hoeverre de OECD-cijfers over de uitgaven aan langdurige zorg een goed beeld geven van de uitgavenverschillen tussen de drie landen waar we ons hierop richten, is een vraag die in dit hoofdstuk uitgebreid aan de orde komt. We presenteren eerst de OECD-cijfers, zowel collectief als totaal, zonder nu al in te gaan op de vergelijkbaarheid van deze gegevens tussen de drie landen. Vooruitlopend op de conclusie in het volgende hoofdstuk zal in dit hoofdstuk af en toe de disclaimer staan ‘volgens de gegevens van de OECD’.

Alvorens de cijfers te presenteren is het van belang aan te geven wat de OECD wel en niet tot de langdurige zorg rekent. Een uitgebreide toelichting op de afbakening en definities van langdurige zorg zoals de OECD die hanteert staat in de OECD-publicatie “A System of Health Accounts 2011, Revised edition (SHA)”. In dit rapport zal hiernaar worden verwezen als SHA2011.

De SHA2011 maakt binnen de langdurige zorg een onderscheid tussen *long term care (health)* en *long term care (social)*. Het CBS gebruikt hiervoor de termen gezondheidsgerelateerde langdurige zorg en welzijnsgerelateerde langdurige zorg. Dit onderscheid is cruciaal, omdat de internationale vergelijkbaarheid van de twee componenten verschilt, zo blijkt uit dit onderzoek. De OECD geeft aan dat beide componenten kunnen worden opgeteld om de totale uitgaven aan de langdurige zorg te berekenen, en dit is dan ook wat doorgaans gedaan wordt.² De door ons geconsulteerde expert bij de OECD adviseerde ons echter juist de vergelijking te beperken tot de health-component, omdat alleen deze component internationaal goed vergelijkbaar is. We komen hier nog op terug in hoofdstuk 4.

De SHA2011 definieert *long-term care (health)* als volgt: “Long-term care (health) consists of a range of medical and personal care services that are consumed with the primary goal of alleviating pain and suffering and reducing or managing the deterioration in health status in patients with a degree of long-term dependency.” De ‘social’ component van langdurige zorg omvat volgens de SHA2011 de ‘hotelfunctie’ van intramurale zorg, huishoudelijke hulp, dagbesteding, en vervoer van en naar dagbesteding.³ Ook PGB’s vallen hieronder.⁴

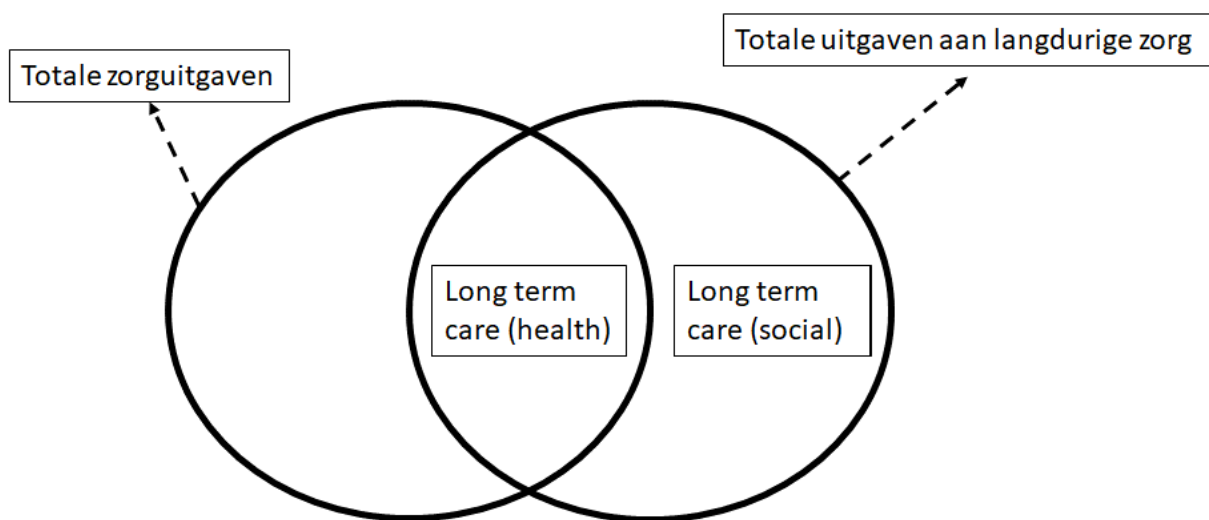
² Zie de SHA2011: “The health and social care components, HC.3 and HC.R.1, can be summed up to obtain a total value of long-term care (LTC).” (SHA 2011, p. 114).

³ “Subsidies to residential services (as well as expenditure on accommodation) in assisted living arrangements and other kinds of protected housing for persons with functional limitations (as well as residential services for people who suffer from mental retardation, mental illness or substance abuse problems as well as homes for physically and mentally disabled people); housekeeping services, day-care social services for dependent persons; and transport to and from day-care facilities or similar social services for persons with functional limitations...” (p. 114).

⁴ “Social care benefits in the form of transfers provided to individual persons and households..” (p. 114).

De SHA2011 geeft ook aan dat het in de praktijk lastig kan zijn om het onderscheid tussen ‘health’ en ‘social’ te maken.⁵ Dit is niet onbelangrijk, want bij de bepaling van de totale zorguitgaven van een land neemt de OECD alleen de health-component mee, zie figuur 4. Dit is een zogeheten Venn-diagram, waarbij de linker cirkel de totale zorguitgaven volgens de OECD-definitie weergeeft en de rechtercirkel de totale uitgaven van de langdurige zorg, eveneens volgens de OECD-definitie. De overlap tussen beide cirkels geeft aan welk deel van de uitgaven aan de langdurige zorg wordt meegenomen in de totale zorguitgaven. Dit is alleen dat deel dat door de OECD wordt aangemerkt als gezondheidsgerelateerde langdurige zorg (long term care (health) volgens de OECD-terminologie).

Figuur 4. OECD neemt alleen de ‘health’ component mee bij totale zorguitgaven



3.2. Afbakening

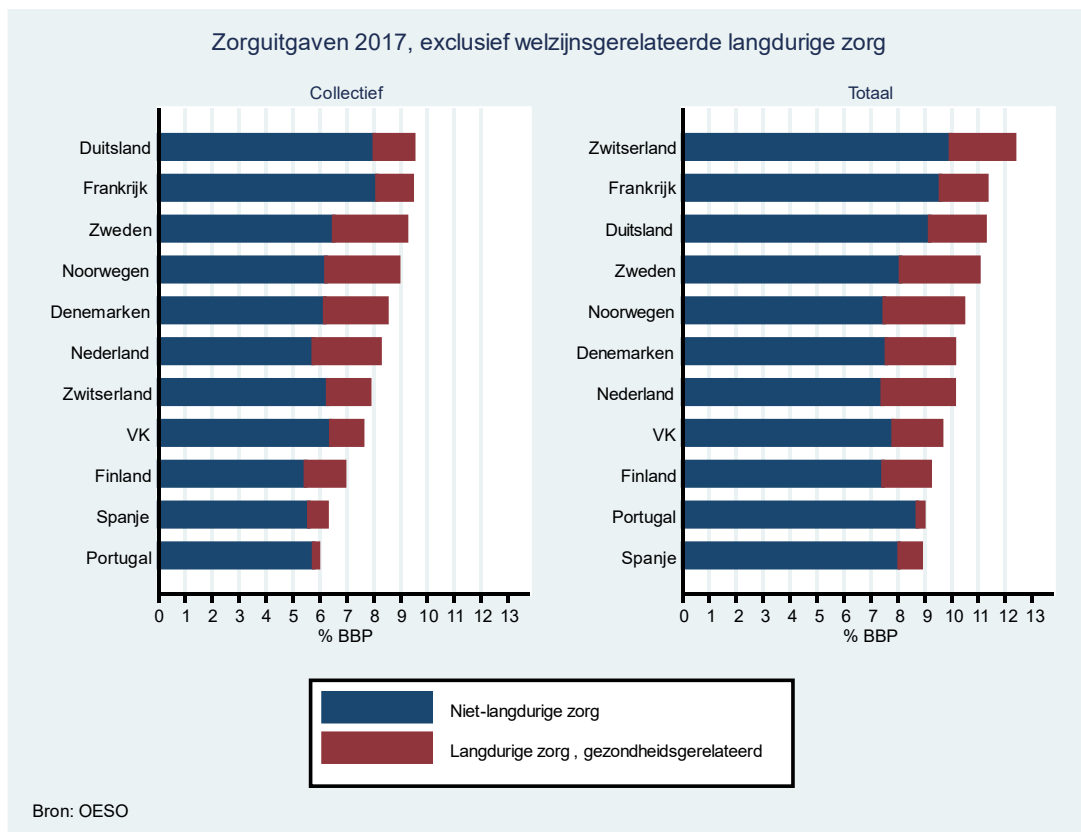
De SHA2011 verwijst nergens expliciet naar ouderenzorg, maar uit de manier waarop de meeste OECD-indicatoren zijn gedefinieerd (vaak per hoofd van de bevolking van 65plus) blijkt dat de OECD-cijfers sterk gericht zijn op de ouderenzorg. De gehandicaptenzorg rekent de OECD ook tot de langdurige zorg (OECD SHA2011, p. 403). Bij de afbakening van intramurale langdurige zorg (‘Residential long term care facilities’) wordt gehandicaptenzorg eveneens expliciet genoemd: ‘Residential care activities for the elderly *and disabled*.’ Ook intramurale psychiatrische zorg en verslavingszorg vallen volgens de SHA2011 onder de langdurige zorg (OECD SHA2011, p. 114).

⁵ “However, due to differing administrative, financing and provision standards, the national boundaries of long-term care may not necessarily be aligned with the SHA-defined boundaries” (p. 92).

3.3. Uitgaven langdurige zorg in procenten van het BBP, 2017

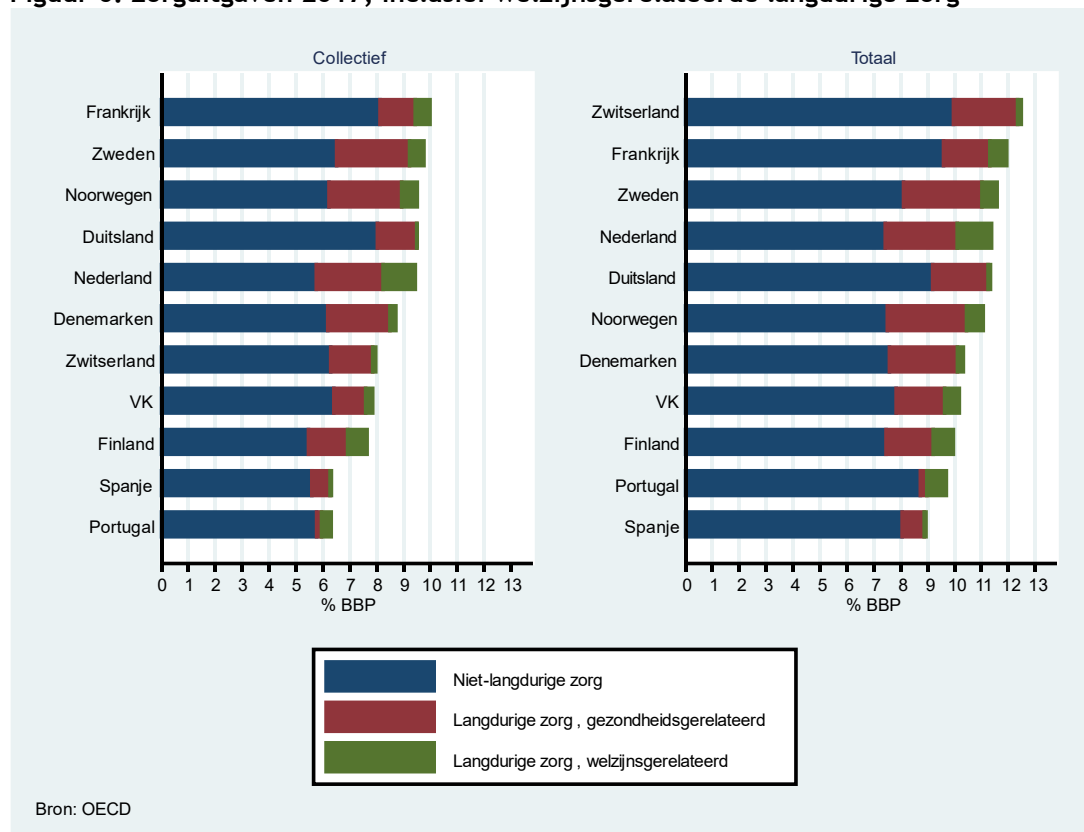
Figuur 5 is gebaseerd op de OECD-data voor 2017, het laatste jaar waarvoor min of meer complete gegevens beschikbaar zijn. De landen zijn geselecteerd aan de hand van twee criteria: 1. Qua welvaartsniveau redelijk vergelijkbaar met Nederland; 2. Complete gegevens over uitgaven aan langdurige zorg. Dat levert voor de totale zorguitgaven als percentage van het BBP volgens de OECD-definitie, dus zonder de welzijnsgerelateerde langdurige zorg, het beeld op in figuur 5. Nederland staat op de 6^e plaats wat betreft de collectieve zorguitgaven en op de 7^e plaats wat betreft de totale zorguitgaven.

Figuur 5. Zorguitgaven 2017, exclusief welzijnsgerelateerde langdurige zorg



Als ook de welzijnsgerelateerde uitgaven aan de langdurige zorg worden meegenomen resulteert het beeld in figuur 6. Nederland stijgt in de internationale ranglijst naar de 5^e plaats (collectieve zorguitgaven of 4^e plaats (collectieve zorguitgaven)).

Figuur 6. Zorguitgaven 2017, inclusief welzijnsgerelateerde langdurige zorg

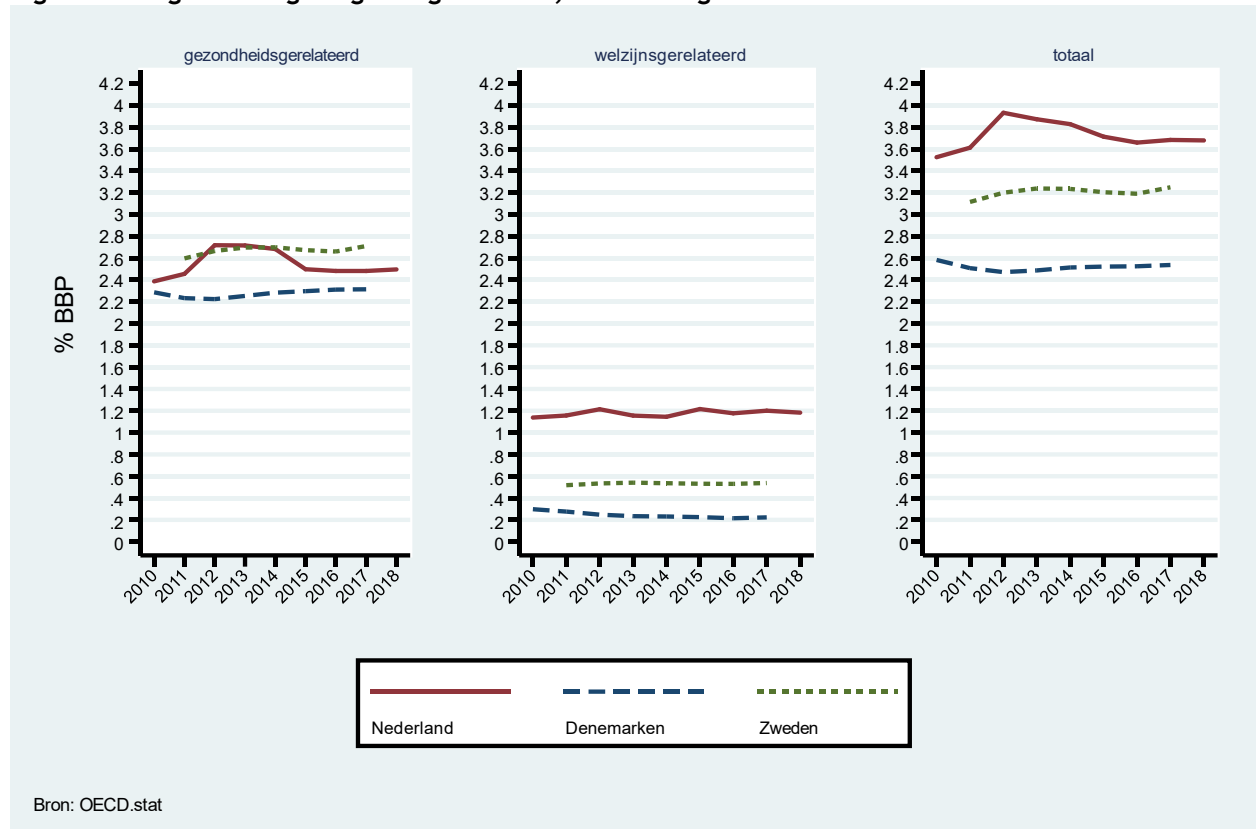


Terzijde: vergelijking van de linker- en rechterpanelen in figuur A1 en A2 maakt duidelijk dat de internationale positie van Nederland nauwelijks wordt beïnvloed door het feit dat Nederland meer collectief financiert dan andere landen: dit scheelt slechts 1 plaats op de ranglijst.

