

PAPER 1

‘Deinstitutionalisering’ van de ouderenzorg in België ? Enkele gezondheidseconomische parameters internationaal getoetst

24 mei 2010

Gianni Loosveldt

Situering

‘Deinstitutionalisering’ duidt aan in welke mate en hoe de residentiële ouderenzorg wordt afgeremd of afgebouwd, al dan niet gecompenseerd door andere zorgvormen. Het begrip is historisch beladen (cf. *deinstitutionalization* van psychiatrie in VSA¹) en niet gespeend van waardeoordelen en overwegingen van kostenbeheersing².

De karakteristieken van *institutional care*, ongeacht de middelen die ervoor worden vrijgemaakt (bv. verbeterde *staff-user ratio*), zouden eerder een rem zijn op de levenskwaliteit van gebruikers³. Met die visie moeten beleidsinstrumenten (planning, normering en financiering) gericht zijn op een meer gemeenschapsgerichte zorg⁴.

In deze nota toetsen we enkele gezondheidseconomische parameters voor de toekomst van de residentiële ouderenzorg, gebruik makende van internationale vergelijkingen. Deze gebeuren veelal onder de noemer *long-term care*⁵, de zorg die tegemoet komt aan (het sociaal risico van) een aanhoudend verminderd zelfzorgvermogen. Dit is niet evident: longitudinaal onderzoek is nog niet zo lang opgestart en bij *long-term care* wordt de ouderenzorg niet steeds afzonderlijk weergegeven (hoewel de publieke uitgaven in Europa grotendeels bij ouderen geconcentreerd zijn, bijlage 1). Bovendien verschillen de begripsinhoud en dus de dataverzameling van land tot land (al dan niet medische, paramedische en/of sociale dienstverlening en al dan niet met opname van *cash benefits* en het ‘gedecentraliseerde’ ouderenzorgbeleid). Ook ‘residentiële zorg’ heeft niet overal dezelfde inhoud (cf. serviceflats)⁶. Dit impliceert dat met voorbehoud wordt aangekeken tegen het gebruik van o.m. OESO-*Health Data*⁷ en de *European System of Integrated Social Protection Statistics*.

Demografie

Met uitzondering van Japan zijn de 25 landen met het hoogste aandeel 65+ers in hun bevolking Europees. Met 16,8% houdt België zich op in het eerste deel van die groep (bijl. 2). Het aantal Belgen ouder dan 80 jaar zal tegen 2050 in absolute termen verdrievoudigen, wat spoort met de aangroei in de EU25. In Vlaanderen zal het aandeel 65+ers en 80+ers in de bevolking (nu 18,5% en 5,2%) de komende 40 jaar oplopen tot 28,5% en 11,3% (bijl. 3a-e).

Extrapolaties van het 'noodzakelijke' aanbod van woongelegenheden in rusthuizen (woonzorgcentra) schatten dat het aanbod tegen 2050 in België moet worden vermenigvuldigd met een factor tussen 1,6 en 2,9⁸. Dit zou betekenen dat het aanbod gemiddeld minstens met 1.860 eenheden zou moeten aangroeien, wetende dat investeringen waarvan de afschrijvingstermijn na 2050 (demografisch keerpunt) verstrijkt sowieso risicovoller zijn (overcapaciteit).

Een *current use*-methode is echter niet geschikt voor gezondheidseconomische projecties en het louter numerieke effect van de vergrijzing is niet het enige uitgangspunt bij de inschatting van het noodzakelijke zorgaanbod. Zo gaat het beleid best uit van een oplopende gemiddelde opnameleeftijd (nu boven de 80 jaar)⁹ en van een beperktere opnameduur. Binnen de EU noteren we verschillen inzake (zorg)afhankelijkheid bij 65+ers (deels toe te schrijven aan uiteenlopende definities en rapportages¹⁰). Met 23,1% zorgafhankelijke 65+ers scoort België 'hoog' (vgl. Nederland 15,7%) (bijl. 4). Wijzigingen op het vlak van morbiditeit en zorgafhankelijkheid zijn bovendien niet onwaarschijnlijk¹¹, gegeven de vooralsnog beperkte inzet van gezondheidspromotie en preventie én de verhoopte ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen voor 'ouderdomsziekten'.

Over de mogelijke impact van een adequate behandeling bij Alzheimer (cf. prevalentie bijl. 5) op de behoefte aan residentiële zorg vonden we geen gegevens¹². Wel bestaan er algemene scenario's die een gemiddelde stijging van de publieke uitgaven voor *long-term care* in de OESO-landen aangeven van 1,1% van het BBP in 2005 naar 2,3% in 2050. Afhankelijk van de assumpties, bijvoorbeeld rond morbiditeitscompressie, wordt deze stijging bijgesteld (bijl. 6a-d).

Preferenties en gebruik van ouderenzorg

Tussen de preferenties en het gebruik van residentiële ouderenzorg bestaat een spanning. Zoals de meeste Europeanen geven Belgen de voorkeur aan zorg in de thuissituatie wanneer ze als oudere zorgafhankelijk zouden worden¹³. Slechts 11% verkiest residentiële opvang, tegenover 8% in EU27. Opvallender is hun hoge voorkeur voor professionele zorg (45% tegenover 32% in EU27) (bijl. 7). In de meeste ontwikkelde landen bevindt 5% tot 7% van de 65+ers zich in de residentiële zorg. Meer dan 1/3 van de zorgafhankelijke 65+ers in België doet een beroep op residentiële zorg, tegenover 1/5 in Nederland en Duitsland en slechts 14,6% in de EU25 (bijl. 8a-d).

Differentiëring van het aanbod

De ouderenzorg in België bestaat, ruw geschetst en volgens de plaats van verstrekking, uit thuiszorg (verpleegkundige, verzorgende en logistieke dienstverlening aan huis), transmurale zorg (dagverzorging en kortverblijf) en residentiële zorg¹⁴. In Europa werd reeds ingezet op een differentiëring van het aanbod¹⁵, zonder dat de limieten hiervan reeds werden bereikt¹⁶.

De jongste 20 jaar nam de rusthuiscapaciteit in Vlaanderen toe met 36%. De RVT-capaciteit per 1.000 inwoners steeg aanzienlijk. Dit moet genuanceerd worden in het licht van de jaarlijkse afname van het aantal 80+ers dat potentieel terecht kan in een rusthuis (bijna 23% in 2008 tegenover 26% in 2004 (bijl. 9a-c). De ontwikkeling van assistieve technologie, waarvan de kost correct moet worden ingeschat¹⁷, zal de mogelijkheden van *respite care* voor zorgbehoevende ouderen opdrijven¹⁸. Afstemming tussen *long-term care*, gezondheidszorg en huisvesting blijft in veel landen een werkpunt¹⁹.

Informele zorg

Professionele thuiszorg is adequaat door de beschikbaarheid van informele zorg²⁰. Eventuele toegangsbeperkingen tot residentiële zorg en onderfinanciering in de formele thuiszorg (cf. Zweden²¹) kunnen leiden tot *cost shifting* naar (veelal vrouwelijke) mantelzorgers.

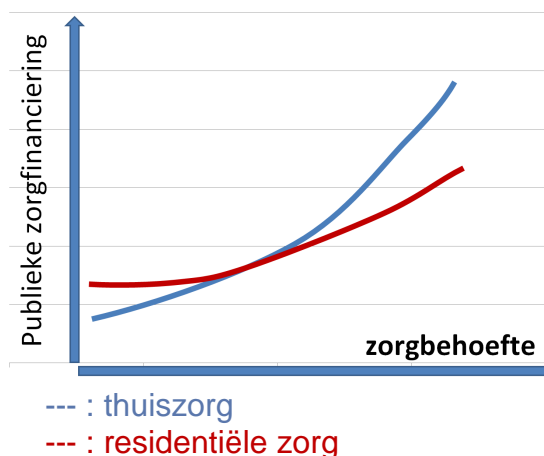
Overheden die een verhoging van de werkzaamheidsgraad bij 45+ers ambiëren²² beseffen best dat informele zorg grotendeels wordt verricht door de groep tussen 45 en 65 jaar (bijl. 10a-b)²³. Hun beleid zal minder kunnen steunen op informele zorg om *respite care* uit te bouwen. Zij lopen het risico de publieke uitgaven voor professionele thuiszorg te onderschatten²⁴.

Informele zorg genereert opportuniteitskosten²⁵; compenserende *cash benefits*, zorgverloven, fiscale voordelen en regimes met opbouw van sociale rechten moeten worden afgewogen tegenover de kost van de uitbreiding van de formele thuiszorg en het dreigende personeelstekort²⁶.

Inzet van middelen

Op 14 jaar tijd is het RIZIV-budget voor residentiële ouderenzorg meer dan verdrievoudigd (bijl. 11a-b). Bij de verwachte groei van de uitgaven voor *long-term care* (bijl. 12a en b)²⁷ moet de (ook in België) nog niet voltrokken *shift* van ziekenhuiszorg naar *long-term care* in rekening worden gebracht²⁸.

Deïstitutionalisering steunt op een alternatieve aanwending van publieke en private middelen (bijl. 13a-g). Het is niet bewezen dat, met een zelfde vergelijkingsbasis, een gemeenschapsgericht model per definitie duurder is dan residentiële zorg²⁹. Zo kon Denemarken de uitgaven voor *long-term care* reduceren door de bouw van rusthuizen te bevriezen én te investeren in thuiszorg (daling van 80+ers in rusthuizen van 20 tot 12%)³⁰. Daar staat tegenover dat er een (nog concreet te bepalen) omslagpunt is waarbij de publieke kost van thuiszorg hoger wordt dan deze van residentiële zorg bij een bepaalde graad van zorgbehoefte.



De publieke financiering van de ouderenzorg gebeurt in België grotendeels vanuit het RIZIV (voor het grootste stuk op de 'Bismarckiaanse' leest van de sociale verzekering); Vlaanderen financiert vanuit algemene middelen de niet-verpleegkundige thuiszorg en de infrastructuur van woonzorgcentra van niet-commerciële initiatiefnemers.

Deïstitutionalisering wordt bemoeilijkt door het gebrek aan samenhang tussen deze publieke financieringsbronnen (institutionele '*moral hazard*') (vgl. Oostenrijk³¹). In de meeste landen is de rol van de private verzekeringsmarkt bij *long-term* zeer beperkt³².

De verdere ontwikkeling van de residentiële ouderenzorg is onderhevig aan de wijze van publieke financiering. Een afbouw van de publieke lokale financiering (OCMW-rusthuizen) is niet uitgesloten.

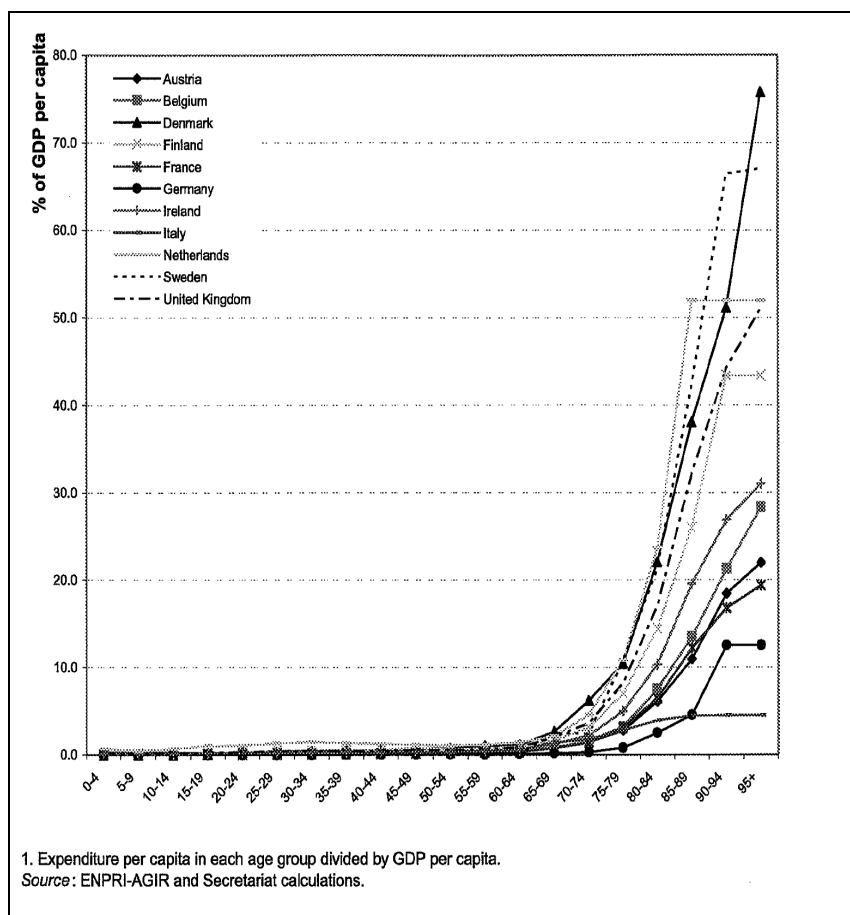
Ook is een *shift* van financiering van genormeerd aanbod naar consumptiesubsidiëring (al dan niet vrij te besteden en/of inkomensgemoduleerde *cash benefits*) niet ondenkbaar. Deze *shift* zal worden aangestuurd door Europeesrechtelijke principes die meer marktwerking in de zorg beogen³³, o.m. door de deregulering van de programmatie. Landen met weinig competitie in de zorg, zoals België, lijken minder geneigd om het gewicht van *cash benefits* op te drijven³⁴ (nu o.m. zorgverzekering en tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden), hoewel dit als een kostenbeheersende strategie wordt aanzien³⁵.

Last but not least: bij gebrek aan sociaal-economisch draagvlak (cf. projecties van de afhankelijkheidsratio, bijl. 14a-b) stijgt de druk bij overheden om het aandeel 'out-of-pocket' in de financiering te verhogen (bijl. 15a-b). Dit al dan niet met een (ideologisch beladen) middelentoetsing en met de (onzekere) veronderstelling dat het pensioensysteem volgt³⁶.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

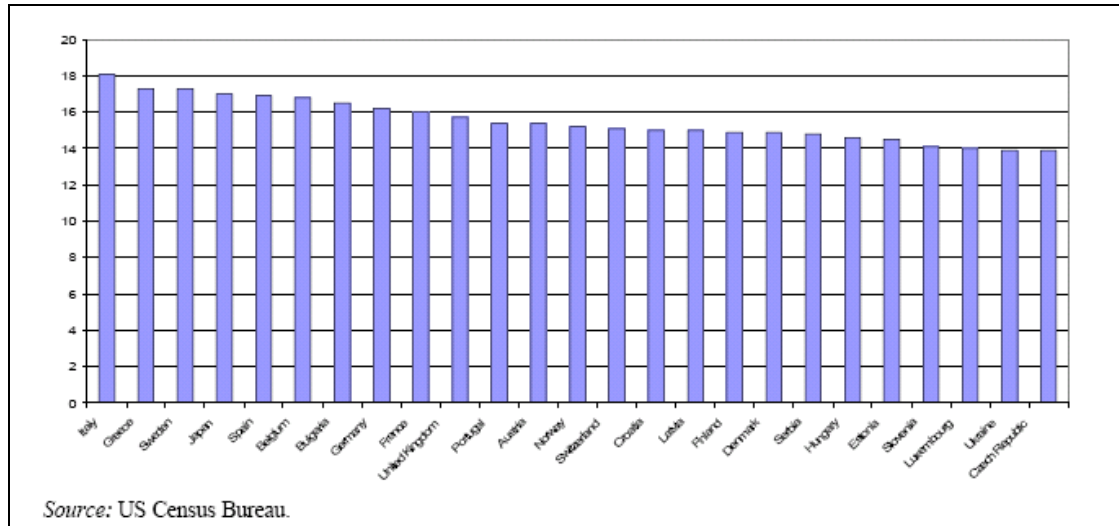
Publieke uitgaven voor *long-term care* per leeftijdsgroep (% BBP per capita)



Bron: OECD, *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers ?* (Economics Department Working Papers, nr. 477), Parijs, OECD, 2006, 48 (www.oecd.org/dataoecd/57/7/36085940.pdf).

BIJLAGE 2

De 25 landen met het hoogste aandeel 65+ers in hun bevolking (2000)



Bron: S. TSOLOVA en J. MORTENSEN, *The cross-atlantic exchange to advance long-term care* (Background paper prepared for the European Commission and AARP Joint Conference on Long-Term Care), Brussel, Centre For European Policy Studies, 2006, 2.

BIJLAGE 3a

Projectie van de omvang van de bevolking volgens leeftijdsgroep in de Europese Unie (2004-2050)

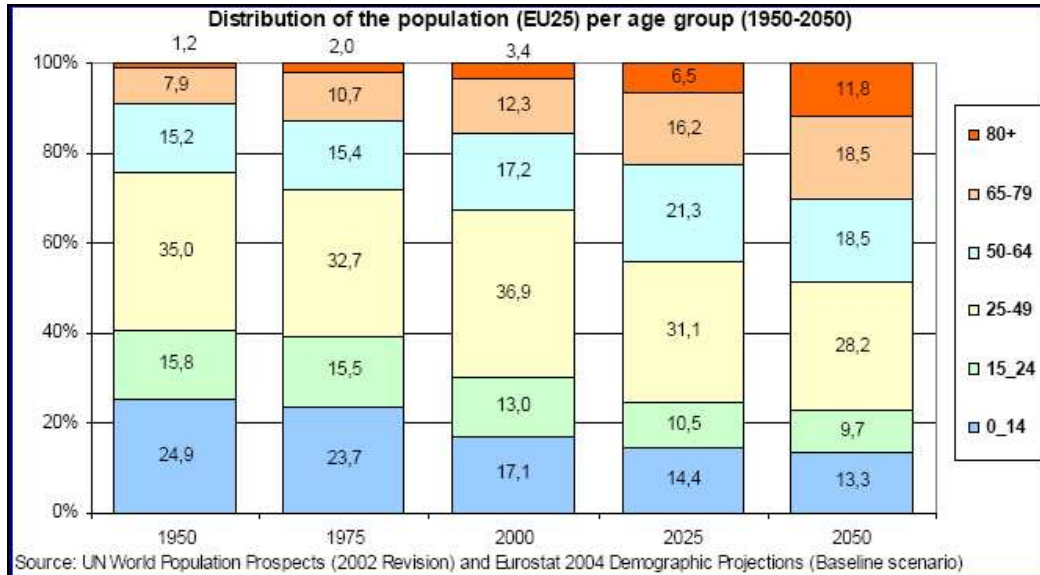
	Total population			Young population (0-14)			Working-age population (15-64)			Elderly population (65+)			Very old population (80+)		
	2004	2050	%	2004	2050	%	2004	2050	%	2004	2050	%	2004	2050	%
	change			change			change			change			change		
BE	10.4	10.8	4	1.8	1.6	-11	6.8	6.3	-8	1.8	3.0	67	0.4	1.2	173
DK	5.4	5.5	2	1.0	0.9	-16	3.6	3.3	-8	0.8	1.4	70	0.2	0.5	140
DE	82.5	77.7	-6	12.2	9.5	-22	55.5	45.0	-19	14.9	23.3	57	3.4	9.9	187
GR	11.0	10.7	-3	1.6	1.3	-18	7.5	5.9	-21	2.0	3.6	80	0.4	1.2	227
ES	42.3	43.0	1	6.2	5.0	-19	29.1	22.9	-21	7.1	15.0	111	1.8	5.3	199
FR	59.9	65.1	9	11.1	10.4	-7	39.0	37.4	-4	9.8	17.4	77	2.6	6.9	163
IE	4.0	5.5	36	0.8	0.9	4	2.7	3.2	16	0.4	1.4	219	0.1	0.4	313
IT	57.9	53.8	-7	8.2	6.2	-25	38.5	29.3	-24	11.1	18.2	64	2.8	7.2	158
LU	0.5	0.6	42	0.1	0.1	26	0.3	0.4	30	0.1	0.1	124	0.0	0.1	279
NL	16.3	17.6	8	3.0	2.8	-9	11.0	10.6	-4	2.3	4.3	91	0.6	1.6	191
AT	8.1	8.2	1	1.3	1.0	-24	5.5	4.7	-15	1.3	2.5	95	0.3	1.0	204
PT	10.5	10.1	-4	1.6	1.3	-21	7.1	5.5	-22	1.8	3.2	83	0.4	1.1	181
FI	5.2	5.2	0	0.9	0.8	-13	3.5	3.0	-14	0.8	1.4	73	0.2	0.5	174
SE	9.0	10.2	13	1.6	1.7	4	5.8	6.0	4	1.5	2.5	60	0.5	0.9	95
UK	59.7	64.2	8	10.9	9.4	-13	39.2	37.8	-4	9.5	17.0	78	2.6	6.5	150
CY	0.7	1.0	34	0.1	0.1	-11	0.5	0.6	19	0.1	0.3	193	0.0	0.1	319
CZ	10.2	8.9	-13	1.6	1.1	-28	7.2	5.0	-31	1.4	2.8	93	0.3	0.8	164
EE	1.4	1.1	-17	0.2	0.2	-23	0.9	0.7	-27	0.2	0.3	33	0.0	0.1	124
HU	10.1	8.9	-12	1.6	1.2	-24	6.9	5.2	-25	1.6	2.5	60	0.3	0.8	131
LT	3.4	2.9	-16	0.6	0.4	-35	2.3	1.7	-26	0.5	0.8	49	0.1	0.3	171
LV	2.3	1.9	-19	0.4	0.3	-22	1.6	1.1	-30	0.4	0.5	30	0.1	0.2	131
MT	0.4	0.5	27	0.1	0.1	1	0.3	0.3	12	0.1	0.1	141	0.0	0.0	254
PL	38.2	33.7	-12	6.6	4.4	-33	26.7	19.4	-27	5.0	9.9	100	0.9	3.0	226
SK	5.4	4.7	-12	0.9	0.6	-36	3.8	2.7	-28	0.6	1.4	124	0.1	0.4	210
SI	2.0	1.9	-5	0.3	0.2	-16	1.4	1.1	-24	0.3	0.6	97	0.1	0.2	252
EU25	456.8	453.8	-1	74.8	60.4	-19	306.8	259.1	-16	75.3	133.3	77	18.2	49.9	174
EU15	382.7	388.3	1	62.4	52.7	-15	255.1	221.3	-13	65.2	114.2	75	16.3	44.2	172
Euro area	308.6	308.4	0	48.9	40.8	-17	206.5	174.2	-16	53.3	93.4	75	13.0	36.3	180
EU10	74.1	65.5	-12	12.4	8.6	-30	51.7	37.8	-27	10.1	19.1	88	1.9	5.7	193

Source: EPC and European Commission (2005)

Bron: G. CARONE e.a., *The economic impact of ageing populations in the EU25 Member States* (Economic Papers nr. 236), Brussel, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2005, december, 21 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication562_en.pdf).

BIJLAGE 3b

Procentuele verdeling van de leeftijdsgroepen in de Europese Unie met projectie tot 2050



Bron: Mededeling van de Europese Commissie 'Groenboek 'Demografische veranderingen: naar een nieuwe solidariteit tussen de generaties, 16 maart 2005, 17.