3.4. Nederland, Denemarken en Zweden

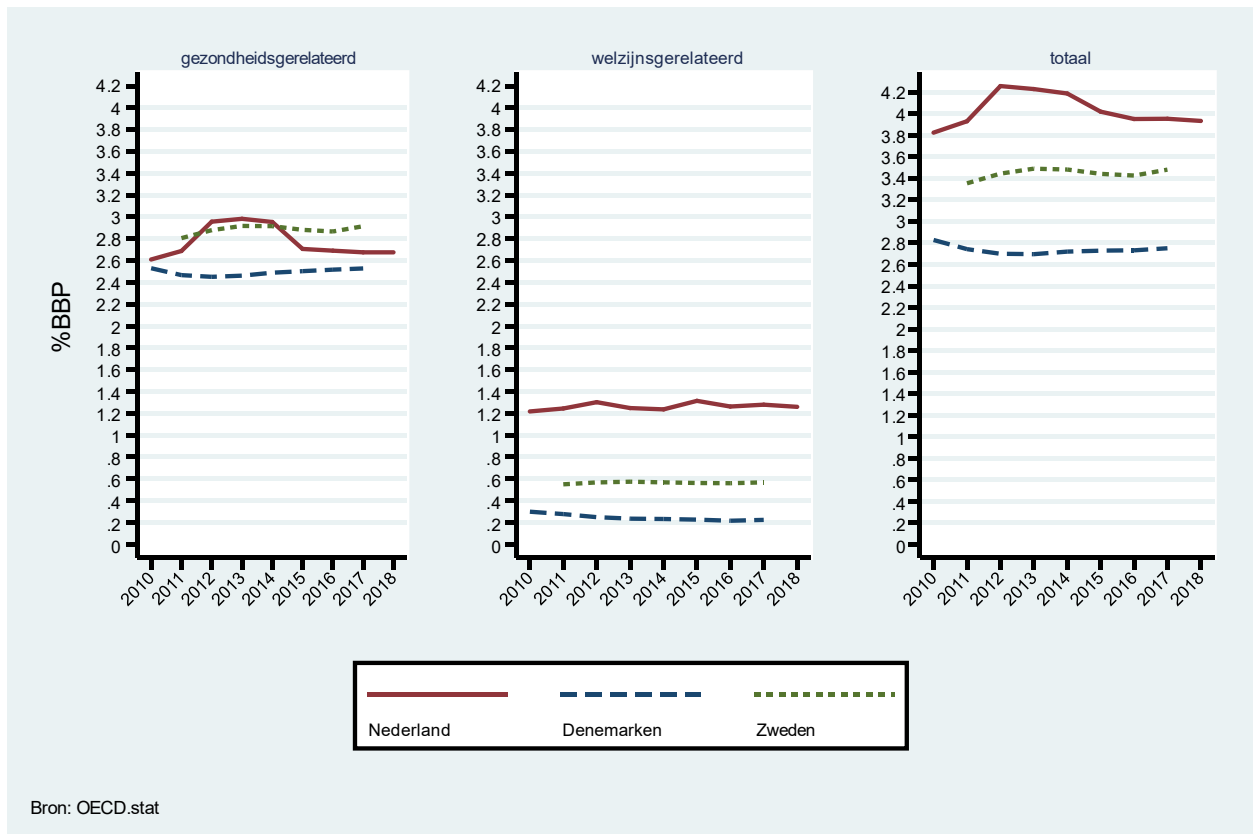
Volgens de OECD-cijfers lagen de collectieve uitgaven aan de langdurige zorg in Nederland in 2017 1,2% van het BBP hoger dan in Denemarken en 0,5% BBP hoger dan in Zweden (zie het rechterpaneel in figuur 7 - voor Denemarken en Zweden is 2017 het laatste jaar waarvoor de OECD-database gegevens bevat op het moment van schrijven. Om dit cijfer wat reliëf te geven: 1,2% van het Nederlandse BBP komt overeen met bijna 10 miljard euro. Deze verschillen waren in 2012 nog iets groter. Het verschil is - zoals we nog zullen laten zien - vrijwel uitsluitend toe te wijzen aan de component die door de OECD als *social spending on long term care* wordt aangeduid, en door het CBS als welzijnsgerelateerde uitgaven (het middenpaneel in figuur 3). Bij de andere component, *health related spending on long term care* (CBS: gezondheidsgerelateerde uitgaven), zijn de verschillen met Denemarken en Zweden erg klein (het linkerpaneel in figuur 7).

Figuur 7. Uitgaven langdurige zorg in % BBP, collectief gefinancierd



Dit beeld verandert niet als we in plaats van de collectieve uitgaven de totale uitgaven aan de langdurige zorg meenemen, zie figuur 8. In elk van de drie landen liggen gedurende de hele periode 2010-2017 de collectieve uitgaven ongeveer 0,2% tot 0,3% BBP onder de totale uitgaven. Eigen betalingen en eigen bijdragen zijn vrijwel altijd 0,2% BBP in elk van de drie landen, met als enige uitzondering Nederland in 2013 en 2014, toen dit percentage volgens de OECD-cijfers kortstondig op 0,3% BBP lag.

Figuur 8. Uitgaven langdurige zorg in % BBP, totaal



Omdat de welzijnsgerelateerde uitgaven aan langdurige zorg niet worden meegenomen in het totaalcijfer en omdat landen ook niet verplicht zijn deze component aan te leveren aan de OECD, ontbreken voor veel landen in de OECD-databank gegevens over deze component van de uitgaven aan langdurige zorg. In de Nederlandse zorgcijfers zoals het ministerie van VWS, het Centraal Planbureau en andere instanties die hanteren wordt deze component wél meegenomen. Dat is geen detail: Nederland gaf in 2017 1,3% van het BBP uit aan de welzijnsgerelateerde component van de langdurige zorg (1,2% exclusief eigen betalingen en bijdragen).

Scheiden van wonen en zorg en collectieve zorguitgaven aan de langdurige zorg

In Denemarken en Zweden betalen gebruikers van intramurale zorg huur en andere hotelkosten.⁶ Deze kosten moeten volgens de OECD worden meegenomen bij de totale uitgaven aan langdurige zorg (uiteraard niet bij de collectieve uitgaven, hoewel de SHA2011 dit niet expliciet aangeeft). Volgens de door ons geconsulteerde Deense expert volgt Denemarken de OECD-richtlijn op dit punt. De OECD presenteert geen aparte gegevens over de huurinkomsten in de intramurale zorg, maar een eenvoudige berekening maakt duidelijk dat scheiden van wonen en zorg geen heel groot effect kan hebben op de collectieve uitgaven aan de langdurige zorg. Schattingen van wat in Nederland aan huur zou kunnen worden gevraagd aan een bewoner van een verpleeghuis komen zeker niet uit boven de 500 euro per maand, of 6.000 euro per jaar.⁷ Als we uitgaan van ongeveer 200.000 gebruikers in Nederland, dan komt dit neer op huuropbrengsten van 1,2 miljard euro per jaar, of 0,15% BBP.⁸ Dit is ongeveer 3% van de totale uitgaven aan de langdurige zorg. Of al dan niet sprake is van scheiden van wonen en zorg maakt dus niet veel uit voor de collectieve uitgaven aan de langdurige zorg.

3.5. Uitgaven langdurige zorg in euro per hoofd van de bevolking

Figuren 9 en 10 zijn identiek aan figuren 7 en 8 op één punt na: de uitgaven zijn nu niet uitgedrukt in procenten van het BBP maar in euro per hoofd van de bevolking. Hiertoe zijn bedragen in Deense en Zweedse kronen omgerekend in euro volgens de gemiddelde wisselkoers in het betreffende jaar (tjreedreksen van wisselkoersen zijn beschikbaar op de OECD-website).⁹ Omdat het BBP per hoofd in Denemarken en Zweden iets hoger is dan in Nederland, resulteert dit in een relatieve daling van de uitgavenlijn voor Nederland ten opzichte van de andere twee landen. De gezondheidsgerelateerde uitgaven van Nederland liggen bij deze meetmethode *onder* die van Denemarken en Zweden (het

⁶ Zie ook Leichsenring (2020): “Care in residential facilities is subject to fees. Beneficiaries pay rent for the units they inhabit, which can be quite considerable depending on the municipality. In addition, residents in nursing homes pay fees to cover the costs of some services such as laundry, meals and medication. Help with personal care and domestic tasks are not subject to fees.”

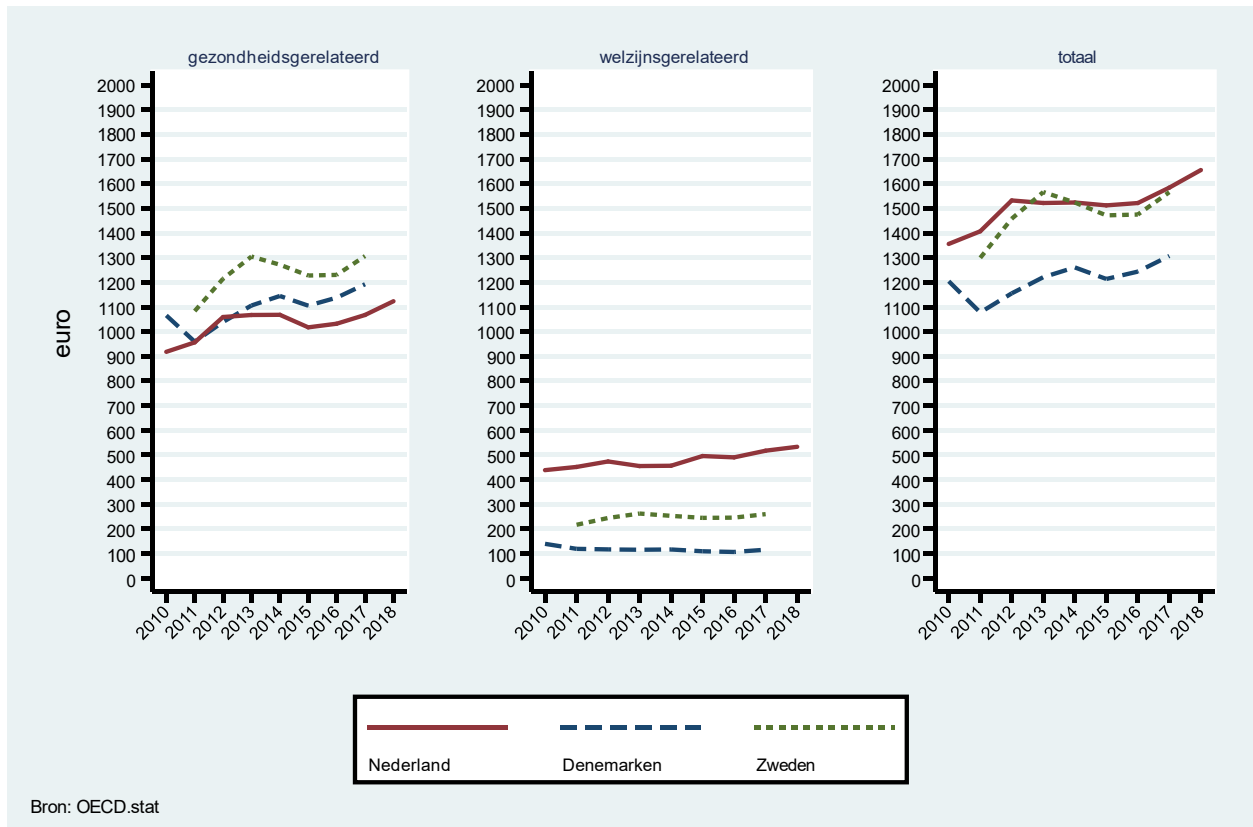
⁷ Bron: RIGO (2008). Citaat: “De bewoners betalen voor de wooneenheden gemiddeld € 195 tot € 275 per maand aan huur bij 70%, resp. 100% van de maximale huur. De netto woonlasten (inclusief servicekosten, lokale heffingen en huurtoeslag) komen op € 310 tot 350 per maand (bij 70% resp. 100% van maximaal toegestaan).”

⁸ Het Centraal Planbureau (CPB) komt in Zorgkeuzes in Kaart (2015) nog veel lager uit, omdat daarin aangenomen wordt “... dat de private uitgaven (inclusief eigen bijdrage) maximaal 400 miljoen euro kunnen stijgen. Dat is een stijging van ongeveer 25%, wat per persoon gemiddeld neerkomt op bijna 2000 euro per jaar.” Bovendien gaat het CPB ervan uit dat scheiden van wonen en zorg leidt tot een meer divers intramuraal woningaanbod wat de WLZ aantrekkelijker maakt. Dit zou volgens het CPB een aanzuigende werking hebben wat de besparing op de collectieve zorguitgaven deels weer ongedaan maakt.

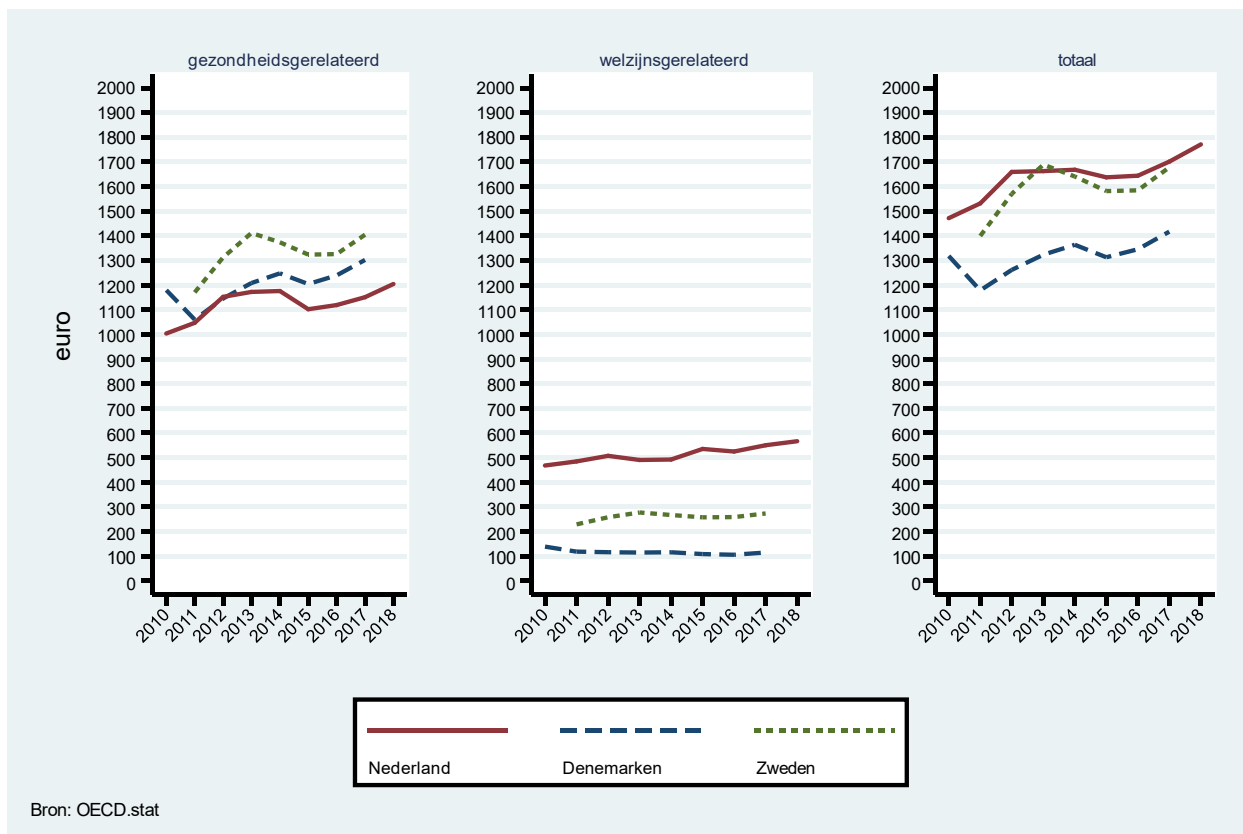
⁹ Soms worden voor deze omrekening zogeheten koopkrachtpariteiten gebruikt. Bij deze aanpak wordt gecorrigeerd voor internationale prijsverschillen. Zie bijvoorbeeld Lorenzoni en Koechlin (2017). Citaat: “When PPPs are used to convert expenditure to a common unit, the results are valued at a uniform price level and should reflect only differences in volumes of goods and services consumed in countries.” Omdat we hier geïnteresseerd zijn in het totale effect van internationale verschillen in zowel prijzen als volumes op zorguitgaven, zou omrekening van kronen naar euro's via koopkrachtpariteiten een verkeerd beeld geven. Later in dit rapport proberen we beide componenten (volume-effecten en prijseffecten) juist apart te meten. Zie ook nogmaals figuur 1.

linkerpaneel in figuren 7 en 8). Omdat de welzijnsgerelateerde uitgaven aan langdurige zorg in Nederland ook volgens deze meetmethode veel hoger zijn dan in beide andere landen, zijn de totale uitgaven aan langdurige zorg in euro per capita toch nog ongeveer 300 euro per jaar per hoofd hoger dan in Denemarken. Tussen Zweden en Nederland is er volgens de OECD-cijfers geen verschil in de totale uitgaven aan langdurige zorg uitgedrukt in euro per hoofd van de bevolking. Dit geldt voor zowel de collectieve uitgaven als de totale uitgaven.

Figuur 9. Uitgaven langdurige zorg per capita, collectief gefinancierd



Figuur 10. Uitgaven langdurige zorg per capita, totaal



3.6. Welke meetmethode verdient de voorkeur?

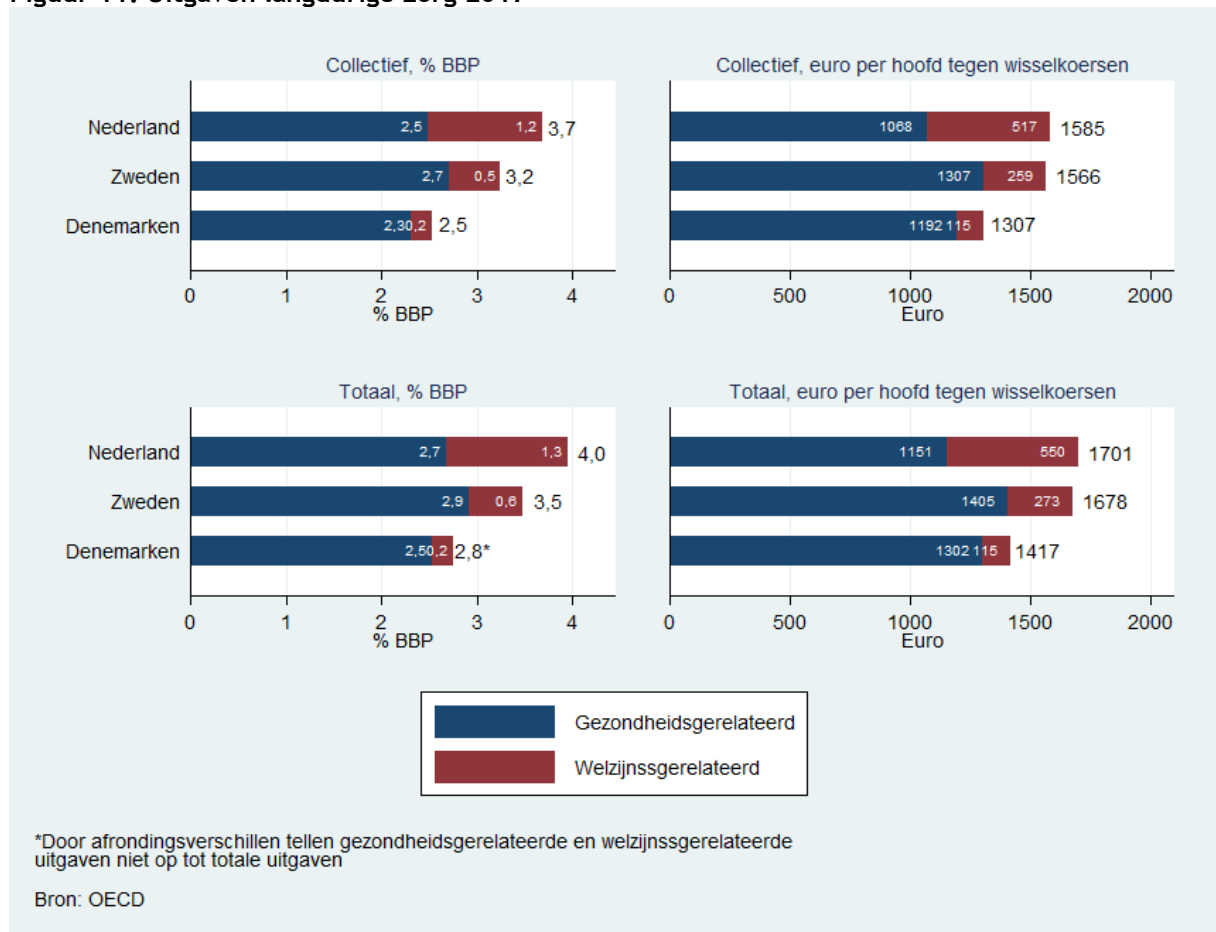
Het is gebruikelijk om bij internationale vergelijkingen van de zorguitgaven de eerste meetmethode te kiezen, dus uitgaven als percentage van het BBP. De reden is vooral praktisch: dit voorkomt de noodzaak om uitgaven om te rekenen naar dezelfde munteenheid. Daarnaast corrigeert deze methode voor verschillen in welvaart, hetgeen wenselijk is als het doel is na te gaan of de zorguitgaven passen bij het welvaartsniveau van een land. Voor het bepalen van internationale verschillen in zorguitgaven en voor het analyseren van de oorzaken van die uitgavenverschillen verdient echter de tweede methode de voorkeur. Immers, stel dat het zorgvolume in twee landen identiek is maar de prijzen/tarieven zijn, puur door ondoelmatigheid, tweemaal zo hoog in het ene land dan in het andere land. Stel dat dat land ook een tweemaal zo hoog BBP per hoofd heeft. Dan zouden de zorguitgaven identiek zijn volgens de eerste methode, maar tweemaal zo hoog volgens de tweede methode. Meer technisch: alleen bij de tweede methode tellen verschillen in volumes vermenigvuldigd met verschillen in prijzen op tot het verschillen in uitgaven (en dat is uiteraard wenselijk als het doel is verschillen in uitgaven te verklaren).

3.7. Focus op peiljaar 2017

Zoals opgemerkt in de inleiding van dit hoofdstuk is op het moment van schrijven (februari 2020) 2017 het laatste jaar in de OECD-data met gegevens voor Denemarken en Zweden (voor Nederland is 2018 het laatste jaar). Figuur 11 geeft voor 2017 een overzicht van de uitgaven aan de langdurige zorg in de drie landen, met verschillende afbakeningen en zowel in % BBP als in euro per hoofd van de bevolking, en apart voor gezondheidsgelateerd (*health* in OECD-terminologie) en welzijnsgerelateerd (*social* in OECD-terminologie). Figuur 11 bevat dezelfde gegevens als figuren 9-9, maar dan alleen voor het jaar 2017 en met de bijbehorende getallen. De figuur maakt nog eens duidelijk dat het beeld identiek is voor de collectieve en de totale uitgaven: volgens beide afbakeningen geeft Nederland in procenten van het BBP meer uit dan beide vergelijkingslanden, maar is het verschil met Zweden in uitgaven per capita verwaarloosbaar. En in beide gevallen zijn de hogere Nederlandse uitgaven vrijwel geheel toe te schrijven aan (veel) hogere uitgaven aan welzijnsgerelateerde uitgaven. Dit laatste is van belang, omdat zoals zal blijken in het volgende hoofdstuk, vooral de vergelijkbaarheid van deze component in de OECD-data twijfelachtig is.¹⁰

¹⁰ De Nederlandse collectieve uitgaven aan de langdurige zorg kwamen volgens deze cijfers in 2017 uit op 3,7% van het BBP. Volgens het Centraal Planbureau bedroegen de collectieve uitgaven aan de Wlz en de Wmo in dat jaar eveneens 3,7% van het BBP. Centraal Planbureau, Bijlagen bij de Middellangetermijnverkenning 2022-2025, november 2019 (excel bestand). De internationale cijfers en de Nederlandse cijfers voor de langdurige zorg komen in dat jaar dus goed met elkaar overeen.

Figuur 11. Uitgaven langdurige zorg 2017

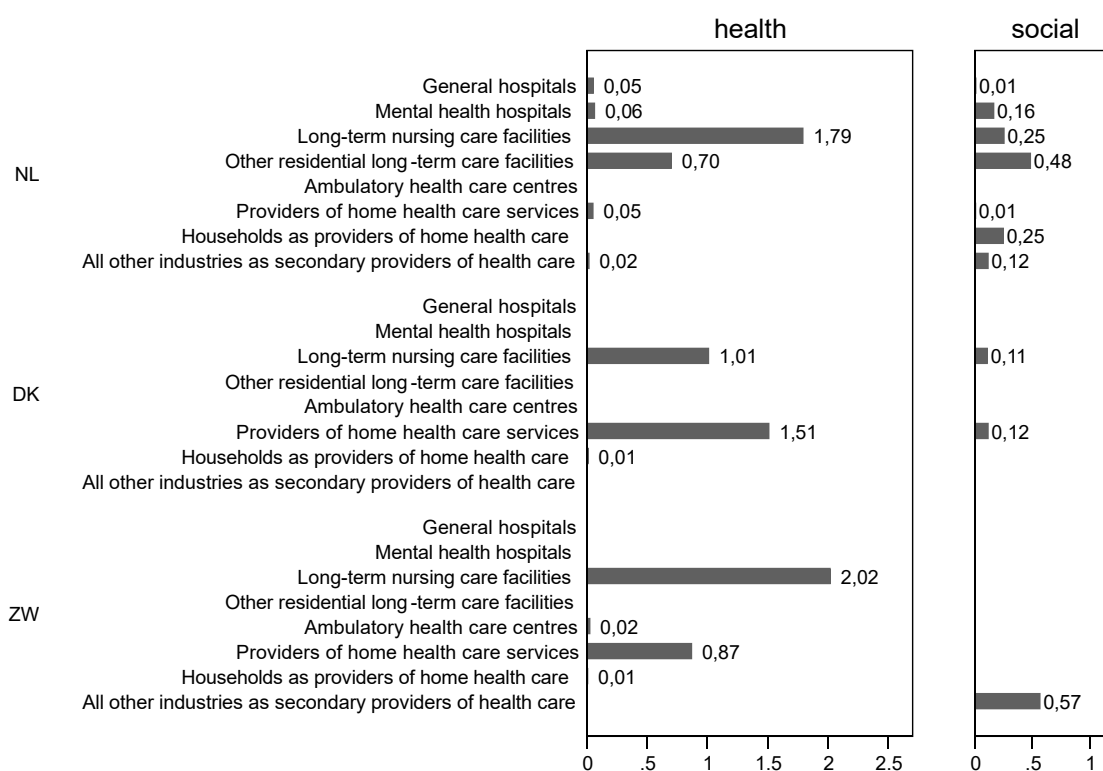


4. Geven de OECD-cijfers een correct beeld van de verschillen in uitgaven?

4.1. Waarom deze vraag?

Zoals opgemerkt in het Vilans-rapport (2019) zijn internationale vergelijkingen van zorguitgaven lastig als gevolg van definitieverschillen. Daar komt nog bij dat niet alle landen even volledig lijken te zijn bij het aanleveren van gegevens, of in ieder geval de gegevens niet in dezelfde mate van detail aanleveren. De uitsplitsing van de uitgaven aan langdurige zorg naar aanbieder in figuur 12 laat dit duidelijk zien (in de figuur zijn de Engelse termen gehandhaafd omdat deze niet altijd een op een in het Nederlands zijn te vertalen). Voor Nederland is op basis van CBS-cijfers een nog gedetailleerdere uitsplitsing mogelijk, naar zowel aanbieder als soort zorg, zie bijlage 2.

Figuur 12. Uitgaven aan langdurige zorg, % BBP, 2017, naar aanbieder en health/social



Bron: OECD.stat

Wat opvalt in figuur 12 is dat voor Nederland veel meer items zijn ingevuld dan voor de andere landen, zowel bij gezondheidsgerelateerde uitgaven als bij welzijnsgerelateerde uitgaven.¹¹ Dit roept de

¹¹ Opvallend is ook dat Nederland nauwelijks iets rapporteert bij aanbieders van thuiszorg. De verklaring is dat Nederlandse aanbieders van thuiszorg doorgaans deel uitmaken van een concern dat ook verpleeghuiszorg aanbiedt. Conform de richtlijnen van de OECD worden de thuiszorgactiviteiten dan geboekt bij de dominante activiteit van het concern en dat is vrijwel altijd verpleeghuiszorg. Zie tabel B1 in bijlage 2.

vraag op of in Denemarken sprake is van onderrapportage: zijn de uitgaven in Denemarken en Zweden in werkelijkheid wellicht hoger dan wat aan de OECD is gerapporteerd?¹² Met onderrapportage bedoelen we dat de werkelijke uitgaven hoger zijn dan de uitgaven gerapporteerd aan de OESO. Onderrapportage kan verschillende oorzaken hebben, waaronder definitieverschillen, en het ontbreken van gegevens.

Andere relevante observaties op basis van figuur 12 zijn:

1. Alleen Nederland rapporteert uitgaven aan langdurige zorg door ziekenhuizen, de andere twee landen geven hier volgens de OECD-cijfers niets aan uit. De uitsplitsing in figuur 12 laat zien dit vooral *mental health hospitals* betreft, waartoe volgens de SHA2011 ook verslavingsklinieken behoren.¹³ Dit roept de vraag op waar deze zorg statistisch is ingedeeld in Denemarken en Zweden. Mogelijk is dit bij de curatieve zorg, maar dit is op basis van de beschikbare cijfers niet na te gaan. In dat geval leidt dit tot een overschatting van het verschil in uitgaven aan langdurige zorg met Nederland. Als we aannemen dat de werkelijke uitgaven aan deze zorg in Zweden en Denemarken net zo hoog zijn als in Nederland, is de omvang van deze overschatting bijna 0,3% BBP.
2. Denemarken rapporteert veel lagere uitgaven aan intramurale zorg, bijna een vol procent van het BBP onder die in Nederland en Zweden. Dit kan niet het gevolg zijn van het scheiden van wonen en zorg omdat de huurinkomsten zijn meegenomen bij de totale uitgaven aan intramurale zorg. Bovendien zijn de financiële effecten hiervan veel te klein om een vol procent van het BBP te kunnen verklaren (zie paragraaf 3.5). We komen nog terug op een mogelijke verklaring van dit verschil, namelijk dat de uitgaven aan gehandicaptenzorg in Denemarken in mindere mate zijn meegenomen dan in Nederland.
3. Hier staat tegenover dat Denemarken juist aanzienlijk méér uitgeeft aan thuiszorg dan Nederland (en Zweden). De uitgaven aan thuiszorg zijn volgens deze gegevens 0,4% BBP hoger dan in Nederland. Deze constatering, gekoppeld aan de lagere uitgaven aan intramurale zorg, suggereert dat Denemarken verder is gevorderd met extramuralisering dan Nederland. Zoals hiervoor aangegeven is het aannemelijk dat een deel van de thuiszorg in Nederland door aanbieders wordt geleverd die ook verpleeghuiszorg aanbieden. De thuishkosten zijn dan bij intramurale zorg geboekt. De nadere analyse in paragraaf 4.3 van de Deense uitgaven aan de langdurige zorg cijfers wijst bovendien uit dat de werkelijke uitgaven aan langdurig zorg in Denemarken niet veel lager zijn dan in Nederland.

¹² Volgens door ons geconsulteerde experts bij de OECD en het CBS is het ontbreken van items in figuur 12 op zichzelf geen bewijs voor onderrapportage: het is mogelijk dat Denemarken en Zweden de uitgaven elders binnen de langdurige zorg hebben geboekt. Voor Zweden is dit inderdaad plausibel, in ieder geval voor een deel van de uitgaven: rechts onderin figuur 12 staat de post 'all other industries' en die is bij Zweden met 0,6% BBP veel groter dan in de andere twee landen. De door ons geraadpleegde expert bij de OECD merkt hierover op: "Social LTC is exclusively reported under secondary providers of health care. This could refer to dedicated assisted living facilities. The fact that social LTC is not reported elsewhere is not necessarily related to reporting gaps but can refer to the way the system is organised and data available."

¹³ "This item comprises licensed establishments that are primarily engaged in providing diagnostic and medical treatment and monitoring services to inpatients who suffer from severe mental illness or substance abuse disorders.", OECD, SHA2011, p. 132.

4. Opvallend is dat in Zweden andere bedrijfstakken dan gezondheidszorg een vrij belangrijke rol spelen (dit is de post *All other industries as secondary providers of health care*, 0,6% BBP in Zweden). De SHA2011 merkt over deze post het volgende op: “This subcategory includes organisations that offer health care as a secondary activity, e.g. occupational health care services provided within enterprises, providers of social care with occasional health services or patient transport services provided by taxis. This category of secondary providers varies greatly among countries, depending on accreditation and licensing rules.” In Nederland is deze post 0,1% BBP, het gaat hier waarschijnlijk deels om taxidiensten/vervoer. In Denemarken staat bij deze categorie in de toelichting: “Not possible to identify”.¹⁴ Ook dit leidt tot een onderschatting van de uitgaven aan langdurige zorg in Denemarken. Als we het Nederlandse cijfer hier aanhouden, betekent dit een overschatting van het verschil met Nederland van 0,1% BBP. In Zweden moet deze post meer activiteiten omvatten dan in Nederland.
5. Uit figuur 12 blijkt dat PGB's nauwelijks voorkomen in Zweden en Denemarken (dit is de post *Households as providers of home health care*). Dit is in lijn met andere publicaties en nationale bronnen, zie onderstaand tekstkader, Een mogelijkheid is dat Zweedse en Deense ouderen en gehandicapten die in Nederland een PGB zouden hebben gekregen deze zorg zelf betalen, afzien van zorg, zorg ontvangen van (onbetaalde) mantelzorgers, van een thuiszorgorganisatie of van een intramurale aanbieder, of via de sociale zekerheid inkomenssteun genieten om zelf zorg in te schakelen. Om dit te onderzoeken is een nadere analyse nodig naar het zorggebruik van deze groep ouderen en gehandicapten in Denemarken en Zweden. Voor zover ons bekend is een dergelijke analyse nog niet uitgevoerd.