BIJLAGE 3c

Projectie tot 2050 van het aantal 65+ers en 80+ers in de Europese Unie en VSA (in absolute termen en in % van de bevolking)

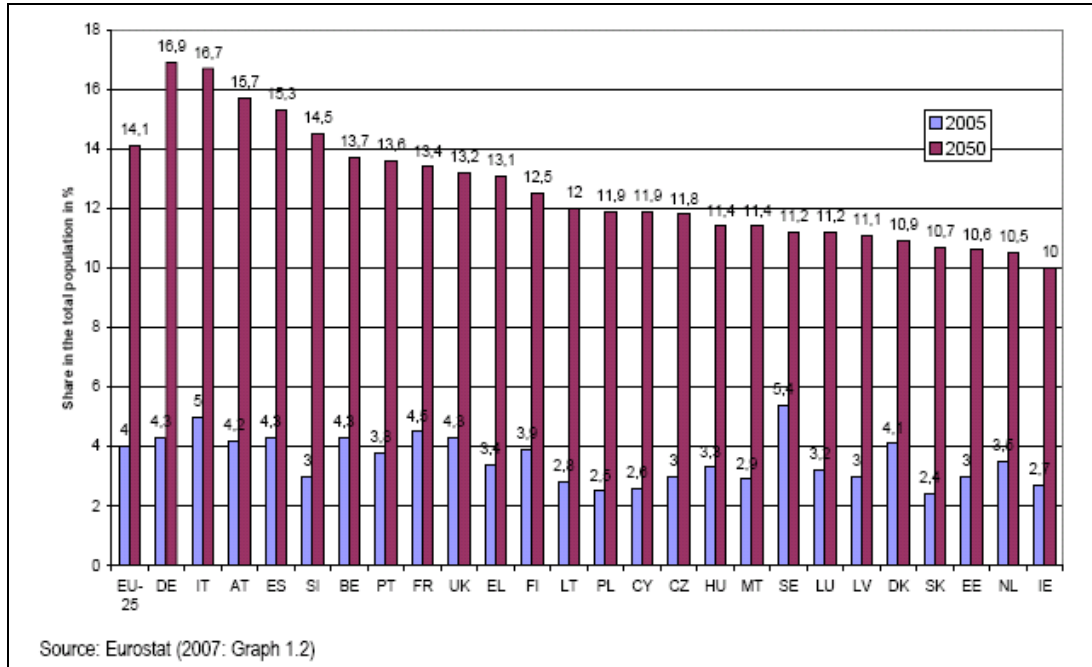
	Age 65+			Age 80+		
	2004	2050	% change	2004	2050	% change
Population in millions						
EU25	75.3	133.3	77.0	18.2	49.9	174
EU15	65.2	114.2	75.2	16.3	44.2	172
EU10	10.1	19.1	89.1	1.9	5.7	193
US	36.3	81.5	124.5	10.4	28.7	176
Percent of total population						
EU25	16.5	29.4		4.0	11.0	
EU15	17.0	29.4		4.3	11.4	
EU10	13.6	29.2		2.6	8.7	
US	12.4	19.7		3.5	7.0	

Source: EU data from the Directorate-General for Economic and Financial Affairs, European Commission (AWG projections); US data from the US Census estimates for 2004 and UN Population Division projections for the US, constant fertility rate assumptions.

Bron: S. TSOLOVA en J. MORTENSEN, *The cross-atlantic exchange to advance long-term care (Background paper prepared for the European Commission and AARP Joint Conference on Long-Term Care)*, Brussel, Centre For European Policy Studies, 2006, 16.

BIJLAGE 3d

Percentage 80+ers in de bevolking met projectie tot 2050

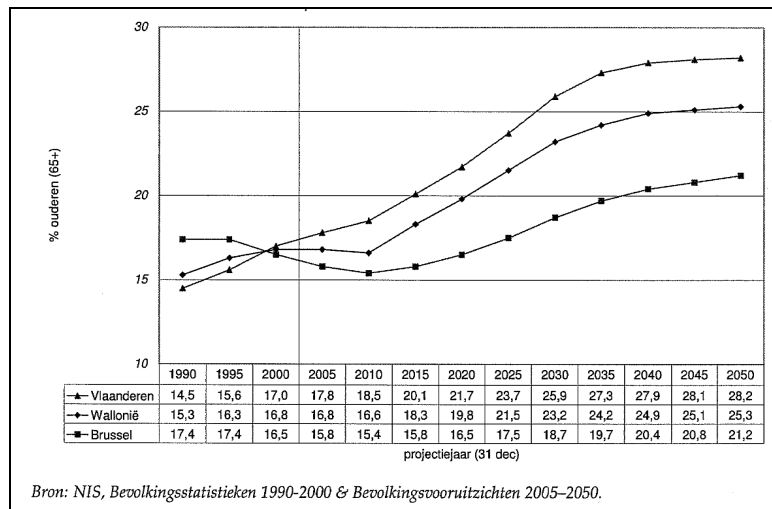


Bron: M. HUBER, *Long-term care for older people: the future of social services of general interest in the European Union – Discussion paper*, Wenen, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 29 mei 2007, 37.

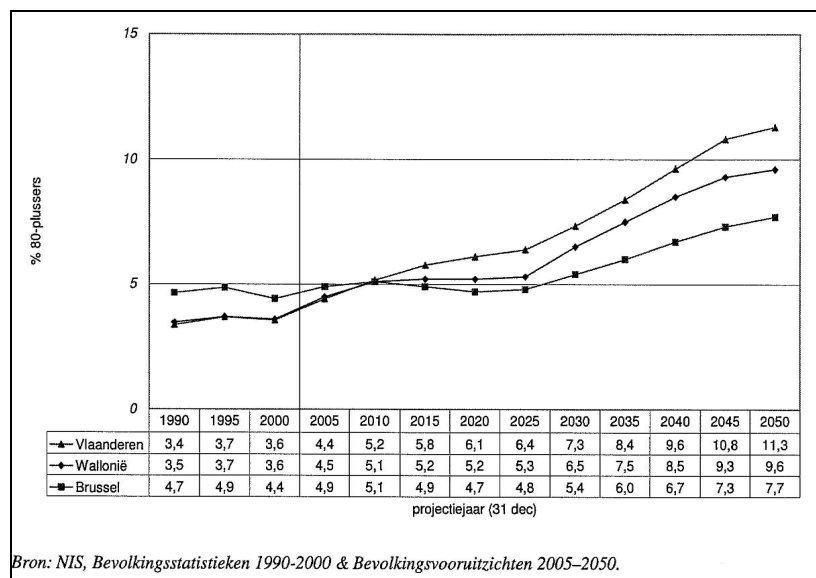
BIJLAGE 3e

Projectie tot 2050 van het aandeel 65+ers/80+ers in de bevolking per gewest in België

% 65+ers in bevolking



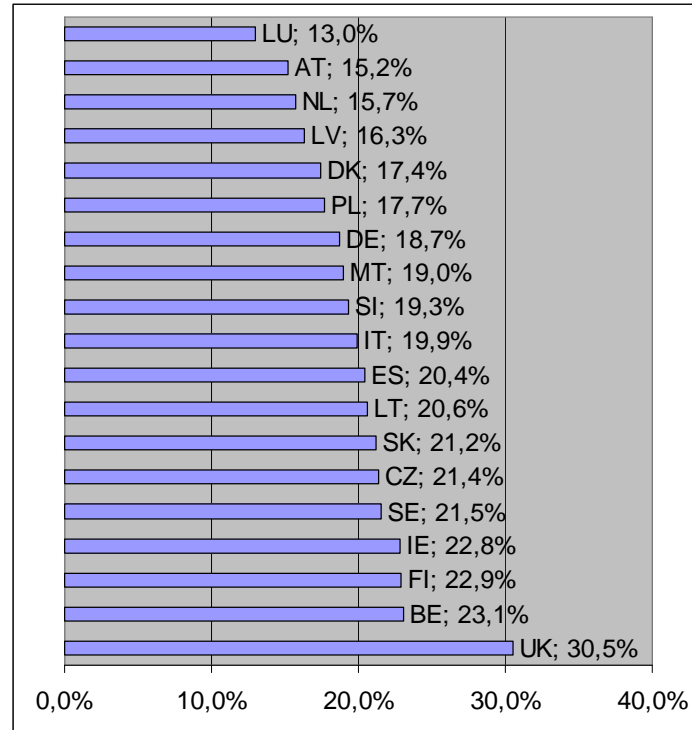
% 80+ers in bevolking



Bron: E. PELFRENE, *Ontgroening en vergrijzing in Vlaanderen 1990-2050. Verkenningen op basis van de NIS-bevolkingsvooruitzichten (Stativaria 36)*, Brussel, 2005, oktober, 15 en 21.

BIJLAGE 4

Percentage (zorg)afhankelijke 65+ers in EU (2004)



Bron: eigen bewerking - tabel afgeleid uit Directorate-General for Economic and Financial Affairs (AWG projections), weergegeven in S. TSOLOVA en J. MORTENSEN, *The cross-atlantic exchange to advance long-term care*, (Background paper prepared for the European Commission and AARP Joint Conference on Long-Term Care), Brussel, Centre For European Policy Studies, 2006, 5. Geen gegevens beschikbaar over Frankrijk, Griekenland, Portugal, Cyprus, Hongarije en Estland.

BIJLAGE 5

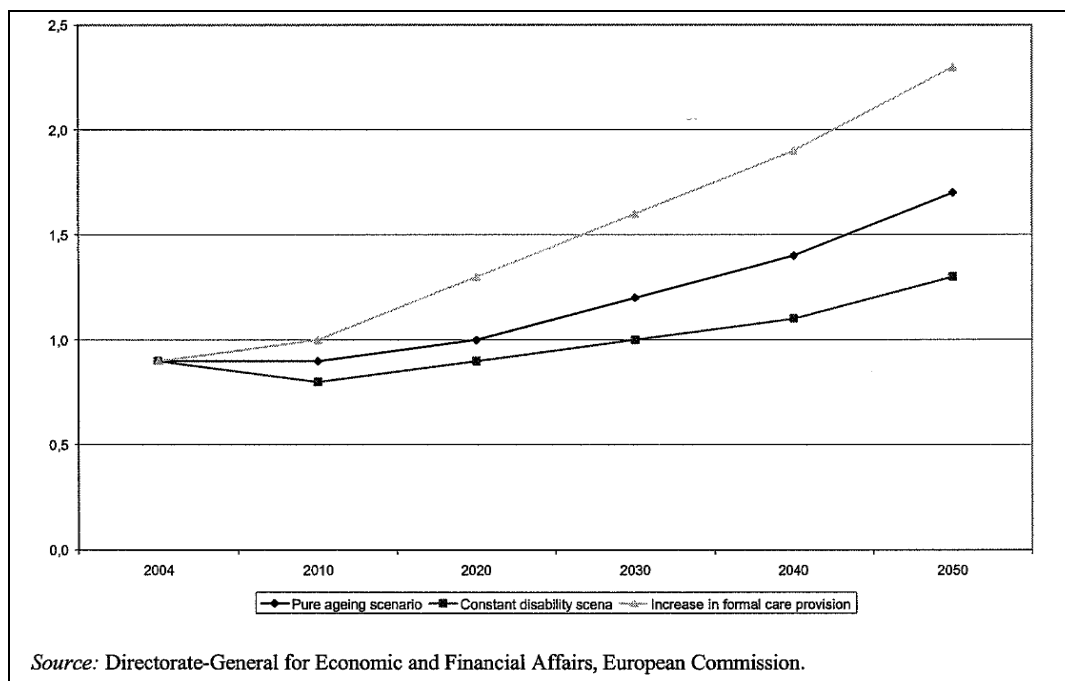
Prevalentie van Alzheimer volgens leeftijd en geslacht in 9 OESO-landen

	Males						Females					
	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90+	65 - 69	70 - 74	75 - 79	80 - 84	85 - 89	90+
Australia	0.4	1.1	1.7	3.1	8.7		0.2	0.9	2.2	5.3	17.0	
Canada		2.4	4.3	8.0	12.0	16.1		3.3	6.5	12.4	20.0	21.8
England and Wales	1.2		4.2		9.5		1.3		7.3		18.4	
France			4.1	6.6	12.1	14.3			4.0	11.8	21.2	28.0
Germany												
Japan	2.1						2.1					
Spain			0.4	2.1	5.9	12.8	0.4	1.4	1.6	7.9	9.0	15.3
Sweden	1.8		4.1		11.6		1.8		6.8		18.5	
United States	0.4	1.6	4.1	9.4	15.6	21.4	0.9	2.8	4.7	11.0	20.8	31.1
Notes												
1. Data for Australia and Japan are based on an Epi survey which did not rely on DSM-III-R.												
2. Data for Australia, Canada, England and Wales, Germany, Japan and Sweden are calculated based on assumed prevalence of AD within dementia.												