Persoonsgebonden budgetten (PGBs) in Zweden en Denemarken

Voor **Denemarken** staat op Stat.dk in de tabel “Social expenditure by time, measure and type of benefits, 2017” bij “Care allowances to relatives (disability)” voor 2017 een bedrag van 696 miljoen Kroon in de kolom cash benefits net, dat is bijna 100 miljoen euro. Dit is 0,033% van het BBP, afgerond 0,0%. Bij de categorie “elderly” komt deze post niet voor. Ter vergelijking: in **Nederland** werd in 2017 alleen al via de Wlz 1,8 mld euro uitgegeven aan PGBs. Daar komen de uitgaven via de Wmo nog bij. Hierover zijn geen recente landelijke cijfers beschikbaar. Op basis van de uitgaven in 2014 (het laatste jaar waarvoor gegevens beschikbaar zijn) schatten we deze uitgaven op minstens 1 mld euro. Daarmee komen de uitgaven aan PGBs in Nederland op 0,35% van het BBP (0,23% BBP voor alleen de PGBs ex Wlz).

Over **Zweden** merkt een recente landenstudie van de Europese Commissie het volgende op: “Cash benefits (which play a very marginal role in the Swedish LTC system) for family carers are also decided upon locally and are not provided everywhere” (Europese Commissie, ESPN Thematic Report on Challenges in long term care - Sweden, 2018). De meest gedetailleerde uitsplitsing op de website van Statistics Sweden van gemeentelijke uitgaven is de tabel “Costs and incomes of municipal services for the elderly and persons with disabilities. Year 2014 - 2018”. Hierin staat inderdaad niets over cash benefits.

¹⁴ Metadata (SHA2011), Denmark, 2019 (excel bestand).

4.2. Zweden: uitgavenverschil met Nederland gering

Volgens de OECD-data gaf Nederland in 2017 0,5% van het BBP meer uit aan de langdurige zorg dan Zweden (zie nogmaals figuur 11).¹⁵ De door ons geconsulteerde expert bij het CBS gaf aan dat dit uitgavenverschil zo gering is dat dit goed aan definitie- en meetverschillen kan liggen. Zo is de manier waarop de Zweedse cijfers worden geconstrueerd anders dan in Nederland: in Nederland bottom-up, op basis van zoveel mogelijk bronnen waaronder jaarverslagen van instellingen, in Zweden top-down, uit nationale rekeningen, en deze bevatten minder gedetailleerde gegevens. Bovendien is het verschil in uitgaven tussen Zweden en Nederland geheel toe te schrijven aan hogere (gerapporteerde) uitgaven aan welzijnsgerelateerde langdurige zorg in Nederland. Zoals eerder opgemerkt is deze component minder goed vergelijkbaar tussen landen dan de cijfers over de gezondheidsgerelateerde component (zie hierna). Gemeten in euro per hoofd van de bevolking gaf Zweden 250 euro per hoofd van de bevolking meer uit aan de health component dan Nederland.

4.3. Focus op Denemarken

Voor Denemarken ligt dit anders. Zoals al is opgemerkt liggen volgens de OECD-cijfers de uitgaven aan de langdurige zorg in dat land in 2017 1,2 procent van het BBP lager dan in Nederland. Dit lijkt, ook volgens de door ons geconsulteerde expert, te groot om geheel verklaard te kunnen worden door definitie- en meetverschillen. Er zijn dan twee mogelijkheden: of Denemarken geeft inderdaad aanzienlijk minder uit aan de langdurige zorg dan Nederland (en Zweden), of de door de OECD gerapporteerde uitgaven aan de langdurige zorg in Denemarken zijn aanmerkelijk lager dan de werkelijke uitgaven aan de langdurige zorg in dat land.

Om deze laatste mogelijkheid te verkennen is allereerst nagegaan of de gegevens over de uitgaven aan de langdurige zorg op de website van het Deense statistiekbureau overeenkomen met de OECD-cijfers. Dit blijkt niet het geval te zijn: volgens het Deense statistiekbureau zijn de uitgaven aan de langdurige zorg in Denemarken bijna één procent van het BBP hoger dan volgens de OECD-cijfers, waarmee het verschil met Nederland verwaarloosbaar wordt, zie hierna. Deze bevinding is voorgelegd aan experts bij het Deense statistiekbureau, bij de OECD en bij het CBS. Ook hun reacties vatten we hieronder samen. De conclusie van deze nadere analyse van de Deense uitgavencijfers is dat de OECD-cijfers een onderschatting zijn van de werkelijke uitgaven aan de langdurige zorg in dat land. Vermoedelijk liggen de werkelijke uitgaven dicht in de buurt van de uitgaven aan de langdurige zorg in Nederland.

Uitgaven aan langdurige zorg volgens het Deense statistiekbureau.

Zoals opgemerkt in hoofdstuk 2 lopen de uitgaven aan langdurige zorg in Denemarken hoofdzakelijk via gemeenten. De website van het Deense statistiekbureau bevat een gedetailleerde uitsplitsing van

¹⁵ Nog iets preciezer: 0,45% van het BBP.

de gemeentelijke-uitgaven. Alle uitgaven die betrekking hebben op de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg staan in tabel 1. De selectie van posten is gecheckt bij een Deense expert.¹⁶

Tabel 1. Netto uitgaven aan langdurige zorg door Deense gemeenten volgens Statistics Denmark, % BBP, 2018

Item	% BBP
5.30.26 Home help for the elderly covered by free choice of supplier	0,53
5.30.27 Care etc. of primary elderly except for free choice of supplier	0,94
5.30.28 Home nursing	0,22
5.30.29 Preventative efforts and relief efforts aimed primary at elderly	0,11
5.30.31 Assistive devices, consumer goods, interior decoration and transportation to the elderly	0,09
5.30.36 Care benefits and assistance for medical articles and the like by care of dying in own homes	0,01
5.38.38 Home help for people with disabilities, etc. subject to free choice of supplier	0,06
5.38.39 Personal support and care of people with disabilities, etc	0,22
5.38.40 Counseling and advisory services	0,01
5.38.41 Assistive products, consumer goods, interior decoration and transportation for people with disabilities	0,07
5.38.42 Living arrangement offers etc. to people with special social problems	0,05
5.38.44 Alcohol treatment and treatment homes for alcohol damaged people	0,02
5.38.45 Treatment of drug addicts	0,04
5.38.50 Living arrangement offers for long term stay	0,26
5.38.51 Housing offers etc.	0,31
5.38.52 Living arrangement offers for temporary stay	0,21
5.38.53 Contact person and companion arrangements	0,02
5.38.54 Special places at psychiatric department	0,00
5.38.58 Protected employment	0,04
5.38.59 Activities and social arrangement offers	0,12
Totaal	3,3
wv ouderen	1,9
wv gehandicapten	1,5
Eigen bijdragen	0,2
Netto plus eigen bijdragen	3,5

Bron: Statistics Denmark, door ons uitgedrukt in % BBP.

Tabel 1 bevat de *netto*-uitgaven van de gemeenten, waarmee in dit geval wordt bedoeld de totale uitgaven voor het betreffende item opgeteld over alle gemeenten, minus de inkomsten van gemeenten voor het betreffende item. Die inkomsten betreffen zowel eigen bijdragen (behalve huurinkomsten), als betalingen van andere gemeenten via een soort vereveningssysteem.¹⁷ Eigen bijdragen (exclusief huur) zijn in de laatste regel toegevoegd. In totaal komen de gemeentelijke uitgaven aan langdurige zorg op 3,5% van het BBP, dat is 0,8% BBP meer dan volgens de OECD-cijfers

¹⁶ Citaat: "The items with 5.30.xx are all concerned with "Offers/Expenditures to elderly". The items with 5.38.xx are all concerned with "Offers to adults with special needs (disabled people)."

¹⁷ Volgens een expert van Statistics Denmark zou het gebruik van de bruto uitgaven leiden tot een dubbeltelling, omdat gemeenten betalingen aan andere gemeenten zelf ook boeken als uitgaven aan langdurige zorg.

(2,7% van het BBP). Dit is nog exclusief de uitgaven aan langdurige zorg in ziekenhuizen, in Nederland bijna 0,3% van het BBP. Als we deze uitgaven niet meenemen in Nederland komen de totale uitgaven aan langdurige zorg in Nederland in 2017 uit op 3,7% van het BBP. Op basis van de gemeentelijke uitgaven aan de langdurige zorg in Denemarken luidt de conclusie dat de uitgaven niet of nauwelijks onder die in Nederland liggen.¹⁸

Consultatie experts¹⁹

Bovenstaande conclusie is (als hypothese) voorgelegd aan experts bij het Deense statistiekbureau, bij het CBS en bij de OECD. Hun reacties vatten we samen in deze paragraaf.

Volgens de Deense expert bij Statistics Denmark die de data aan de OECD aanlevert is het zeer goed mogelijk dat in de cijfers niet alle componenten van de welzijnsgerelateerde uitgaven aan de langdurige zorg zijn meegenomen. Bovendien is Statistics Denmark, dat pas sinds kort verantwoordelijk is voor de aanlevering van de gegevens aan de OECD, voornemens om het productieproces van de gegevens grondig te herzien. Dit zal volgens de geconsulteerde expert waarschijnlijk ook resulteren in herzieningen van de gegevens voor eerdere jaren.

De expert bij het CBS die de Nederlandse data aanlevert bij de OECD gaf aan dat de uitgaven aan de welzijnsgerelateerde langdurige zorg niet behoren tot het begrip ‘health expenditure’ dat wordt gebruikt voor internationale vergelijking van gezondheidsuitgaven. Hierdoor leveren veel landen deze gegevens in het geheel niet aan, en veel landen slechts deels; EU-landen zijn ook niet verplicht om gegevens over de uitgaven aan de welzijnsgerelateerde langdurige zorg te leveren aan EUROSTAT, terwijl dat wel geldt voor de cijfers over ‘health expenditure’.

De OECD-expert op het terrein van de uitgavencijfers aan de langdurige zorg gaf aan dat het feit dat de welzijnsgerelateerde uitgaven in Denemarken zo laag zijn in vergelijking met andere Scandinavische landen kan wijzen op onderrapportage. Vanwege problemen rond de

¹⁸ Het Deense bureau voor statistiek geeft op haar website een uitsplitsing van de collectieve uitgaven die in Denemarken tot social protection worden gerekend (zie bijlage 3). Als we voor 2017 de posten “Support to activities for disabled people”, “Care and accommodation to disabled people as well as other help” en “Care and accommodation to elderly people as well as other help” optellen, komen we al op 3,6% BBP. Volgens de OECD-cijfers waren in 2017 de collectieve uitgaven aan langdurige zorg in Denemarken in 2,5% BBP, minstens 1,1% lager dan volgens de nationale cijfers. We hebben deze bevinding voorgelegd aan de persoon die volgens Statistics Denmark verantwoordelijk is voor deze gegevens. Haar reactie: “We don’t know if the expenditure in ESSPROS (European System of integrated Social PROtection Statistics) is related to long or non-long term care. The expenditures in the Danish ESSPROS is based on the government finance statistics. Most of the care for older and disabled people takes place in the local government (municipalities) and it is account information from the municipalities that is used for both Government finance statistics and ESSPROS. It is not possible to see if the expenditures are for long or non-long term care in the municipalities account.” Deze reactie versterkt het vermoeden dat in Denemarken op centraal niveau geen goed overzicht bestaat van de werkelijke uitgaven aan de langdurige zorg. Mogelijk is dit een gevolg van de decentralisatie van de langdurige zorg naar gemeenten.

¹⁹ Zie bijlage 1 voor een overzicht van de geconsulteerde experts.

vergelijkbaarheid van de welzijnsrelateerde component van de uitgaven raadt hij ons aan om de vergelijking te beperken tot de gezondheidsgerelateerde uitgavencomponent.

Ter aanvulling attendeerde de CBS-expert ons op een ongepubliceerd OECD-paper van oktober 2019 waarin wordt ingegaan op de internationale vergelijkbaarheid van gegevens over de uitgaven aan langdurige zorg.²⁰ De OECD heeft ons toestemming gegeven om uit dit paper, met de veelzeggende titel *A More Complete Picture of Long-Term Care Spending*, te citeren. Volgens dit paper is bij Denemarken niet alleen sprake van onderrapportage bij de welzijnsgerelateerde component, maar ook bij de gezondheidsgerelateerde component. Relevante citaten uit dit paper zijn de volgende: “LTC spending in Greece, Iceland, the Slovak Republic, Australia, Denmark, the Czech Republic, Poland is underestimated as some key functions for certain payers are missing.”

“Based on reporting of LTC by financing schemes a number of countries appear to substantially underestimate their LTC (health) spending figures, e.g. the United States, the Slovak Republic, Greece, Australia and Poland. This is also true for some countries at the other end of the scale such as Denmark (which may explain the significant difference in LTC spending to the other two Scandinavian countries) and Iceland (which is substantially below the average of Nordic countries).“

Conclusies onderrapportage Denemarken in OECD-data

De drie geconsulteerde experts bevestigen het beeld dat uit de gemeentelijke uitgaven aan langdurige zorg voor Denemarken naar voren komt: de werkelijke uitgaven aan langdurige zorg liggen in dat land veel hoger dan de uitgaven zoals die zijn gerapporteerd aan de OECD. Dit verschil wordt waarschijnlijk vooral veroorzaakt door onderrapportage van de welzijnsgerelateerde uitgaven (social spending on long term care).²¹ De OECD-expert adviseert ons daarom om de internationale vergelijking te beperken tot de gezondheidsgerelateerde uitgaven. Als we dit advies zouden opvolgen, dan zouden we moeten concluderen dat de uitgaven van de drie landen elkaar weinig ontlopen (zie nogmaals figuren 2-5 in het vorige hoofdstuk). Zoals eerder al is opgemerkt telt alleen deze component mee voor de internationale vergelijking van de totale zorguitgaven.

²⁰ A More Complete Picture of Long-Term Care Spending , DELSA/HEA/HS(2019)5 For Official Use, 1 October 2019. Working Party on Health Statistics, 2nd Meeting of the OECD Working Party on Health Statistics October 9-10, 2019, Paris.

²¹ Hoewel volgens het ongepubliceerde OECD-paper voor Denemarken ook sprake is van onderrapportage van de gezondheidsgerelateerde uitgaven aan langdurige zorg.

5. Demografische verschillen en gezondheidsverschillen

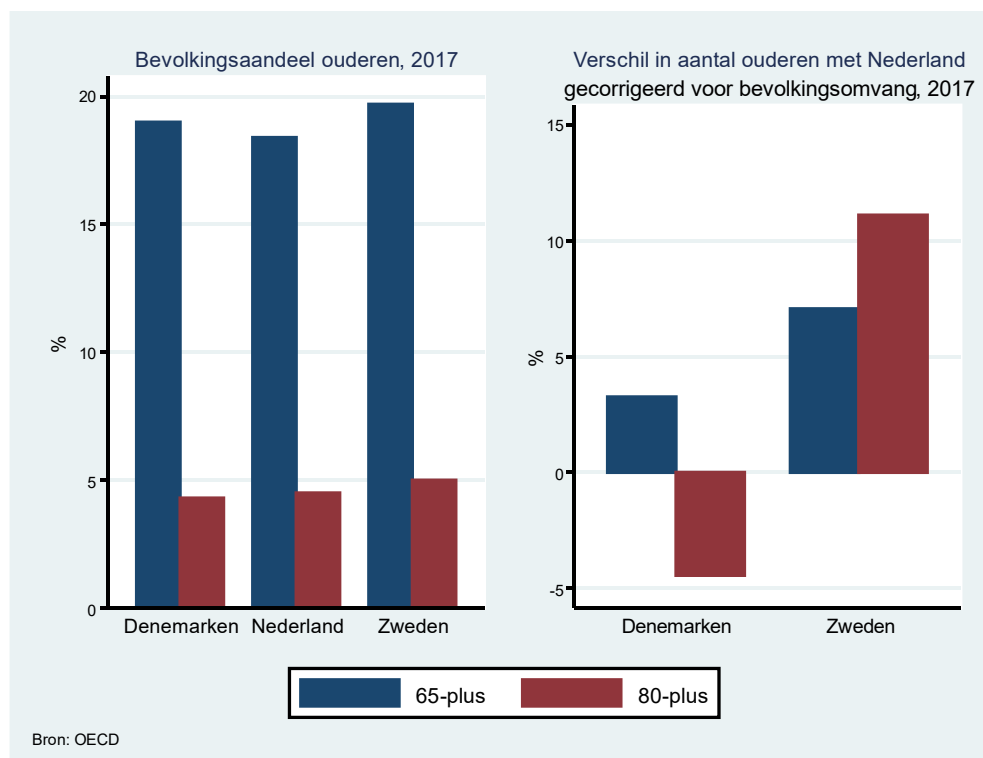
5.1. Motivatie voor deze analysestap

Ook als de uitgaven aan langdurige zorg in de drie landen nauwelijks van elkaar verschillen is het mogelijk dat Nederland *naar verhouding* meer uitgeeft. ‘Naar verhouding’ betekent dan: gecorrigeerd voor verschillen in demografie en gezondheid. De vergrijzing is in Nederland inderdaad minder ver gevorderd dan in Denemarken en Zweden (Vilans 2019, p. 6). Op grond hiervan mag verwacht worden dat de uitgaven in Nederland lager zijn. Als de feitelijke uitgaven toch even hoog zijn, wijst dit op naar verhouding hogere uitgaven in Nederland. In dit hoofdstuk laten we zien dat dit op zich correct is, maar dat het effect op de zorguitgaven klein is. Wat betreft gezondheidsverschillen laten we zien dat de verschillen met Denemarken klein zijn, maar dat Zweden beter scoort op een aantal indicatoren.

5.2. Demografische verschillen

Gecorrigeerd voor bevolkingsomvang heeft Denemarken 4,4% minder en Zweden juist 11,1% meer 80-plussers in 2017, zie figuur 13. Louter op basis van demografie zou Denemarken iets minder en Zweden juist ongeveer 10% meer moeten uitgeven aan langdurige zorg dan Nederland. Anders gezegd: zonder dit demografische ‘nadeel’ ten opzichte van Nederland zouden de uitgaven in Zweden 10% lager liggen dan feitelijk het geval is. Toegepast op de OECD-data in figuur 11 zouden de totale Zweedse uitgaven dan ruim 0,3% van het BBP lager liggen. Zie paragraaf 4.2 over het uitgavenverschil met Zweden.

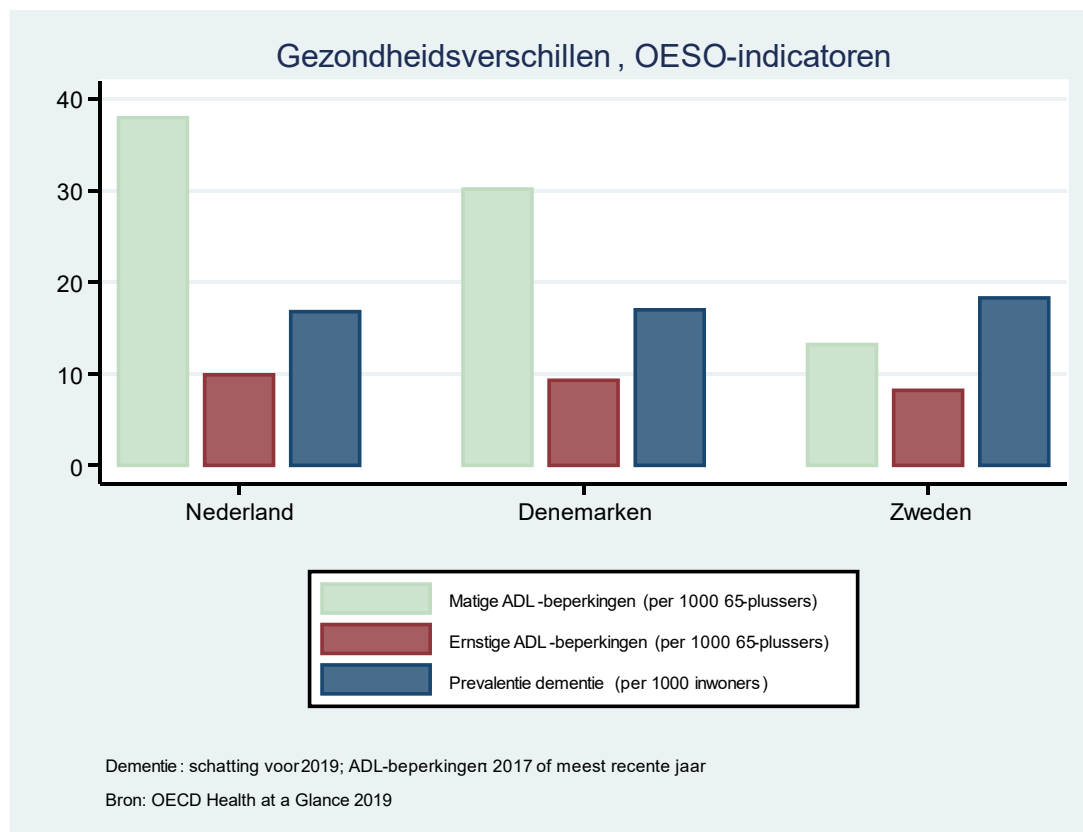
Figuur 13. Demografische verschillen



5.3. Gezondheidsverschillen

Ook gezondheidsverschillen tussen de drie landen maken het in theorie mogelijk dat Nederland naar verhouding toch meer uitgeeft aan langdurige zorg dan de andere twee landen. De beschikbare OECD-indicatoren laten geen grote verschillen zien, zie figuur 14. De verschillen in de antwoorden op de vraag over matige ADL-beperkingen zeggen waarschijnlijk niet zoveel, de antwoorden kunnen tussen landen verschillen om redenen als cultuur en taal.²² In vergelijking met Zweden is de prevalentie van dementie in Nederland iets lager, maar zijn er juist iets meer ouderen met ernstige ADL-beperkingen (*activities of daily living*).

Figuur 14. Gezondheidsverschillen volgens OECD-indicatoren

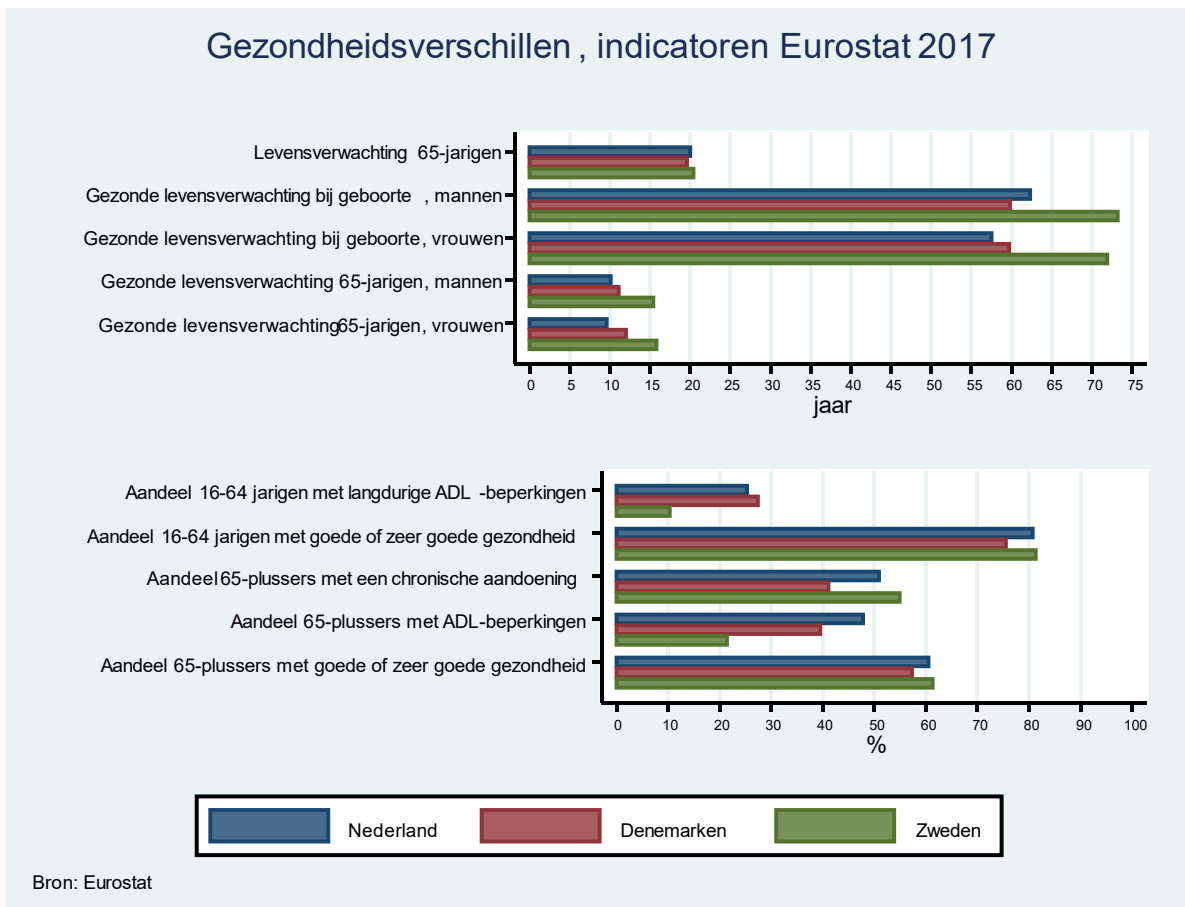


Eurostat publiceert een groter aantal gezondheidsindicatoren, zie figuur 15. De verschillen tussen Denemarken zijn bij alle indicatoren erg klein, maar Zweden scoort regelmatig beter dan beide andere landen. Voor de ADL-beperkingen geldt hierbij dezelfde kanttekening als al gemaakt is bij de OECD-indicatoren. Opvallend is wel de 5-jaar langere gezonde levensverwachting van Zweedse 65-jarigen vergeleken met Nederlandse 65-jarigen. Of dit een reëel verschil is of ook het gevolg van verschillen in meetmethode valt hier niet na te gaan. Maar als dit een reëel verschil is, dan zou dit kunnen

²² Zie OECD, Health at a Glance 2019, p. 222.

resulteren in een geringer beroep op langdurige zorg. Zoals zal blijken uit de analyse van volumegegevens in het volgende hoofdstuk is dit niet het geval.

Figuur 15. Gezondheidsverschillen volgens Eurostat-indicatoren



6. Volumeverschillen

6.1. Motivatie voor deze analysestap

De volgende stap in de analyse betreft volumeverschillen tussen de drie landen. Bij de volume-indicatoren kijken we naar de intramurale capaciteit, het aantal uren thuiszorg, het gebruik van mantelzorg en het aantal werkenden in de langdurige zorg. Deze vergelijking dient twee doelen:

1. Als extra check op de conclusie in het vorige hoofdstuk dat de uitgaven aan de langdurige zorg elkaar in werkelijkheid niet veel ontlopen in de drie landen. Als die conclusie correct is, dan mag het zorgvolume in de drie landen ook niet sterk uiteenlopen (tenzij die verschillen worden gecompenseerd door loon- en prijsverschillen, maar daarvoor bestaan geen aanwijzingen, zie het volgende hoofdstuk).
2. Om te verkennen of Denemarken en/of Zweden een andere mix kent van de totale uitgaven aan de langdurige zorg. Ook als dit niet heeft geresulteerd in lagere uitgaven zou dit toch een interessante beleidsconstatering zijn. Als bijvoorbeeld Denemarken veel meer zorg extramuraal aanbiedt zonder dat dit heeft geresulteerd in lagere uitgaven, dan is dit ook een beleidsrelevante bevinding (dit blijkt overigens niet het geval te zijn).

De volgende indicatoren worden bekeken dit hoofdstuk:

- Intramurale capaciteit
- Thuiszorg
- Mantelzorg
- Werkenden in de langdurige zorg

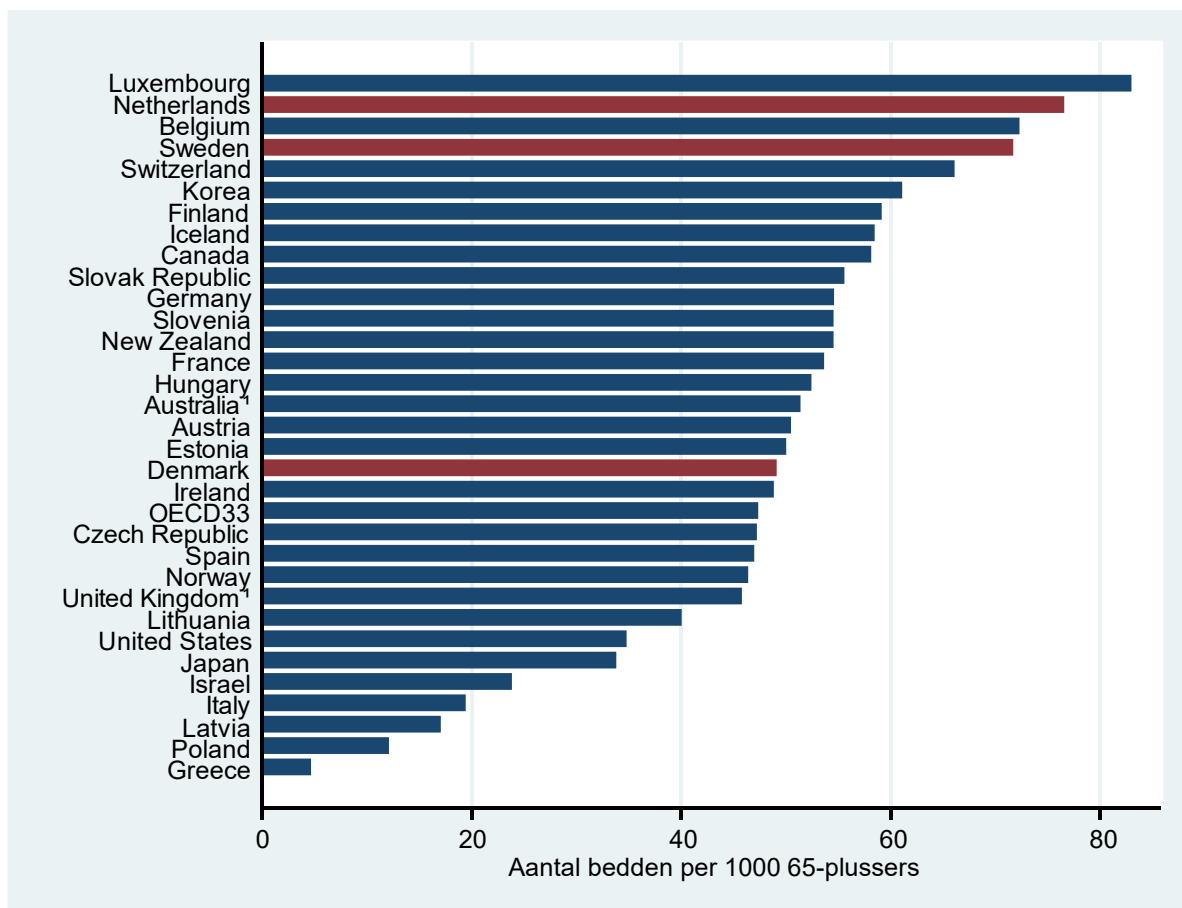
Om de verwachtingen alvast enigszins te temperen: ook bij deze gegevens is de internationale vergelijkbaarheid beperkt.

6.2. Intramurale capaciteit

Het beeld bestaat dat Nederland in vergelijking met andere landen veel intramurale zorg kent. Dit beeld lijkt bevestigd te worden door figuur 16, overgenomen uit de veelgeciteerde OECD-publicatie *Health at a Glance*. Volgens deze figuur is Nederland na Luxemburg het land met het hoogste aantal intramurale plaatsen van alle landen in de figuur. Ook Zweden zou een relatief hoog aantal intramurale plaatsen hebben, maar Denemarken veel minder. Overigens suggereert de noemer in de figuur (het aantal 65-plussers) dat alleen plaatsen voor ouderen zijn meegenomen. Dit is niet het geval: ook bedden in instellingen voor gehandicaptenzorg zijn meegenomen. Voor Nederland zijn dit ongeveer 80 000 bedden, een derde van het totaal. De totale intramurale capaciteit in Nederland die ten grondslag ligt aan de OECDcijfers in figuur 12 is 235 000 plaatsen. Dit is ongeveer 35 000 hoger dan het aantal personen dat volgens de website van het CBS op een peildatum in 2017 gebruik maakte van intramurale Wlz-zorg. Het verschil wordt deels (12 000 plaatsen) verklaard door geriatrische revalidatiezorg en eerstelijns verblijf (die vallen onder de Zvw). Daarnaast is de capaciteit groter dan

het aantal personen met verblijf op een peildatum, omdat de capaciteit niet volledig bezet is.²³ Het aantal plaatsen in verpleeghuizen is volgens het CBS ongeveer 120 000 in Nederland.²⁴ Ook in Nederland is het lastig eenduidige gegevens te krijgen over de verpleeghuiscapaciteit, zo bleek uit recent TNO onderzoek.

Figuur 16. Long-term care beds in institutions and hospitals, 2017*



* voor Nederland betekent dit in absolute getallen 235 000 plaatsen

Bron: OECD, Health at a Glance 2019

Bij figuur 16 zijn voor Denemarken een aantal belangrijke kanttekeningen te plaatsen. Volgens cijfers op de website van het Deense statistiekbureau waren er in 2017 41 000 65-plussers in wat op de Engelse versie van die website wordt omschreven als ‘nursing dwellings’, in het Deens plejeboliger

²³ Bron: toelichtende e-mail CBS.

²⁴ Zie Kamerbrief (bouw)opgave verpleeghuiszorg in komende decennia, kenmerk 1626038-199970-LZ, 20-12-2019, Kamerstuk 31765 nr. 458: “Volgens gegevens over toegelaten plaatsen, uit DIGIMV en het kadaster, zouden er in 2017 ongeveer 165.000 intramurale plekken moeten zijn, terwijl een inschatting op basis van productiecijfers is dat ongeveer 119.000 intramurale plekken bezet zijn. Dit verschil kan door uiteenlopende factoren worden veroorzaakt, zoals sloop, zorglevering op basis van scheiden van wonen en zorg, inzet voor andere doeleinden zoals gehandicaptenzorg en/of onvoldoende actuele informatie in de diverse bestanden. TNO geeft aan dat de gegevens die optellen tot een capaciteit van 165.000 onvoldoende betrouwbaar zijn. Er is geen systematische registratie van de intramurale capaciteit.”