Bron: P. MOISE, M. SCHWARZINGER, M.-Y. UM en THE DEMENTIA EXPERTS' GROUP (OECD), *Dementia Care in 9 OECD Countries: A Comparative Analysis (OECD Health Working Papers nr. 13)*, Parijs, 2004, 16.

BIJLAGE 6a

Drie scenario's voor publieke uitgaven voor long-term care (EU25, % van BBP)



Bron: G. CARONE e.a., *The economic impact of ageing populations in the EU25 Member States* (Economic Papers nr. 236), Brussel, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2005, december, 18 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication562_en.pdf).

BIJLAGE 6b

Projectie van uitgaven voor *long-term care* in de EU.

	2004	2050			
		Pure ageing scenario		Constant disability scenario	
	€ million	€ million	Percent change, 2004-50	€ million	Percent change, 2004-50
EU25	12.6	26.1	106	16.5	31
EU15	11.1	22.7	105	14.4	30
EU10	1.6	3.4	118	2.1	34

Note: Excluding Greece, France, Portugal, Cyprus, Estonia and Hungary for which no data were available.
Source: Directorate-General for Economic and Financial Affairs, European Commission.

Bron: S. TSOLOVA en J. MORTENSEN, *The cross-atlantic exchange to advance long-term care (Background paper prepared for the European Commission and AARP Joint Conference on Long-Term Care)*, Brussel, Centre For European Policy Studies, 2006, 2.

BIJLAGE 6c

Projectiescenario's voor publieke uitgaven voor *long-term care* (in % BBP)

		Sensitivity analysis							
		Demographic effect	Cost-pressure	Cost-containment	Unitary income elasticity	Compression of disability	Expansion of disability	Increase in dependency	Increased participation
		2050							
2005 ²									
Australia	0.9	2.2	2.9	2.0	2.6	1.5	2.4	3.1	3.2
Austria	1.3	2.5	3.3	2.5	3.0	2.0	2.9	3.6	5.4
Belgium	1.5	2.4	3.4	2.6	3.2	2.2	3.1	3.7	5.9
Canada	1.2	2.3	3.2	2.4	3.0	1.9	2.9	3.6	2.9
Czech Republic	0.4	2.0	2.0	1.3	1.7	0.9	1.8	2.4	3.2
Denmark	2.6	3.3	4.1	3.3	3.9	2.9	3.7	4.2	3.5
Finland	2.9	4.3	5.2	4.2	4.8	3.7	4.6	5.4	4.9
France	1.1	2.3	2.8	2.0	2.5	1.6	2.4	3.0	3.7
Germany	1.0	1.9	2.9	2.2	2.7	1.7	2.7	3.4	3.2
Greece	0.2	1.0	2.8	2.0	2.6	1.4	2.6	3.5	3.0
Hungary	0.3	1.5	2.4	1.0	1.6	0.6	1.3	1.8	5.4
Iceland	2.9	3.5	4.4	3.4	4.1	3.1	3.8	4.3	3.5
Ireland	0.7	1.7	4.6	3.2	3.9	2.5	3.9	4.9	3.7
Italy	0.6	2.0	3.5	2.8	3.3	2.2	3.5	4.5	6.3
Japan	0.9	2.3	3.1	2.4	2.8	1.9	2.9	3.7	2.3
Korea	0.3	4.1	4.1	3.1	3.7	2.3	3.9	5.1	5.1
Luxembourg	0.7	1.6	3.8	2.6	3.3	2.0	3.1	4.0	4.9
Mexico	0.1	2.0	4.2	3.0	3.8	2.2	3.9	5.1	3.7
Netherlands	1.7	2.4	3.7	2.9	3.5	2.4	3.4	4.1	3.9
New Zealand	0.5	2.0	2.4	1.7	2.2	1.2	2.1	2.8	2.1
Norway	2.6	3.3	4.3	3.5	4.1	3.1	3.9	4.5	3.6
Poland	0.5	2.6	3.7	1.8	2.5	1.3	2.2	2.8	6.2
Portugal	0.2	1.3	2.2	1.3	1.9	0.8	1.8	2.4	2.1
Slovak Republic	0.3	2.6	2.6	1.5	2.0	1.1	2.0	2.6	6.6
Spain	0.2	1.0	2.6	1.9	2.3	1.3	2.4	3.3	3.0
Sweden	3.3	3.6	4.3	3.4	4.0	3.2	3.6	4.0	3.6
Switzerland	1.2	1.7	2.6	1.9	2.4	1.5	2.3	2.8	1.9
Turkey	0.1	1.8	1.8	0.8	1.4	0.5	1.2	1.7	6.8
United Kingdom	1.1	2.1	3.0	2.1	2.7	1.7	2.6	3.2	2.6
United States	0.9	1.8	2.7	1.8	2.4	1.4	2.2	2.8	1.9
Average	1.1	2.3	3.3	2.4	2.9	1.9	2.8	3.5	3.9

1. For the definition of the different scenarios see table 3.2.

2. Estimates, taking into account the observed expenditure growth between 2000 and 2003 (or 2002 if not available).

Source: Secretariat calculations.

Bron: OECD, *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers ?*

(Economics Department Working Papers, nr. 477), Parijs, OECD, 2006, 39

(www.oecd.org/dataoecd/57/7/36085940.pdf).

BIJLAGE 6d

Projectie van zorgafhankelijke ouderen (50+) in België

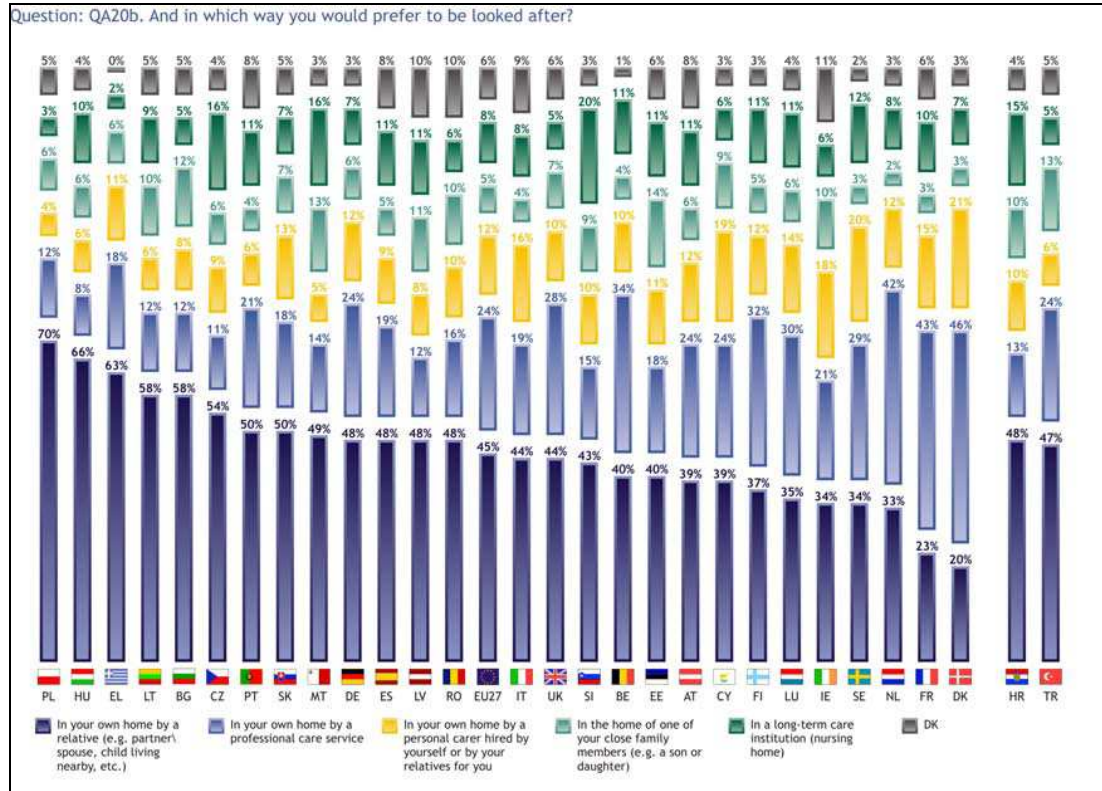
Age group	Population 2007		Dependency rates ¹		Persons needing care 2007		Persons needing care 2060	
	Male	Female	Male	Female	Male	Female	Male	Female
50-54	367473	366092	4.28%	5.21%	15737	19082	16024	19743
55-59	336767	338123	6.57%	5.15%	22139	17418	23108	18503
60-64	280339	290663	6.81%	9.81%	19081	28508	23436	35095
65-69	221208	245536	7.97%	9.15%	17631	22469	27569	33479
70-74	204947	247839	9.57%	19.73%	19604	48908	31092	69652
75-79	167557	235381	14.65%	24.80%	24544	58377	42445	82508
80-84	106680	183818	23.31%	44.34%	24866	81510	54522	132973
85+	57266	144663	58.23%	77.82%	33344	112576	158488	399733
Total	1742237	2052115	10.16%	18.95%	176945	388847	376684	791686

1. Dependency rates based on SHARE (2004) data.

Bron: P. WILLEME, *The Belgian long-term care system (Working Paper 7-10 Federal Planning Bureau)*, 2010, maart, 9 (www.plan.be/admin/uploaded/201004230943350.wp2001007.pdf).

BIJLAGE 7

Voorkeur van zorgvorm bij zorgafhankelijkheid in de Europese Unie



Bron: EUROPESE COMMISSIE, *Health and long-term care in the European Union (Eurobarometer nr. 283)*, Brussel, 2007, 2007, 95.

BIJLAGE 8a

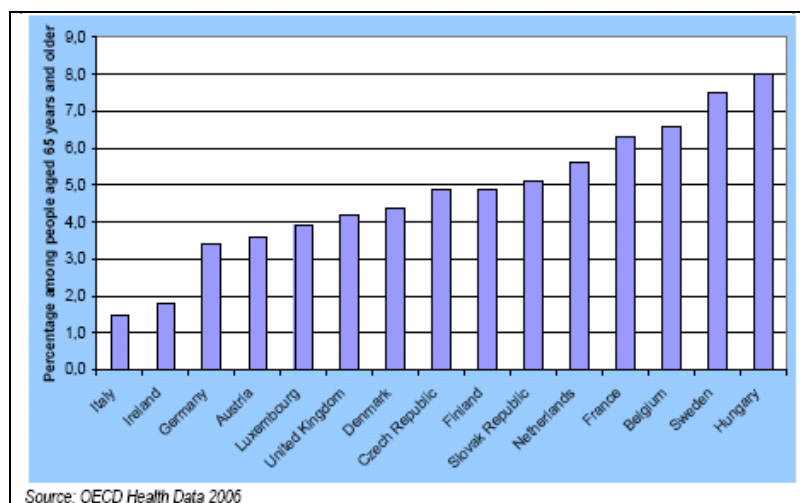
Percentage 65+ers in residentiële zorg

1. Bron: periode 1996-2003

LAND	BRON JAAR	%
Duitsland	2000	3,5
VSA	2000	4,2
Israël	2000	4,5
Oostenrijk	1998	4,9
Verenigd Koninkrijk	1996	5,1
Finland	1997	5,3
Australië	2003	5,7
Japan	2003	6,0
Canada	1993	6,2
België	1998	6,4
Frankrijk	1997	6,5
Zweden	2001	8,2
Nederland	2003	8,8
Denemarken	2001	9,1
Noorwegen	2001	11,8

Bron: eigen bewerking van tabel uit M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*, Washington, AARP Public Policy Institute, 2003, 3.