(dit is inclusief ruim 4 000 65-plussers in een ‘nursing home’, in het Deens plejehjem).²⁵ Plejeboliger verwijzen naar geclusterde woonvormen (zie ook hoofdstuk 2). In het Nederlands zouden we plejehjem aanduiden met de term verpleeghuis. Gecorrigeerd voor verschillen in bevolkingsomvang is dit net zoveel als het aantal verpleeghuisplaatsen in Nederland.

Het verschil met Nederland en Zweden moet dus veroorzaakt worden door een lager aantal plaatsen in de gehandicaptenzorg (GHZ). Volgens de meest recente OECD-cijfers (2014) is het aantal personen in de intramurale GHZ in Denemarken slechts iets meer dan 2200. Gecorrigeerd voor bevolkingsomvang is dit minder dan een tiende van het aantal *plaatsen* in Nederland.²⁶ De (recentere) nationale cijfers van het Deense statistiekbureau maken duidelijk dat dit cijfer veel te laag is. Volgens deze cijfers waren er eind 2018 8500 mensen met een beperking met intramuraal verblijf als alleen de ‘nursing dwellings’ worden meegenomen, en bijna 14 000 als ook de ‘general dwellings’ worden meegenomen. Kennelijk rekent Denemarken hiervan slechts een deel mee bij de berekening van het aantal plaatsen dat het rapporteert aan de OECD.²⁷ Maar in vergelijking met Nederland is ook het aantal van 14 000 nog steeds erg laag: gecorrigeerd voor de driemaal kleinere bevolkingsomvang zijn op basis van Nederlandse cijfers ongeveer 25 000 plaatsen te verwachten in Denemarken. We hebben geen verklaring voor dit verschil, anders dan de voor de hand liggende mogelijkheid dat in Denemarken een andere definitie wordt gehanteerd van intramuraal verblijf in de GHZ dan in Nederland en Zweden (en andere landen).

²⁵ Het onderscheid lijkt wat subtiel en heeft waarschijnlijk te maken met het Deense verbod in de jaren '80 van de vorige eeuw op de bouw van wat ziekenhuisachtige verpleeghuizen. Zie Leichsenring 2020, p. 32: “Denmark is the only country in the EU in which the construction of traditional old-age and nursing institutions has been legally banned. Early in the 1980s, the government phased out large institutions with multiple beds in each room and infrastructure for long-term care that resemble hospital environments, replacing them with nursing homes to ensure that users have individual living spaces. In addition, to ensuring privacy and control over one’s living space, modern nursing home facilities legally consider their residents as tenants and offer them a range of supplementary services such as cleaning and food delivery.”

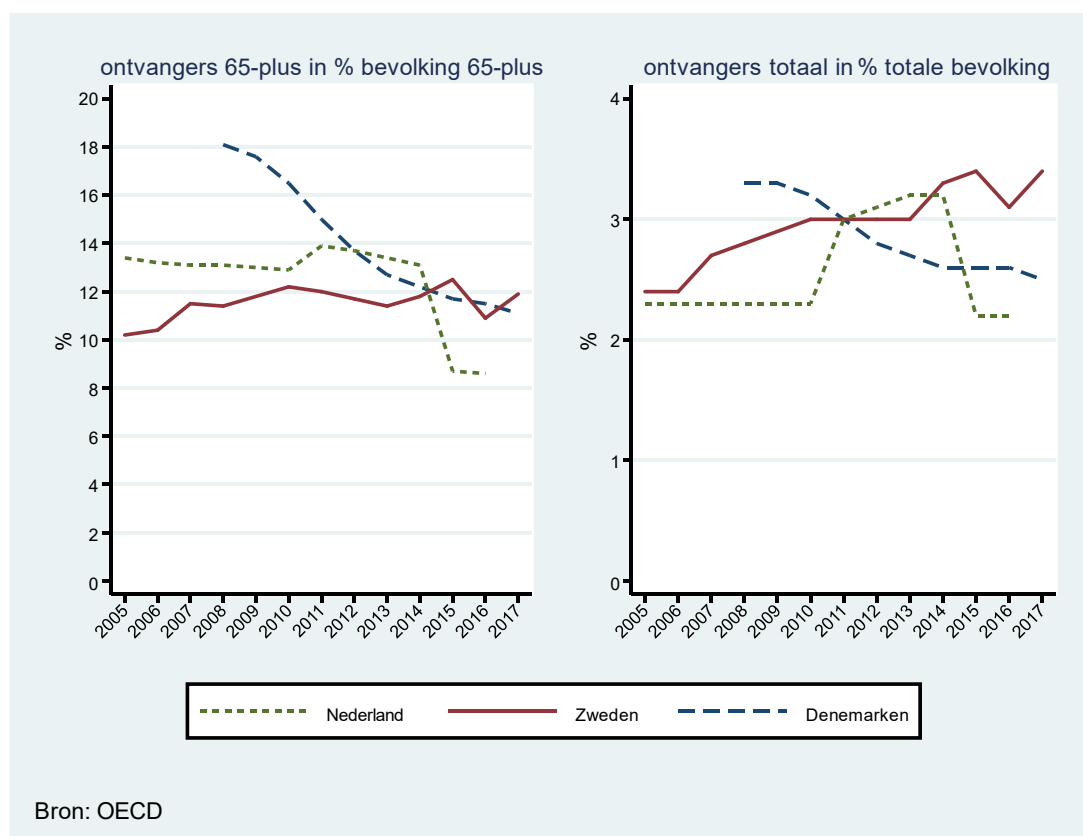
²⁶ Zie het online document OECD Health Statistics 2019 Definitions, Sources and Methods: Long-term care recipients in institutions (other than hospitals). Bij Denmark staat o.a. “Some municipalities report large deviations between housing from year to year, and the figures are consequently less reliable. The number of housing establishments and the number of persons cannot easily be compared, since they are compiled differently. Data stop in 2014. Some municipalities have not transmitted qualified data. Therefore, the total figures and the regions cannot be calculated. The coverage for 2017 was 88 municipalities out of the 98 municipalities.”

²⁷ www.dst.dk/en/Statistik/dokumentation/documentationofstatistics/disability-and-marginalized-adults.

6.3. Thuiszorg

De OECD-gegevens bevatten slechts informatie over het aantal *gebruikers* van thuiszorg, niet over het aantal uren, zie figuur 17. De scherpe daling voor Nederland in 2015 is het gevolg van de overheveling van thuiszorg naar de Wmo. Deze daling als gevolg van een wetswijziging maakt duidelijk dat de gegevens niet volledig zijn. Dat geldt ook voor de Deense cijfers. Het is opmerkelijk dat Denemarken volgens de OECD-cijfers ongeveer tweemaal zoveel uitgeeft aan thuiszorg als Nederland, terwijl het aantal ontvangers van thuiszorg volgens de OECD-cijfers slechts 20% hoger ligt dan in Nederland (alle cijfers hebben betrekking op 2017). De OESO-cijfers geven echter een onderschatting: het werkelijk aantal ontvangers van thuiszorg in Denemarken is ruim driemaal zo hoog als volgens de OECD-cijfers (zie Leichsenring 2020, tabel 8, gebaseerd op gegevens van Statistics Denmark).

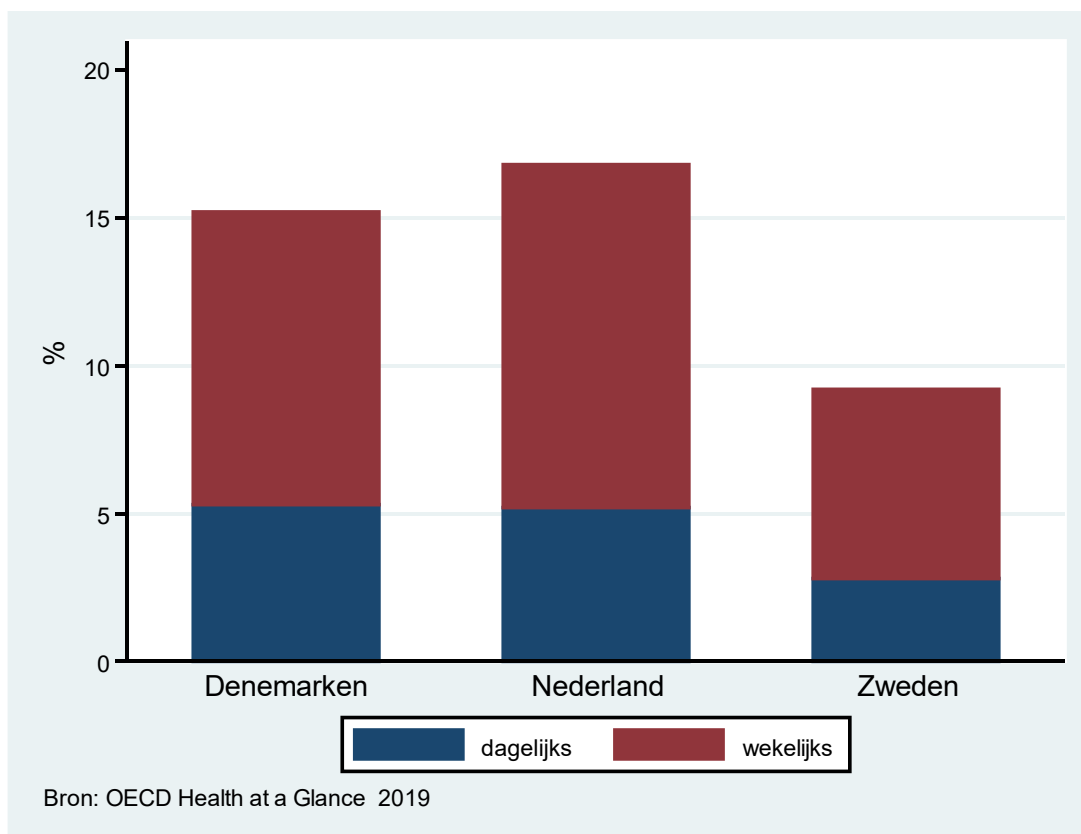
Figuur 17. Ontvangers thuiszorg



6.4. Mantelzorg

Ook internationaal vergelijkbare cijfers over mantelzorg zijn nauwelijks beschikbaar. De eerder genoemde OECD-publicatie *Health at a Glance* bevat in de 2019-editie gegevens voor 2017, zie figuur 18. Volgens deze cijfers zouden Nederlanders ongeveer evenveel mantelzorg leveren als de Denen en aanzienlijk meer dan de Zweden. In ieder geval ondersteunen deze cijfers niet de hypothese dat in deze landen mantelzorg een grotere rol speelt dan in Nederland. Hierbij past wel de kanttekening dat deze cijfers erg grofmazig zijn: iemand die dagelijks mantelzorg levert kan dit één uur doen maar ook 10 uur.

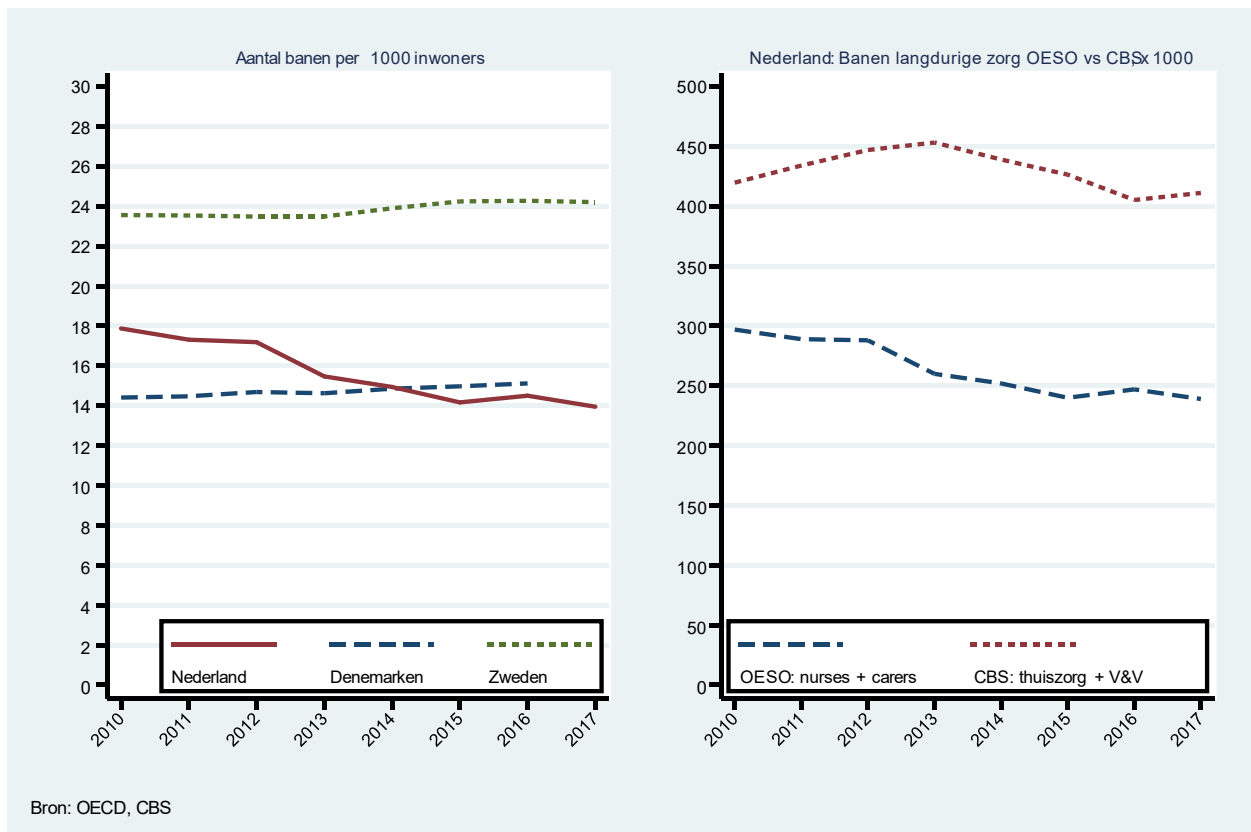
Figuur 18. Mantelzorg: aandeel 50-plussers dat mantelzorg levert, 2017



6.5. Banen in de langdurige zorg

Het aantal banen in de langdurige zorg is een indirecte indicator voor kostenverschillen. Immers, de langdurige zorg is zeer arbeidsintensief waardoor het aantal ‘handen aan het bed’ een belangrijke determinant is van de uitgaven aan de langdurige zorg. Volgens de OECD-cijfers is het aantal banen in de langdurige zorg per 1000 inwoners in Nederland ongeveer net zo hoog als in Denemarken maar bijna de helft lager dan in Zweden, zie het linkerpaneel in figuur 19. Als Nederlandse werknemers vaker in deeltijd werken dan Deense werknemers (in lijn met het algemene beeld van Nederland als deeltijdeconomie), zou het totale aantal werkenden in langdurige zorg in fte in Nederland mogelijk ook lager zijn dan in Denemarken. Volgens de gegevens van het CBS is het aantal banen in de langdurige zorg in Nederland echter de helft hoger dan volgens de OECD-cijfers. Een mogelijke verklaring is dat de OECD alleen de belangrijkste beroepencategorieën telt, maar niet alle werkenden in de sector thuiszorg en V&V (verpleging en verzorging), zie het rechterpaneel in figuur 19.²⁸ Als Zweden wél alle werkenden meetelt zou het verschil met Zweden verdwijnen.

Figuur 19. Banen in de langdurige zorg



²⁸ Bron: toelichtende e-mail CBS.

6.6. Conclusie volume-indicatoren

- Nederland kent geen hoger volume aan intramurale zorg ouderenzorg of thuiszorg dan de twee vergelijkingslanden.
- In Denemarken is volgens cijfers van Statistics Denmark het aantal intramurale plaatsen in de gehandicaptenzorg veel lager dan in de twee andere landen. Gelet op de kanttekeningen bij veel andere Deense cijfers kan dit het gevolg zijn van onderrapportage of definitieverschillen.
- In Zweden lijkt het gebruik van mantelzorg lager te liggen dan in de twee andere landen, maar de cijfers zijn vrij grof en geven geen beeld van het aantal uren mantelzorg per week.
- Het aantal banen in de langdurige zorg per 1000 inwoners ligt volgens de OECD-cijfers in Nederland op hetzelfde niveau als in Denemarken, maar de helft lager dan in Zweden. De OECD-cijfers over het aantal banen in de langdurige zorg in Nederland zijn echter veel lager dan de CBS-cijfers.

7. Loon- en prijsverschillen

7.1. Motivatie voor deze analysestap

Loon- en prijsverschillen tussen de drie landen kunnen resulteren in verschillen in zorguitgaven. In dit hoofdstuk kijken we naar verschillen in loonkosten en huisvestingskosten. We zouden ook graag ingaan op verschillen in apparaatskosten (overhead), maar hierover zijn geen gegevens beschikbaar.

7.2. Loonkosten

Internationale vergelijkbare gegevens over de loonkosten van werkenden in de langdurige zorg (of de zorg als geheel) zijn niet beschikbaar. De Eurostat-database bevat gegevens uit nationale loononderzoeken, maar op bedrijfstakniveau slechts voor een handjevol landen waar Nederland soms, en Zweden nooit, bij horen.²⁹ Voor de bredere categorie 'Human health and social work activities' zijn voor Nederland en Denemarken (maar niet voor Zweden) cijfers beschikbaar over de loonkosten per fte per jaar. Deze ontlopen elkaar weinig: de loonkosten in Denemarken liggen voor deze categorie ongeveer 7% hoger dan voor Nederland, maar dit kan ook te maken hebben met verschillen in definitie en samenstelling.