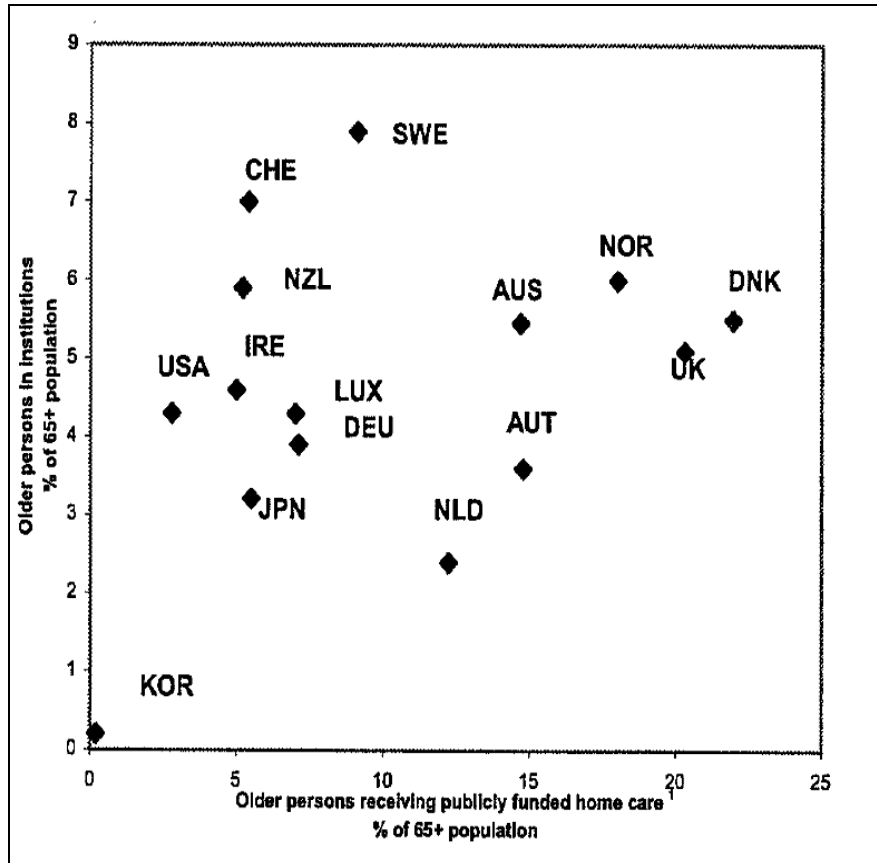
2. Bron: 2004



Bron: M. HUBER, *Long-term care for older people: the future of social services of general interest in the European Union – Discussion paper*, Wenen, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 29 mei 2007, 39.

BIJLAGE 8b

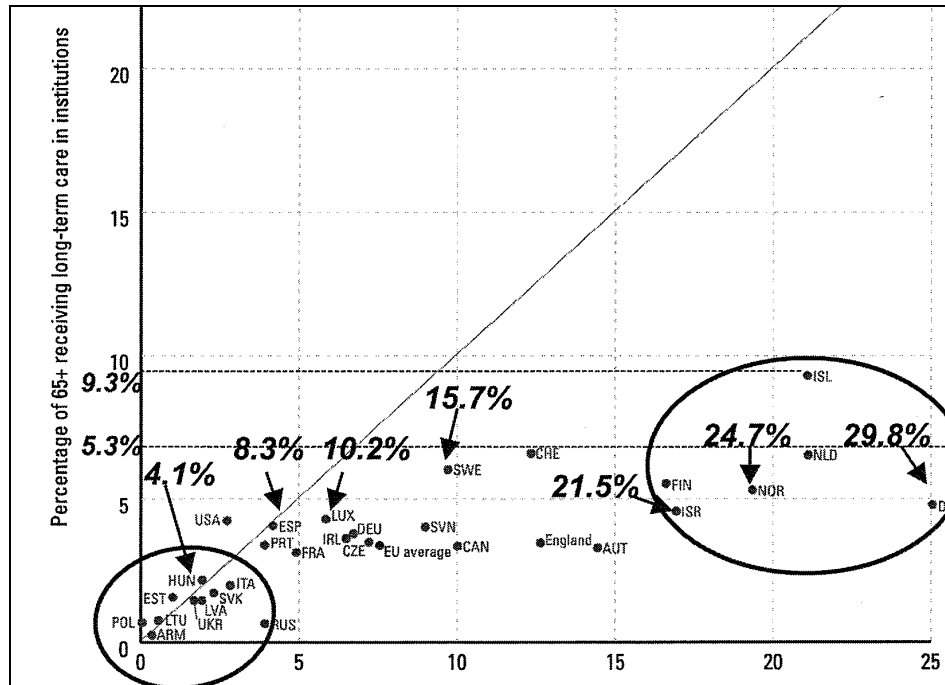
Gebruik van thuiszorg en residentiële ouderenzorg door ouderen (% van 65+ers)
(OESO, 2005)



Bron: J. LUNDGAARD (OECD), *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability* (OECD Health Working Papers nr. 20), Parijs, 2005, 33.

BIJLAGE 8c

Gebruik door 65+ers van *long-term care* (thuiszorg en residentiële zorg)



Source: Own calculations based on OECD, NOSOSCO, WHO, Eurostat and national sources.

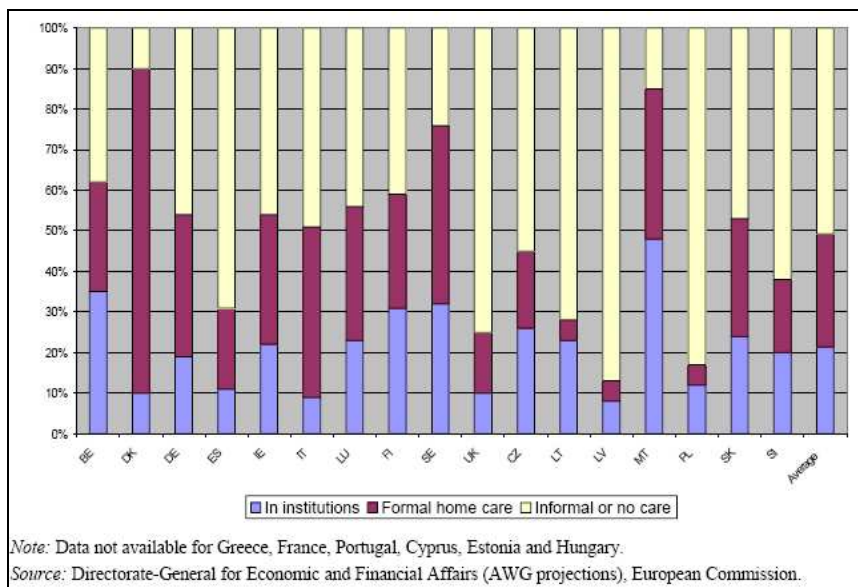
Bron: M. HUBER, R. RODRIGUES, F. HOFFMANN en B. MARIN, *A comparative analysis of long-term care for older people in Europe* (Jerusalem, September 6-10 2009), Wenen, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2008, 19 (http://www.euro.centre.org/data/1253897823_70974.pdf).

BIJLAGE 8d

Zorgafhankelijke 65+ers in EU25 en verdeling per zorgvorm (2004)

Dependent population, 2004, absolute and percent of total population 65+					
	Number of persons (000's)	Percent of population aged 65+	Per cent of dependent population		
			Formal care in institutions	Formal care at home	Informal or no care
BE	416	23.1	35.3	27.4	37.0
DK	139	17.4	9.4	126.6	0.0
DE	2790	18.7	19.2	34.9	45.9
ES	1449	20.4	10.9	19.7	69.3
IE	91	22.8	22.0	31.9	46.2
IT	2214	19.9	8.7	42.1	49.1
LU	13	13.0	23.1	30.8	46.2
NL	362	15.7	21.8	n/a	n/a
AT	197	15.2	n/a	n/a	n/a
FI	183	22.9	31.1	28.4	40.4
SE	322	21.5	31.7	44.1	24.5
UK	2899	30.5	9.6	15.2	75.2
CZ	299	21.4	25.8	18.7	55.5
LT	103	20.6	23.3	4.9	71.8
LV	65	16.3	7.7	6.2	87.7
MT	19	19.0	68.4	26.3	5.3
PL	885	17.7	11.9	5.0	83.3
SK	127	21.2	24.4	29.1	46.5
SI	58	19.3	20.7	17.2	62.1
EU25	12631	16.8	14.6	26.2	55.7
EU15	11075	17.0	14.3	28.5	53.4
EU10	1556	15.4	17.0	10.3	72.6

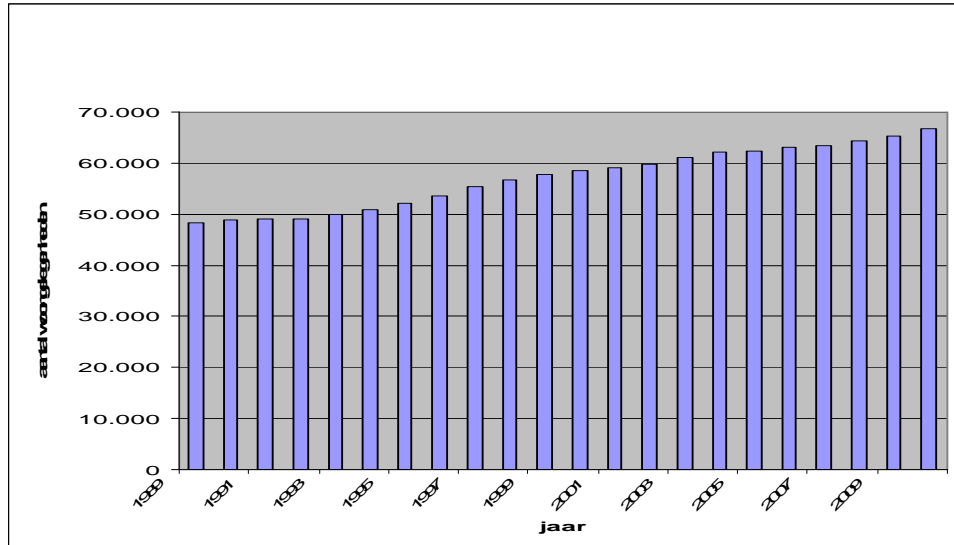
Note: Data not available for Greece, France, Portugal, Cyprus, Estonia and Hungary.
Source: Directorate-General for Economic and Financial Affairs (AWG projections).



Bron: G. CARONE e.a., *The economic impact of ageing populations in the EU25 Member States (Economic Papers nr. 236)*, Brussel, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2005, december, 4 en 7 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication562_en.pdf).

BIJLAGE 9a

Evolutie woongelegenheden in woonzorgcentra in de Vlaamse Gemeenschap (1989-2010)



Bron: eigen bewerking - tabel afgeleid uit intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid (2010)
(www.zorg-en-gezondheid.be)

BIJLAGE 9b

Capaciteit ROB (rustoorden voor bejaarden) en RVT (rust- en verzorgingstehuizen) per 1.000 inwoners (1986-2004)

1. België

	1986	1992	1999	2004
ROB	9,0	9,8	9,2	7,5
RVT	0,5	1,9	2,9	4,5

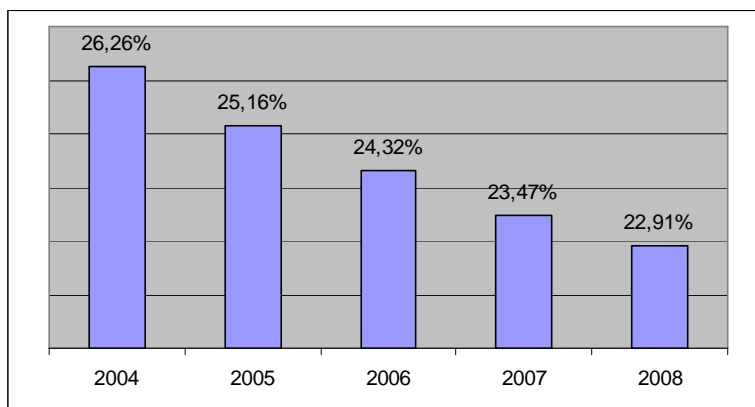
2. Vlaamse Gemeenschap

	1986	1992	1999	2004
ROB	8,3	8,6	7,2	5,7
RVT	0,6	2,1	3,0	4,7

Bron: aangehaald in cursus Gezondheidseconomie – academiejaar 2009-2010 – prof. dr. L. Cannoodt.

BIJLAGE 9c

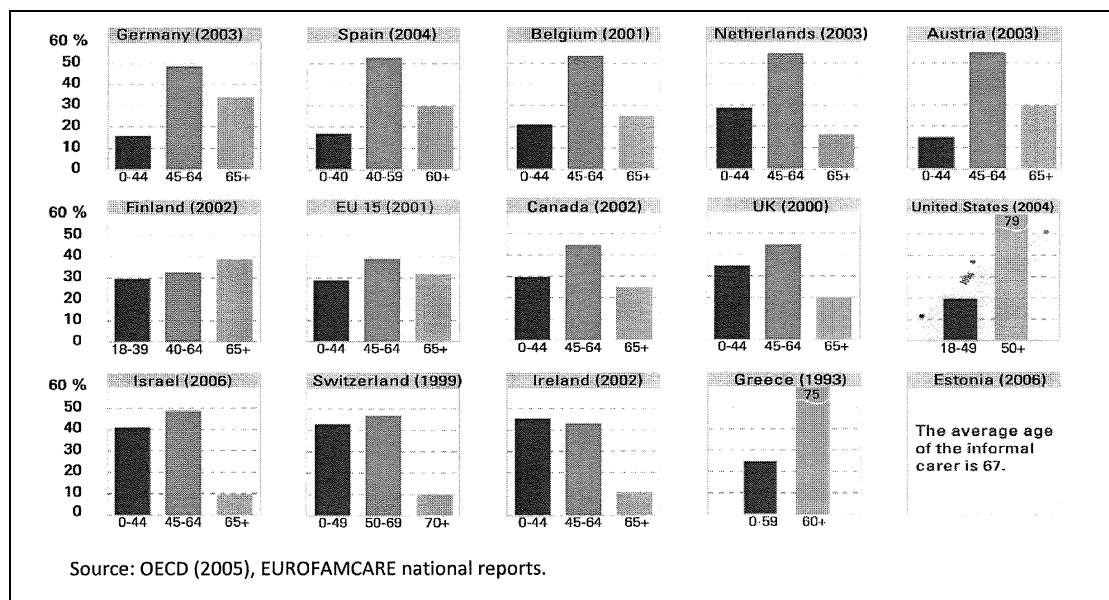
Capaciteitsratio woonzorgcentra (Vlaams Gewest, capaciteit/populatie 80+ers) (2004-2008)



Bron: eigen bewerking - tabel afgeleid uit Nationaal Instituut voor de Statistiek (2010) en intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid (2010) en intern verzelfstandigd agentschap Zorg en Gezondheid (2010).

BIJLAGE 10a

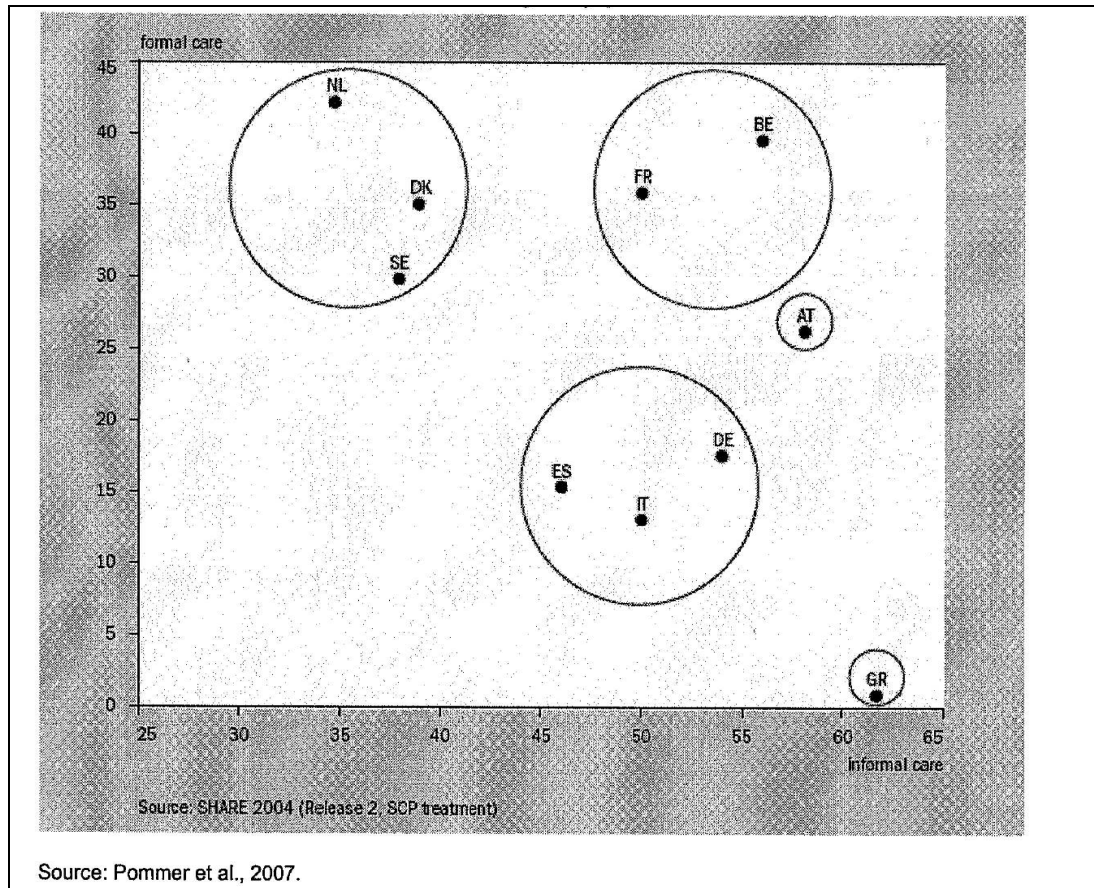
Informele zorg voor oudere familieleden volgens leeftijdsgroep van de verstrekkers (2005)



Bron: M. HUBER, R. RODRIGUES, F. HOFFMANN en B. MARIN, *A comparative analysis of long-term care for older people in Europe (Jerusalem, September 6-10 2009)*, Wenen, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2008, 10 (http://www.euro.centre.org/data/1253897823_70974.pdf).

BIJLAGE 10b

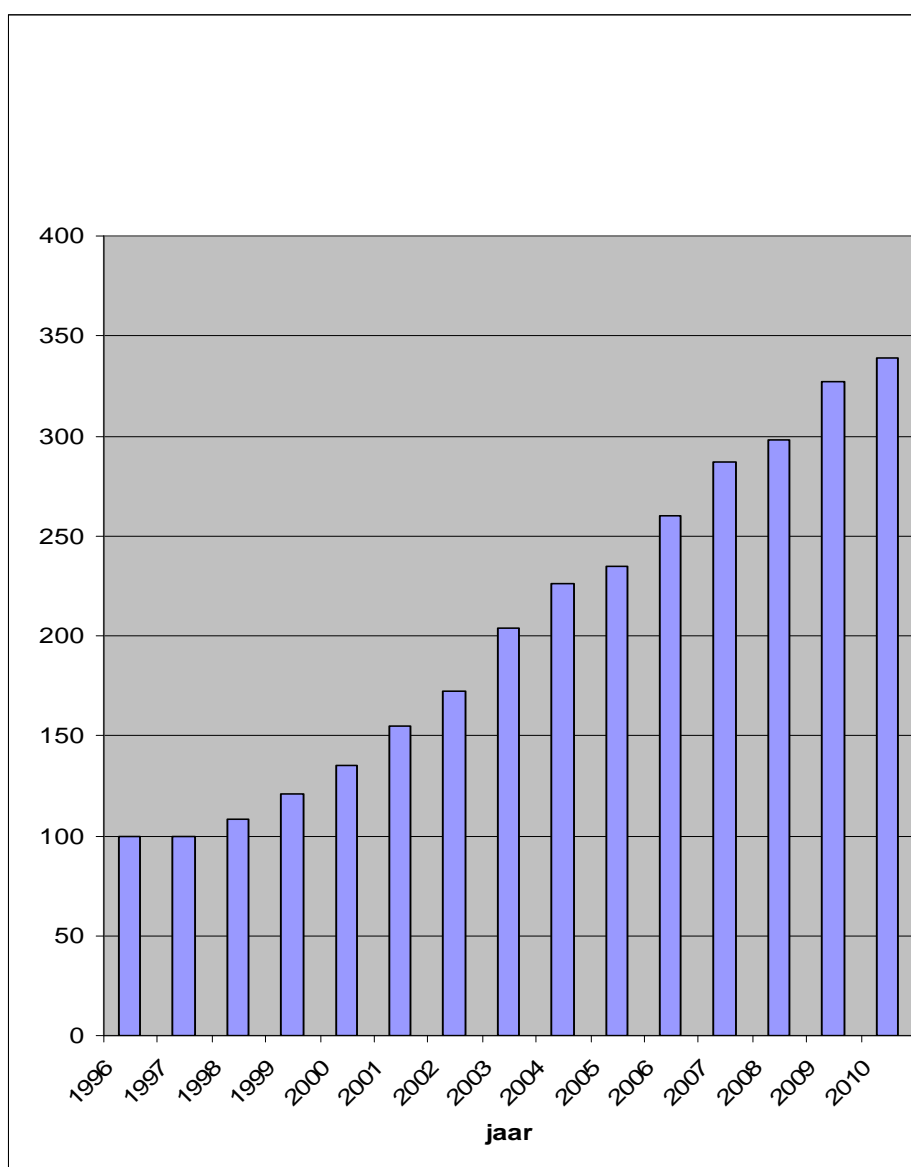
Verhouding tussen gebruik van formele en informele zorg in EU (%) (2004)



Bron: P. WILLEME, *The Belgian long-term care system* (Working Paper 7-10 Federal Planning Bureau), 2010, maart, 9 (www.plan.be/admin/uploaded/201004230943350.wp2001007.pdf).