7.3. Huisvestingskosten

De OECD-gegevens bevatten geen informatie over de kosten van huisvesting. De kosten van huisvesting maken ongeveer 10% uit van de totale uitgaven aan de langdurige zorg. Dit is gebaseerd op gegevens van ActiZ, volgens welke huisvestingskosten minder dan 20% van de kosten van de verpleeghuiszorg uitmaken.³⁰ De intramurale zorg omvat ongeveer 50% van de totale kosten van de langdurige zorg, waarmee huisvestingskosten ongeveer 10% van de kosten van de langdurige zorg uitmaken. Stel dat de huisvestingskosten in Nederland 50% hoger zijn dan in de vergelijkingslanden. Dan zouden hierdoor de uitgaven in Nederland 2,5% hoger zijn; 2,5% van 4% BBP is gelijk aan 0,1% van het BBP. Dit is niet zichtbaar in internationale verschillen in uitgaven aan de langdurige zorg. Omdat grondkosten (zie vraag 4 van de commissie) deel uitmaken van de kosten van huisvesting, geldt deze conclusie eveneens voor grondkosten.

7.4. Conclusie loon- en prijsverschillen

- Internationaal vergelijkbare gegevens over de loonkosten in de langdurige zorg zijn nauwelijks beschikbaar. Voor de vergelijking Nederland - Denemarken bevat de Eurostat-data gegevens over gemiddelde loonkosten per jaar voor een bredere sector dan de langdurige zorg. Volgens deze cijfers verschillen de loonkosten per jaar nauwelijks tussen de twee landen.
- Gegevens over verschillen in huisvestingskosten zijn niet beschikbaar, maar een illustratieve berekening laat zien dat dergelijke verschillen geen rol kunnen spelen in de verklaring van internationale uitgavenverschillen.

²⁹ <https://ec.europa.eu/eurostat/web/labour-market/labour-costs/database>

³⁰ Zie <https://www.actiz.nl/stream/actiz-infographic-kostendekkende-tarieven-verpleeghuiszorg-juni18.pdf>.

8. Uitgavenramingen tot 2050

8.1. Beleidsrelevantie

Naast het huidige niveau van de uitgaven aan de langdurige zorg is ook de toekomstige ontwikkeling van deze uitgaven bijzonder beleidsrelevant. Allereerst vanwege de signaleringsrol: als ramingen uitwijzen dat de kosten gaan ‘exploderen’ dan vraagt dit om beleid om deze explosie af te zwakken of op te vangen. En in de tweede plaats vanwege de diagnoserol van de ramingen: als de ramingen uitwijzen dat de Nederlandse uitgaven sterker stijgen dan elders, dan roept dit de vraag op waar dit aan ligt. Zowel de OECD als de Europese Commissie maken hiertoe ramingen van de ontwikkeling van de uitgaven aan de langdurige zorg. Beide instanties presenteren meerdere scenario’s die onderling verschillen wat betreft de aannames over gezonde levensverwachting (healthy ageing), loon- en prijsontwikkeling, en verschuivingen tussen formele en informele zorg.

8.2. De OECD-raming

Figuur 20 laat de meest recente OECD-ramingen zien voor het jaar 2050, uit 2011 (!)³¹ Het linkerpaneel bevat de ramingen zoals gepubliceerd door de OECD. Volgens deze raming zouden de collectieve uitgaven aan de langdurige zorg in Nederland in 2050 zijn opgelopen tot ruim 8% van het BBP, een verdubbeling ten opzichte van de huidige uitgaven in % BBP (zie ook Vilans 2019, p. 110). Nederland zou hiermee een uitschieter zijn: voor Zweden, het land dat na Nederland volgens deze raming de hoogste uitgaven zou hebben in 2050, raamt de OECD dat de uitgaven aan de langdurige zorg in 2050 onder de 6% liggen.

De verschillen tussen de drie landen in de geraamde uitgaven voor 2050 zijn echter sterk afhankelijk van de uitgaven in het basisjaar. Omdat volgens de OECD-cijfers de uitgaven in Nederland in het basisjaar 2007 al veel hoger zijn dan in de meeste andere landen, werkt dit vanwege de gehanteerde systematiek sterk door in de raming voor het eindjaar. Omdat, zoals eerder in dit rapport aannemelijk is gemaakt, de uitgaven in het basisjaar elkaar in werkelijkheid (en in afwijking van de OECD-cijfers) niet veel ontlopen, is het beter ramingen te baseren op identieke uitgaven in het basisjaar. Dit is gedaan in het rechterpaneel van figuur 20, dat een door ons aangepaste raming presenteert. In deze aangepaste raming is de procentuele groei van de OECD-ramingen overgenomen, maar is ook aangenomen dat in het basisjaar het uitgavenniveau in elk van de drie landen identiek is (namelijk het Nederlandse niveau - als we het Deense of Zweedse niveau hadden genomen had dit dezelfde relatieve verschillen tussen landen opgeleverd).

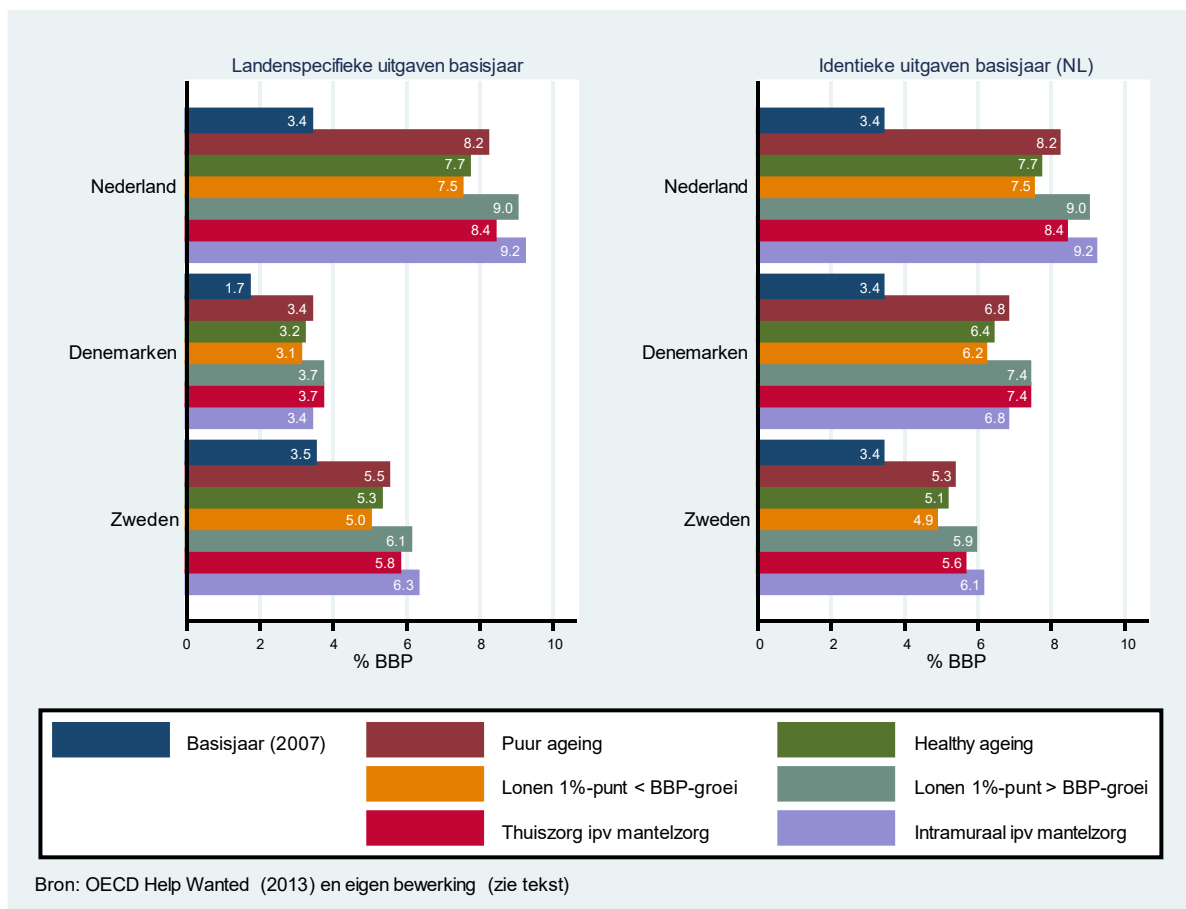
Volgens deze ramingen groeien de uitgaven in Nederland nog steeds het snelst, maar is het verschil met Denemarken gekrompen van 4,8% van het BBP (linkerpaneel) tot 1,4% van het BBP. In vergelijking met Zweden verandert er vrijwel niets tussen het linker- en rechterpaneel, omdat de Zweedse en de

³¹ Colombo, F. et al. (2011), Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.

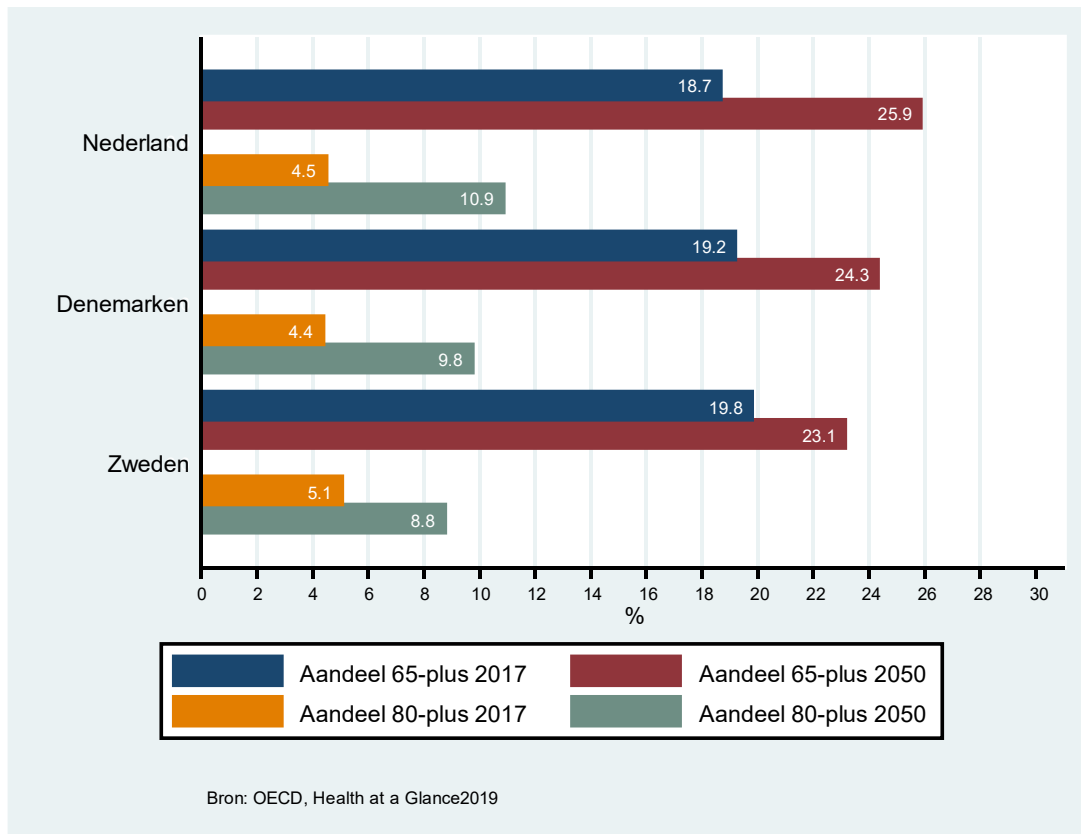
Nederlandse collectieve uitgaven aan de langdurige zorg in het basisjaar ook in het linkerpaneel al vrijwel gelijk waren. In 2050 zijn volgens deze raming de uitgaven in het 'Puur ageing scenario' in Zweden 2,9% BBP lager dan in Nederland.

Dit roept de vraag op wat de verklaring is voor de veel minder snelle uitgavengroei in Zweden. De meest voor de hand liggende verklaring is dat het tempo van vergrijzing in Zweden flink lager ligt dan in de andere twee landen. Dit blijkt inderdaad het geval te zijn, zie figuur 21. In Nederland stijgt het aandeel van de 80-plussers tussen 2017 en 2050 met 6,4%-punt, in Zweden met slechts 3,7%-punt.

Figuur 20. OESO Projecties collectieve uitgaven langdurige zorg 2050, %BBP



Figuur 21. Verschillen in vergrijzing



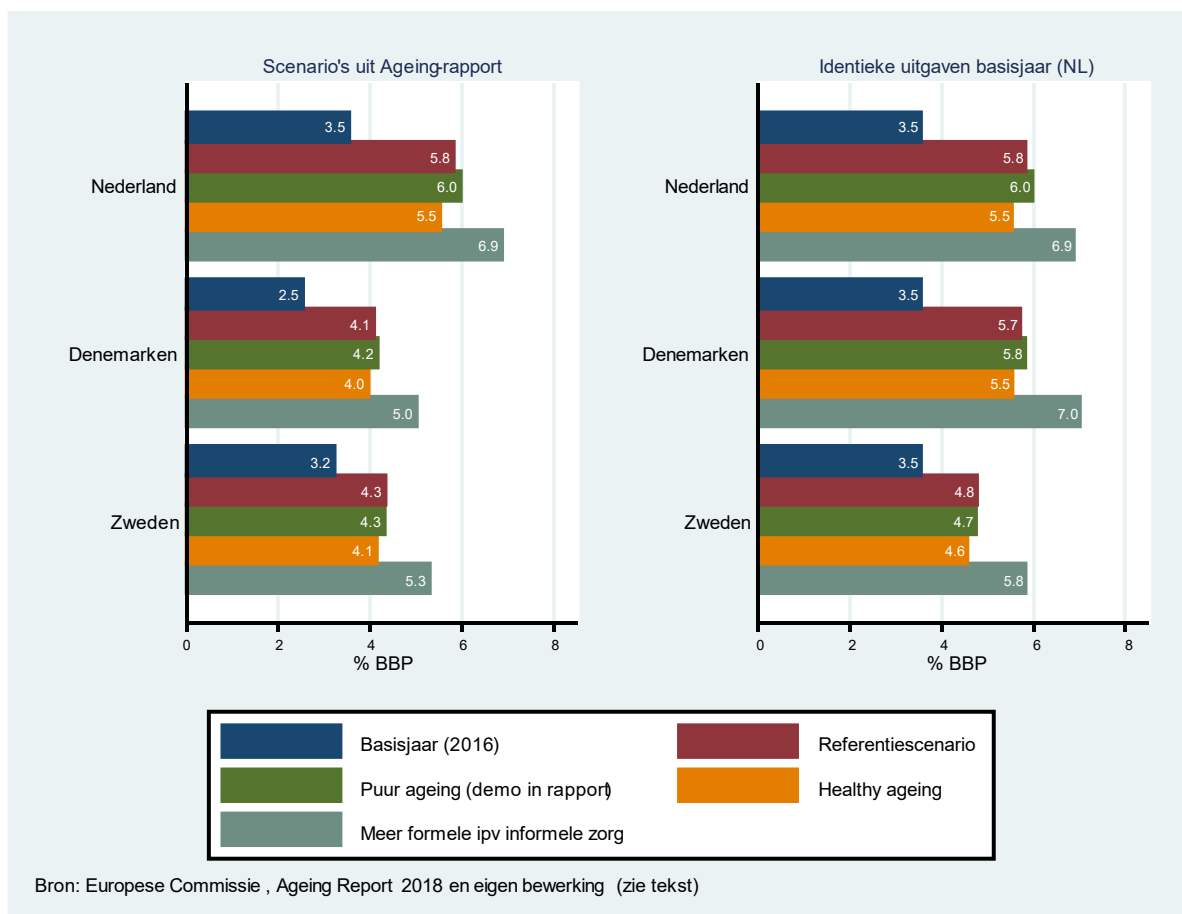
8.3. De raming van de Europese Commissie

Een recentere raming van de Europese Commissie komt voor Nederland in 2050 veel lager uit dan de OECD-raming, zie figuur 22.³² Maar ook hier speelt het basisjaareffect (vergelijk weer het linker- en het rechterpaneel). Als we uitgaan van identieke uitgaven in % BBP in het basisjaar, dan komen de uitgaven in Denemarken in 2050 zelfs hoger uit dan die in Nederland.

In 2050 zijn volgens deze raming de uitgaven in het Puur ageing scenario in Zweden slechts 1,3% BBP lager dan in Nederland, minder dan de helft van het verschil in het OECD-scenario. Het is onduidelijk waarvoor dit verschil tussen de OECD-raming uit 2011 en de Commissie-raming uit 2018 wordt veroorzaakt. Mogelijk is gerekend met andere vergrijzingsscenario's of met andere leeftijdsspecifieke uitgaven (dit zijn het in Puur ageing scenario de enige mogelijke verschillen).

³² Europese Commissie, "The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)." Institutional Paper No. 79. Luxembourg: Publications Office of the European Union (2018). Het rapport van de Commissie bevat maar liefst 11 scenario's, waarvan we er hier vier hebben overgenomen die samen de bandbreedte van de 11 scenario's goed weergeven.

Figuur 22. Europese Commissie Projecties collectieve uitgaven langdurige zorg 2050



8.4. Implicaties van de extra uitgaven vanwege het kwaliteitskader

In de ramingen zijn voor Nederland de extra uitgaven van jaarlijks op termijn 2,1 miljard euro voor de invoering van het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg niet meegenomen. Op de totale collectieve uitgaven aan de langdurige zorg is dit maximaal 7%, of 0,3% van het BBP. Hier komt nog bij dat de maatschappelijke roep om extra middelen voor de verpleeghuiszorg geen specifiek Nederlands fenomeen zijn. Ook andere landen zullen de uitgaven aan verpleeghuiszorg (en andere zorg) willen verhogen naarmate de welvaart toeneemt.

9. Beleidsimplicaties

Dit onderzoek is opgezet omdat vanuit de OECD-cijfers het beeld bestond dat Nederland in vergelijking met andere landen (met uitzondering van Zweden) aanzienlijk meer geld uitgeeft aan langdurige zorg. In dit rapport hebben we getracht een antwoord te geven op de vragen die de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer aan de onderzoekers heeft gesteld om meer inzicht te krijgen in dit beeld. Wij hebben geschetst hoe de financiering van de langdurige zorg in Denemarken en Zweden is ingericht en hoe de uitgaven zijn opgebouwd. Tevens hebben we inzicht gegeven in de verschillen in uitgaven van deze landen met Nederland en mogelijke

verklaringen daarvoor. Ook hebben we onderzocht of uit de verschillen tussen de landen aanknopingspunten voor beleidsinterventies in Nederland te vinden zijn.

Onze analyses laten zien dat Nederland inderdaad veel geld uitgeeft aan langdurige zorg, maar dat het verschil met Denemarken veel kleiner is, of er misschien wel niet is, dan op basis van de OECD-cijfers geconcludeerd kon worden. Dit leidt tot een aantal conclusies voor het gebruik van dergelijke gegevens.

1. Het gebruik van OECD-cijfers voor betrouwbare internationale vergelijkingen in de langdurige zorg is niet zonder meer mogelijk. Dit geldt zowel voor de uitgavencijfers als voor de gegevens over verblijfs capaciteit, thuiszorg, alsook arbeidsmarkt. Veel van de beschikbare gegevens zijn niet vergelijkbaar wegens onderliggende verschillen in interpretatie van de definities en het niet volledig rapporteren door landen. Dit geldt vooral voor de welzijnsgerelateerde uitgaven aan langdurige zorg. De gezondheidsgerelateerde gegevens zijn beter vergelijkbaar. Daarnaast zijn de data die verklaringen kunnen bieden voor de geconstateerde verschillen niet compleet, noch vergelijkbaar. Het gaat hier om gegevens over kwalificatieniveaus en salariering van medewerkers, huisvestingskosten, woonvormen, eigen betalingen, gezondheidssituatie, informele zorg, volume van geboden diensten. De vraag is of voor een zo groot maatschappelijk domein, dat alleen maar groter zal worden, deze onduidelijkheid in gegevens acceptabel is.
2. Volgens de OECD-cijfers slaagt Denemarken erin goede en toegankelijke langdurige zorg te combineren met veel lagere uitgaven. Een nadere analyse, op basis van nationale data en consultatie van experts, wijst echter uit dat er in Denemarken aanzienlijk hogere uitgaven zijn dan de OECD-cijfers laten zien. De veronderstelling die wij formuleerden in het rapport *Ouderen en gehandicaptenzorg in Scandinavië* dat de eenvoud van het Scandinavische model bijdraagt aan de effectieve aanwending van financiële middelen, was vooral gebaseerd op gegevens van de OECD. De analyses in dit rapport laten zien dat deze gegevens onvoldoende compleet zijn om deze veronderstelling te onderbouwen. Hieruit volgt uiteraard niet dat een decentraal model niet kan resulteren in goede langdurige zorg tegen lagere kosten, maar de omgekeerde conclusie - zoals geformuleerd in de genoemde veronderstelling - kan ook niet getrokken worden. Het Deense model is dus niet zonder meer doelmatiger dan het Nederlandse.
3. De doelmatigheid van een bepaald zorgstelsel is niet aan te tonen met het beschikbare cijfermateriaal. Het lijkt eerder te zijn dat beleidskeuzes voor kwaliteit, toegang, solidariteit en de bereidheid voor langdurige zorg budget beschikbaar te stellen de doorslag geven dan stelselkenmerken als zodanig. De uitvoerings- en apparaatskosten van de verschillende stelsels kunnen verschillen, maar binnen stelsels zijn er ook weer verschillen in de manier waarop ze efficiënt zijn ingericht.
4. Deze internationale vergelijking levert geen beïnvloedbare factoren op die de Nederlandse langdurige zorg doelmatiger zouden kunnen maken. Mogelijk zou het overnemen van *best practices* uit Denemarken en/of Zweden, bijvoorbeeld op het terrein van telehealth of informatie-uitwisseling, transparantie voor burgers of scheiden van wonen en zorg, doelmatigheidswinst

kunnen opleveren. Op basis van de beschikbare gegevens en literatuur zijn echter geen uitspraken mogelijk over de mate waarin dit tot verschillen in uitgaven leidt.

5. Wat betreft de intramurale capaciteit in de ouderenzorg ontlopen de drie landen elkaar niet veel. Het aantal plaatsen per 1000 65-plussers is overal ongeveer 40. Het beeld dat Nederland internationaal gezien een hoge intramurale capaciteit heeft, is in ieder geval voor de ouderenzorg (inmiddels) niet meer juist. Dat was in het verleden overigens wel het geval. Met andere woorden: dat ouderen in Nederland langer thuis gaan wonen, is een ontwikkeling die al geruime tijd gaande is. Of er een acceptabele grens is voor thuis wonen en welke woontussenvoorzieningen deze grens kunnen helpen verleggen, is een vraag waarvoor zowel Nederland als Denemarken en Zweden zich geplaatst zien. Naarmate de variëteit aan woonvormen toeneemt, zal het moeilijker worden passende landelijke en internationaal vergelijkbare gegevens te verzamelen.
6. In de gehandicaptenzorg is de intramurale capaciteit volgens de beschikbare cijfers (uit nationale bronnen) in Nederland en Zweden veel hoger dan in Denemarken. We hebben hiervoor geen sluitende verklaring. We constateren wel dat de gehandicaptenzorg onderbelicht blijft in analyses van de uitgaven aan de langdurige zorg. Dat is op zich opmerkelijk. In Nederland gaat het om bijna een derde van de totale uitgaven aan langdurige zorg. De internationale bronnen over gehandicaptenzorg en voorzieningen voor mensen met beperkingen vallen waarschijnlijk voor een belangrijk deel buiten het domein van de gezondheids- en welzijnsgerelateerde langdurige zorg. Gegeven de omvang van de doelgroep, de vraagstukken van de mensen met beperkingen en de intentie om de samenleving meer conform de vereisten van het *VN Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap* in te richten zou het leren tussen landen internationaal voor deze sector meer aandacht mogen krijgen, met daarbij passende gegevensbronnen.
7. Volgens toekomstscenario's van de uitgaven aan de langdurige zorg van zowel de OECD als van de Europese Commissie zijn de uitgaven in 2050 in Nederland veel hoger dan in de twee andere landen. Volgens de ramingen van de OECD in 2050 maar liefst ongeveer 5% van het BBP hoger dan in Denemarken, volgens de recentere ramingen van de Europese Commissie 'slechts' een kleine 2% van het BBP hoger. Deze verschillen in 2050 met Denemarken worden echter vrijwel helemaal veroorzaakt door verschillen in uitgavniveau in het basisjaar, niet door verschillen in uitgavengroei. De onderschatting van de Deense uitgaven in het basisjaar werkt door in toekomstscenario's. In Zweden is de geraamde uitgavengroei wel een stuk lager dan in Nederland. De oorzaak is demografisch: het aandeel ouderen groeit in Zweden minder snel dan in Nederland (en Denemarken).
8. Als enige rapporteert Nederland langdurige zorg die wordt geboden door aanbieders die (ook) curatieve zorg, geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg bieden (in het bijzonder psychiatrische ziekenhuizen en verslavingsklinieken). Het is niet duidelijk of dergelijk gegevens zijn meegenomen in de statistieken van de beide Scandinavische landen. Onduidelijk is waar deze zorg in de Scandinavische landen wordt geboden of geregistreerd. Ook in de gegevens voor thuiszorg speelt mogelijk een vertekening. Mogelijk biedt Nederland inderdaad minder thuiszorg dan een land als Denemarken. Dit land geeft volgens de OECD-gegevens immers 0,4% van het BBP méér uit dan Nederland. Echter, thuiszorg die wordt geboden door aanbieders die ook intramurale

zorg leveren in Nederland, wordt geregistreerd als intramuraal, omdat de hoofdfunctie van een organisatie bepaalt hoe de zorg geboekt wordt. De verschillen met Denemarken in de uitgaven voor de thuiszorg, zijn waarschijnlijk geringer dan de cijfers suggereren. Gehandicaptenzorg wordt in Nederland waarschijnlijk nagenoeg volledig tot de langdurige zorg gerekend, terwijl dat in andere landen minder het geval is.

9. PGB's komen in Zweden en Denemarken nauwelijks voor. Een van onze informanten heeft aangegeven dat er keuzemogelijkheden zijn voor mensen die een aanspraak kunnen doen op langdurige zorg binnen de gegeven financiële marges. Ze krijgen deze zorg en ondersteuning in natura. Mogelijk dat bij voldoende keuzevrijheid er minder behoefte is aan een aparte financieringsvorm.

10. Slotbeschouwing

Vergelijkbaarheid van gegevens

In dit rapport hebben we onze zoektocht beschreven naar de antwoorden op de vragen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Het is een zoektocht geworden omdat de verschillen in kosten tussen Nederland, Denemarken en Zweden (vraag 3 van de commissie), de opbouw van de kosten (vraag 2) en de mogelijke verklaringen (vraag 4) niet eenduidig met cijfers te onderbouwen zijn. De vele registraties van uitgaven, kosten en kostenopbouw zijn beperkt onderling vergelijkbaar, ze sluiten niet op elkaar aan en zijn niet compleet. Dat leidt al gauw tot verschillen in statistieken tussen landen van meer dan 1% van het BBP. Dat lijkt misschien weinig, maar het gaat om vele miljarden. Verwonderlijk is dat eigenlijk niet. Het blijkt binnen Nederland al ingewikkeld om tot eenduidige cijfers te komen, internationaal is dat nog moeilijker.

Verschillen tussen landen

Niettemin kunnen we zeggen dat de verschillen in uitgaven en kosten van Nederland met de beide Scandinavische landen klein zijn, kleiner dan uit de internationale statistieken naar voren komt. Dat betekent dat Nederland niet per se 'dé 'koploper' is in uitgaven voor langdurige zorg, zoals lang gedacht is. Overeind blijft wel dat Nederland in de 'kopgroep' zit van geïndustrialiseerde landen wat betreft de uitgaven, samen met de - eveneens welvarende - Scandinavische landen. Echter, in Nederland hebben we ook zeer toegankelijke zorg en ondersteuning met een goede kwaliteit.

Nederland onderscheidt zich met een relatief grote welzijnsgerelateerde component van langdurige zorg. Dat wil niet zeggen dat andere landen die niet hebben. We hebben laten zien dat deze component vaak niet volledig gerapporteerd wordt aan de internationale instanties.

We kunnen op basis van beschikbare gegevens niet zeggen of het Scandinavische model goedkoper of duurder is dan het Nederlandse. De landen maken eigen keuzes over hoe ze hun stelsel inrichten, welke voorzieningen ze op welke manier bekostigen en - *last but not least* - hoeveel geld ze voor de langdurige zorg over hebben.

Beïnvloedbare kosten

De vraag welke kosten beïnvloedbaar zijn (vraag 5), is op basis van de beschikbare gegevens niet in zijn algemeenheid te beantwoorden. We zien in alle drie de landen een grote diversiteit in aanbieders, woonvormen, regelingen en al dan niet meegerekende doelgroepen. Deze gaat gepaard met definities en toerekeningen die niet eenduidig zijn. Bovendien zien we dat niet alle gegevens worden meegenomen in internationale statistieken. Daar handelen de landen verschillend in.

We zien in de drie landen veel nadruk op maatwerk, persoonsgerichte zorg en decentrale structuren om voor cliënten op lokaal niveau passende oplossingen te bieden. Dit gaat gepaard met grote diversiteit, binnen en tussen landen, en een kostentoerekening die niet eenduidig vanuit de bestaande statistieken te herleiden is. Dat betekent dat beïnvloedbare kosten niet met internationale gegevens aan te tonen zijn.

Goede praktijken

Het is niettemin verstandig om in de betrokken landen (en uiteraard andere landen) goede en veelbelovende praktijken te bestuderen en te bezien of deze in een ander land ook toepasbaar zijn. De effecten zullen in de context van het betreffende land, regio, gemeente, dorp of wijk moeten worden geëvalueerd, nadat eerst de goede voorwaarden gecreëerd zijn om deze praktijken in te voeren. In het rapport *Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië* hebben we voorbeelden daarvan gegeven. Het is een andere benadering van beïnvloedbare kosten, dan in de vraagstelling van de commissie was bedoeld.

Gebruik van internationale bronnen

Dit onderzoek heeft laten zien dat het fundament voor gegevens voor internationale vergelijkingen en projecties voor de toekomst van de langdurige zorg ontbreekt. Voor de duurzaamheid van de langdurige zorg is het daarom niet eenvoudig om te leren van andere landen, indien we daarbij op basis van goed onderbouwde bronnen conclusies willen trekken. Kijkend naar de toekomst, kunnen we wel stellen dat Nederland en de beide Scandinavische landen voor een grote uitdaging staan, waarbij Nederland en Denemarken vrij snel vergrijzen. Onze uitdaging is op hoofdlijnen vergelijkbaar met die van de beide andere landen. Reden om toch te kijken naar andere landen, de inspirerende voorbeelden en de mogelijkheden om de bestaande vanzelfsprekendheden kritisch te onder de loep te nemen op hun bijdrage aan een duurzame, toegankelijke, betaalbare en kwalitatief goede langdurige zorg.

Bijlage 1: Geconsulteerde experts

Vincent van Polanen Petel, CBS

Michael Mueller, OECD

Kai Leichsenring, European Centre for Social Welfare Policy and Research (Wenen)

Maria Nilsson, Statistics Denmark

Kevin Vejrup, Statistics Denmark

Birgitte Lundstrøm, Statistics Denmark

Magnus Jeppesen, Statistics Denmark

Bijlage 2: CBS-gegevens volgens de OECD-definitie

Figuur B1 geeft een gedetailleerde uitsplitsing van de Nederlandse uitgaven aan de langdurige zorg volgens de internationale definitie in 2018, het laatste jaar waarvoor op dit moment gegevens beschikbaar zijn. De totale uitgaven aan de langdurige zorg beliepen in 2017 ongeveer 32 miljard euro, waarvan globaal 11 miljard euro werd uitgegeven aan verpleeghuiszorg, 9 miljard euro aan gehandicaptenzorg en 2 miljard euro aan langdurige zorg in en door ziekenhuizen.

Figuur B1. Uitgaven langdurige zorg Nederland volgens de internationale definitie, mln euro 2018



Literatuur

Centraal Planbureau (CPB), Zorgkeuzes in Kaart, 2015.

Centraal Planbureau en Planbureau voor de Leefomgeving, Nederland in 2030 en 2050, 2015.

Centraal Planbureau, De markt voor huishoudelijke hulp: Gemeentelijk inkoopbeleid en gebruik door burgers onder de Wmo 2007, 2017.

Colombo, F. et al., Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, 2011.

Europese Commissie, "The 2018 Ageing Report: Economic and Budgetary Projections for the EU Member States (2016-2070)." Institutional Paper No. 79. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2018.

Europese Commissie, ESPN Thematic Report on Challenges in long term care - Sweden, 2018.

Kamerbrief (bouw)opgave verpleeghuiszorg in komende decennia, kenmerk 1626038-199970-LZ, 20-12-2019.

Leichsenring, K., Denmark: Country case study on the integrated delivery of long-term care, WHO 2020.

Lorenzoni, en F. Koechlin, International Comparisons of Health Prices and Volumes: New Findings, OECD 2017

OECD, Health at a Glance, 2019.

OECD, A System of Health Accounts 2011, Revised edition (SHA), 2011.

OECD, A More Complete Picture of Long-Term Care Spending , DELSA/HEA/HS(2019)5 For Official Use, 1 October 2019. Working Party on Health Statistics, 2nd Meeting of the OECD Working Party of Health Statistics October 9-10, 2019, Paris.

RIGO Research en Advies, Zorg met verblijf; wonen met zorg, 2008.

Vilans, Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië, 2019.

Colofon

Maart, 2020

Auteurs

Marc Pomp (Marc Pomp Economische Beleidsanalyse)

Nick Zonneveld

Henk Nies

Vilans

Postbus 8228, 3503 RE Utrecht

Telefoon 030 789 2300

www.vilans.nl

vilans.nl

Vilans
Postbus 8228, 3503 RE Utrecht
Telefoon 030 789 2300
www.vilans.nl

Utrecht, maart 2020



Vilans