BIJLAGE 11a

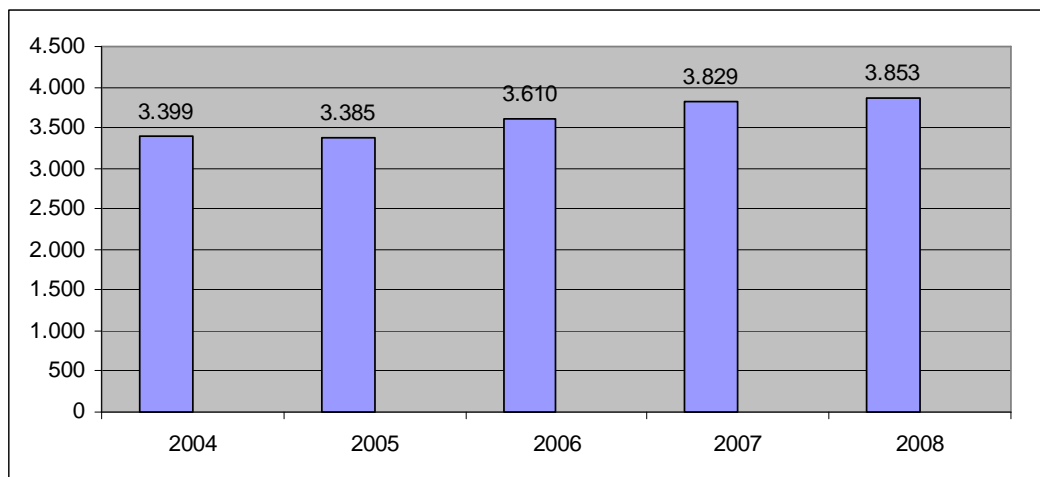
RIZIV-uitgaven residentiële ouderenzorg (ROB en RVT), exclusief centra voor dagverzorging (index 1996 = 100) (1996-2008 en partiële RIZIV-begrotingsdoelstellingen voor 2009 en 2010)



Bron: eigen bewerking - tabel afgeleid uit jaarverslagen van het RIZIV (1999-2008) en partiële RIZIV-begrotingsdoelstellingen voor 2009 en 2010 (www.riziv.fgov.be/presentation/nl/publications/annula-report, www.riziv.fgov.be/information/nl/accounting/budgets/press/budget2009/press2008101502.htm en www.inami.fgov.be/information/nl/accounting/budgets/press/budget2010/press2009102102.htm).

BIJLAGE 11b

RIZIV-uitgaven voor residentiële ouderenzorg per 80+er in België (inclusief inflatie)

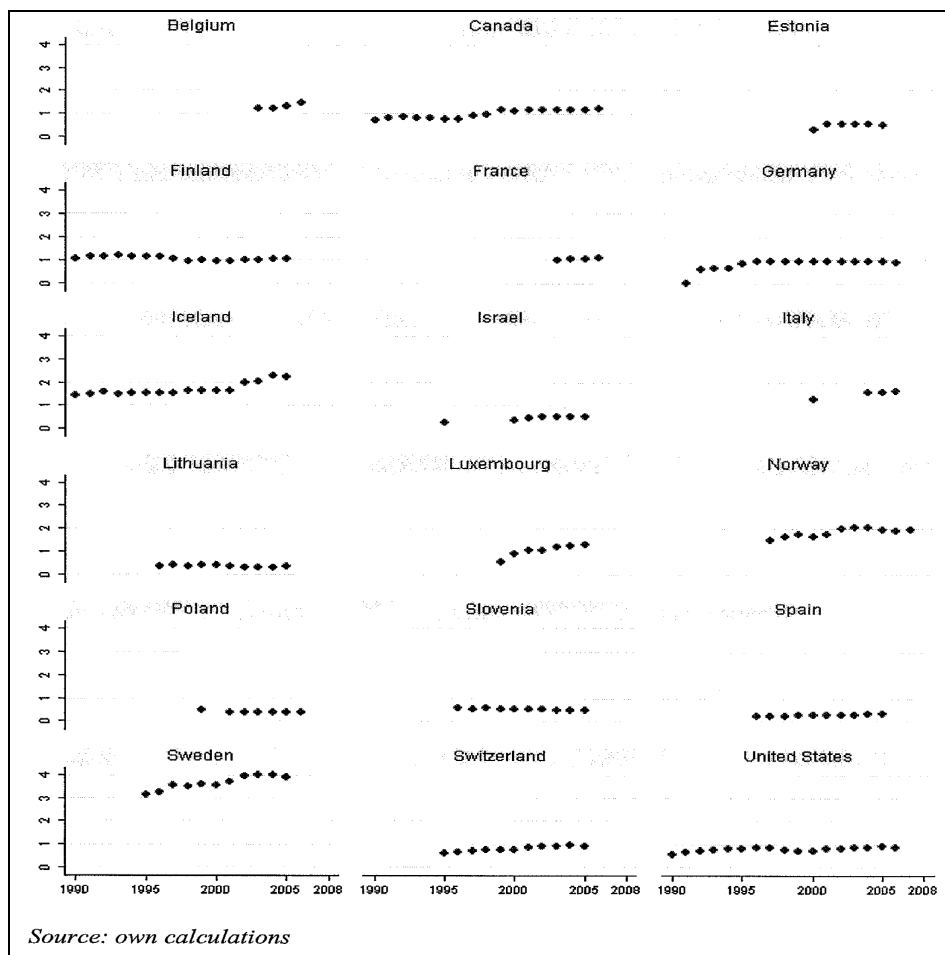


Bron: eigen bewerking - tabel afgeleid uit jaarverslagen van het RIZIV (2004-2008)

(www.riziv.fgov.be/presentation/nl/publications/annula-report).

BIJLAGE 12a

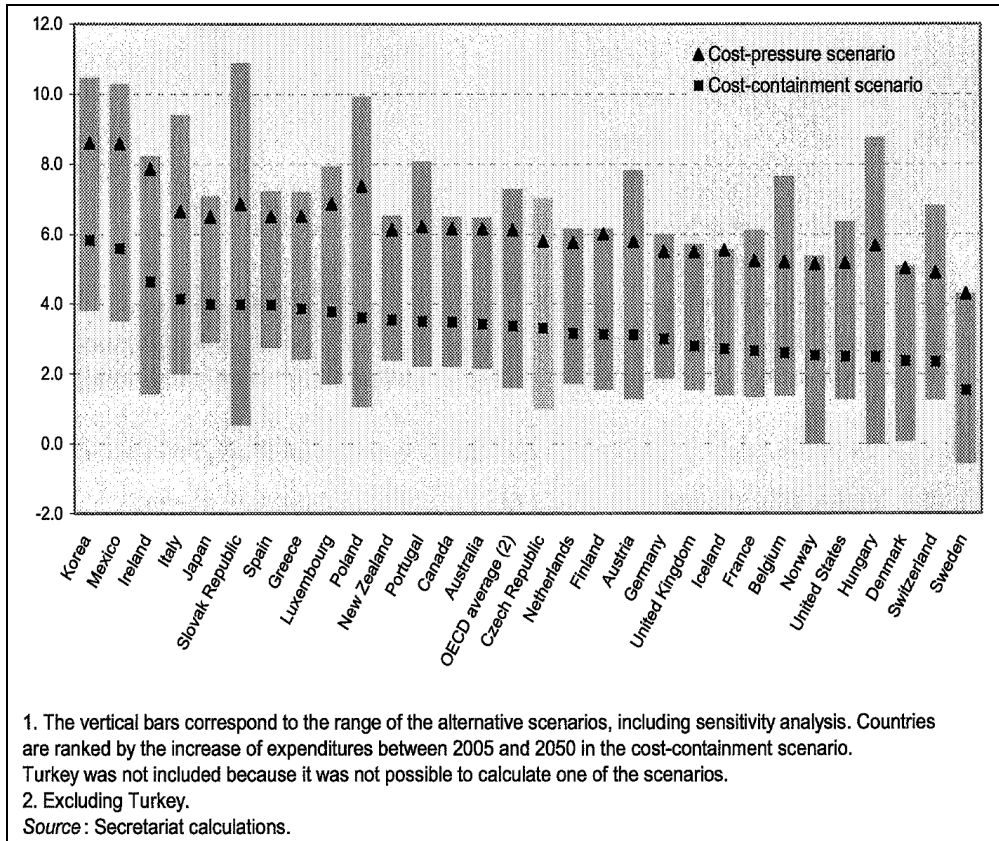
Evolutie publieke uitgaven voor long-term care (1990-2005) (% BBP)



Bron: M. HUBER en R. RODRIGUES, *A framework for measuring long-term care expenditure in Europe – Paper Prepared for the 30th General Conference of the International Association for Research in Income and Wealth (Portoroz, Slovenia, August 24-30, 2008)*, Wenen, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2008, 34.

BIJLAGE 12b

Groei van uitgaven voor gezondheidszorg en *long-term care* tussen 2005 en 2050 (in procentpunten van BBP)



Bron: OECD, *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers ?* (Economics Department Working Papers, nr. 477), Parijs, OECD, 2006, 42 (www.oecd.org/dataoecd/57/7/36085940.pdf).

BIJLAGE 13a

Publieke en private uitgaven voor long-term care (% BBP) (1995 en 2000)

% GDP US\$, PPP*	Total Long-Term Care Expenditures		Public Long-Term Care Expenditures		Private Long-Term Care Expenditures	
	1995	2000	1995	2000	1995	2000
Australia	0.63%	0.80%	0.49%	0.62%	0.14%	0.18%
Canada	1.04%	1.29%	0.78%	1.03%	0.26%	0.26%
Denmark	2.02%	2.12%	NA	NA	NA	NA
France	0.31%	0.35%	0.31%	0.35%		
Germany	1.09%	1.23%	NA	NA	NA	NA
Japan	0.26%	0.69%	0.22%	0.62%	0.03%	0.07%
Netherlands		2.88%		NA		NA
United States	1.43%	1.29%	0.87%	0.74%	0.56%	0.54%
NA = Not available; data for these countries are derived from the OECD provider classification for Nursing and Residential Care Facilities (HP.2). Public and private spending are not reported in this classification; however, long-term care in these countries is funded primarily by public sources. Australian data for 2000 are from the Australian Department Health and Ageing. * PPP = Purchasing Power Parity Source: OECD Health Data 2003; Analysis by AARP Public Policy Institute						

Bron: M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*, Washington, AARP Public Policy Institute, 2003, 22.

BIJLAGE 13b

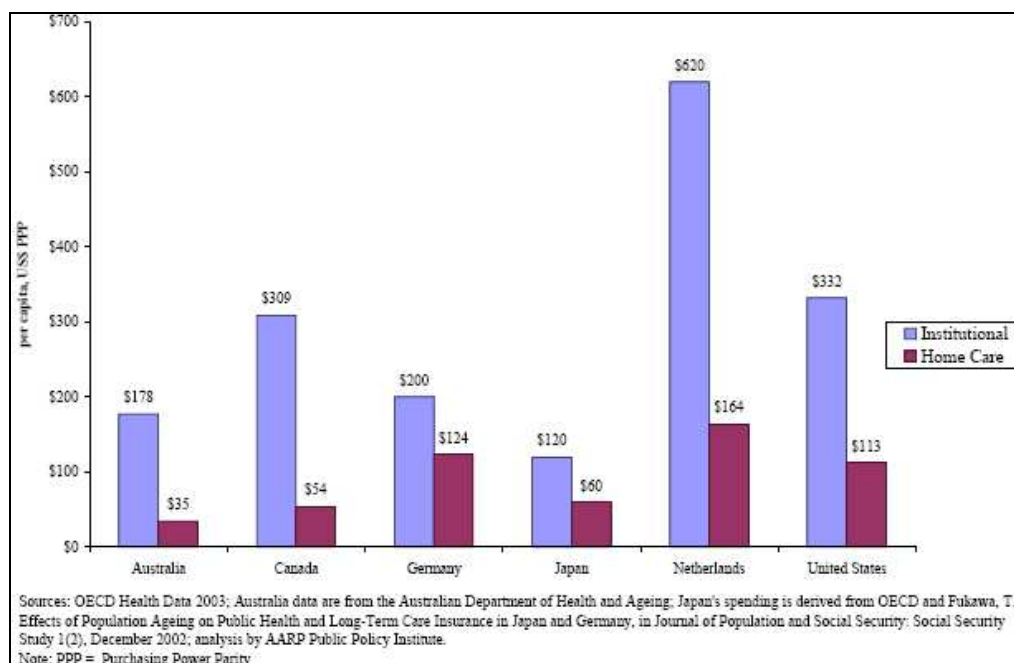
Totale uitgaven voor *long-term care* (residentiële zorg en thuiszorg) (% BBP) (1995 en 2000)

	Total Institutional Expenditures		Total Home Care Expenditures		Total Long-Term Care Expenditures	
% GDP US\$, PPP*	1995	2000	1995	2000	1995	2000
Australia	0.59%	0.67%	0.04%	0.13%	0.63%	0.80%
Canada	0.89%	1.10%	0.15%	0.19%	1.04%	1.29%
Denmark					2.02%	2.12%
France	0.28%	0.31%	0.03%	0.04%	0.31%	0.35%
Germany	0.71%	0.76%	0.38%	0.47%	1.09%	1.23%
Japan	0.25%	0.46%	0.004%	0.23%	0.26%	0.69%
Netherlands		2.28%		0.60%		2.88%
United States	1.02%	0.96%	0.42%	0.33%	1.43%	1.29%
<p>Notes: Institutional care expenditures represent the OECD classification for In-Patient Nursing Care (HC3.1) for Australia, Canada, France, Japan, and the United States. For Denmark, Germany, and the Netherlands, institutional care expenditures are reported from the OECD provider classification for Nursing and Residential Care Facilities (HP.2). Except for the United States, home care expenditures represent the OECD classification for LT Nursing Care at Home (HC3.3). Japan's home care figures also include Curative Home Care (HC1.4) and Rehabilitative Home Care (HC2.4); the United States reports home care expenditures exclusively in these two classifications. Australian data for 2000 are from the Australian Department Health and Ageing. Japanese data are derived from OECD and T. Fukawa, December 2002. Danish expenditures cannot be divided between institutional care and home care because individuals in institutions, which include assisted living and other "service housing" as well as nursing homes, also receive home help services.**</p> <p>* PPP = Purchasing Power Parity ** Johannes Nielsen of the Nordic Social Statistics Committee.</p> <p>Source: OECD Health Data 2003; Analysis by AARP Public Policy Institute.</p>						

Bron: M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*, Washington, AARP Public Policy Institute, 2003, 17.

BIJLAGE 13c

Uitgaven voor *long-term care* per capita voor residentiële zorg en thuiszorg (2000)

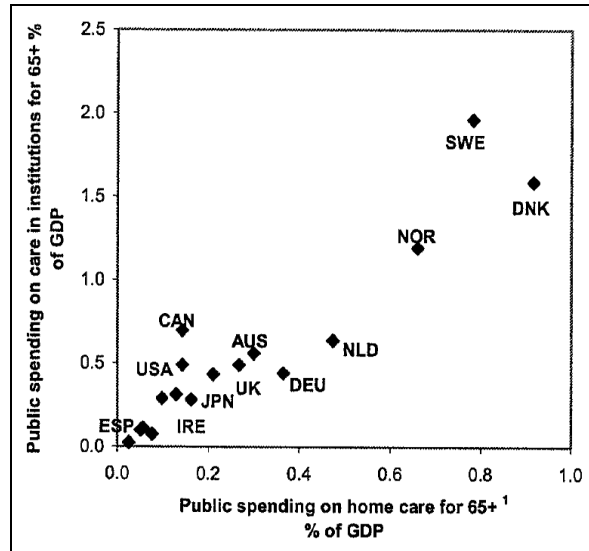


Bron: M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*, Washington, AARP Public Policy Institute, 2003, 20.

BIJLAGE 13d

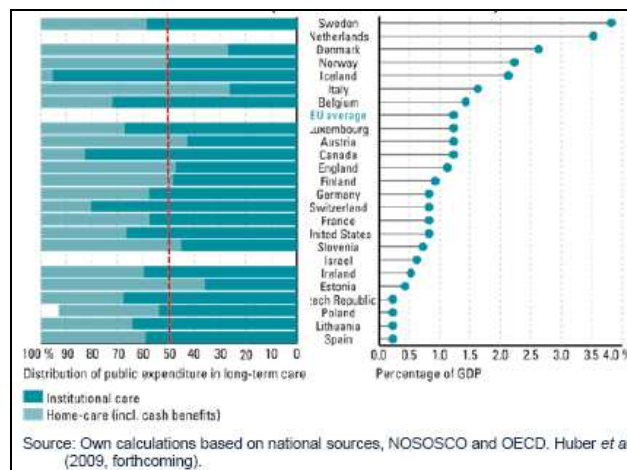
Publieke uitgaven voor long-term care (% BBP) en verdeling tussen thuiszorg en residentiële zorg

1. Bron: 2005 voor 65+ers



Bron: J. LUNDGAARD (OECD), *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability* (OECD Health Working Papers nr. 20), Parijs, 2005, 33.

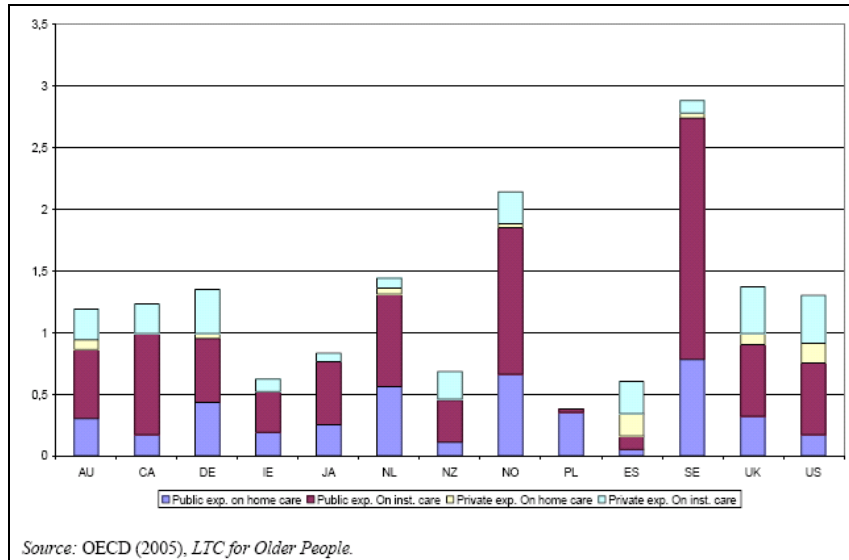
2. Bron: 2007 of recenter



Bron: M. HUBER, R. RODRIGUES, F. HOFFMANN en B. MARIN, *A comparative analysis of long-term care for older people in Europe* (Jerusalem, September 6-10 2009), Wenen, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2008, 23 (http://www.euro.centre.org/data/1253897823_70974.pdf).

BIJLAGE 13e

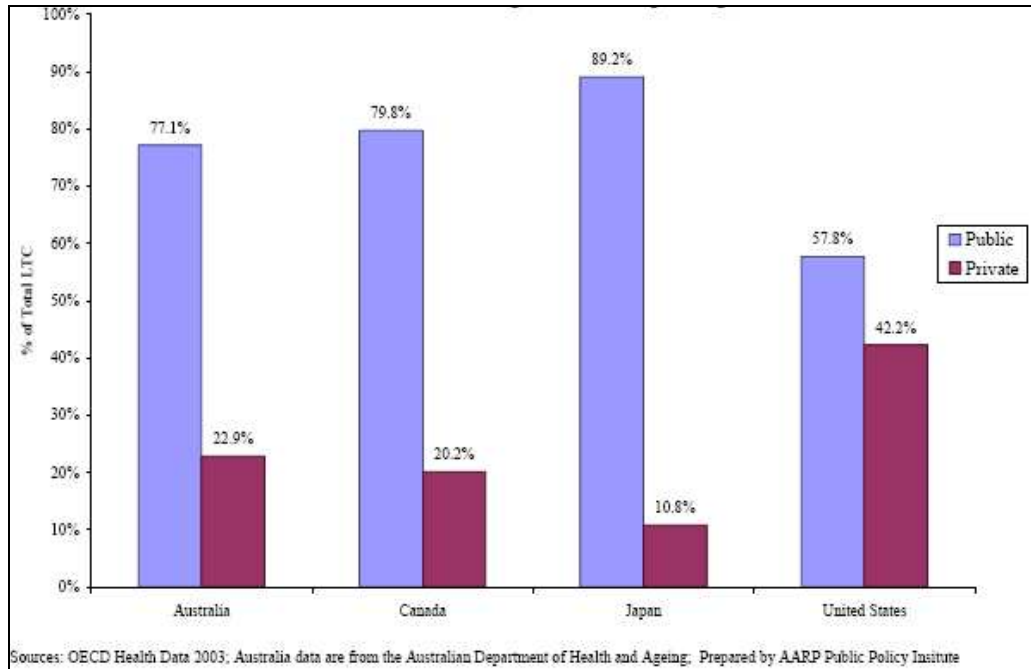
Publieke en private uitgaven voor *long-term care* (thuiszorg en residentiële zorg) (2003, % van BBP)



Bron: G. CARONE e.a., *The economic impact of ageing populations in the EU25 Member States (Economic Papers nr. 236)*, Brussel, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, 2005, december, 15 (http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/publication562_en.pdf).

BIJLAGE 13f

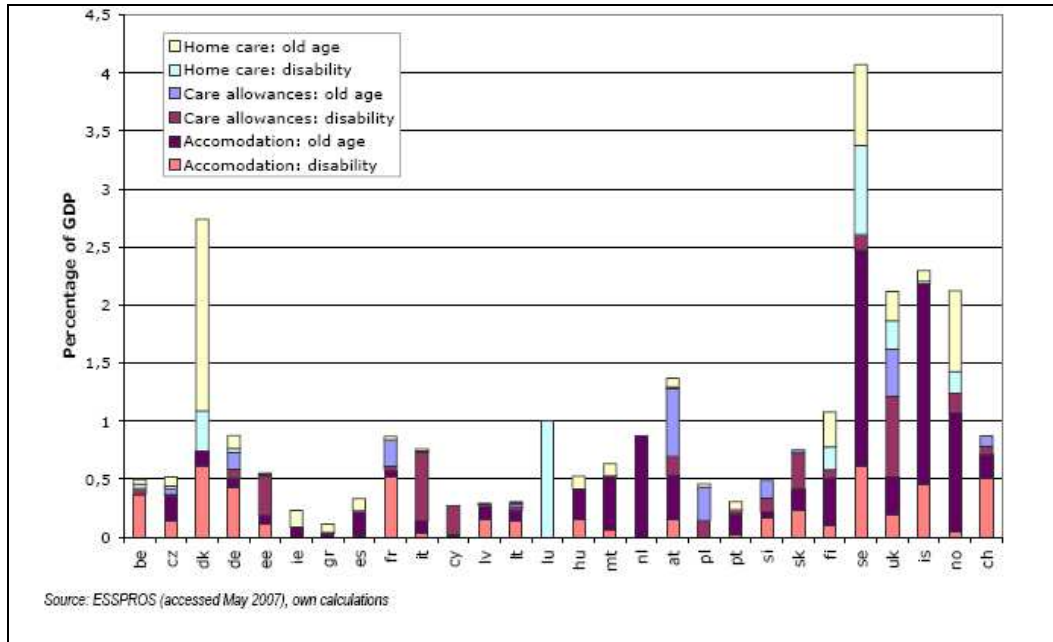
Procentuele verdeling publieke en private uitgaven voor *long-term care* (2000)



Bron: M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*, Washington, AARP Public Policy Institute, 2003, 23.

BIJLAGE 13g

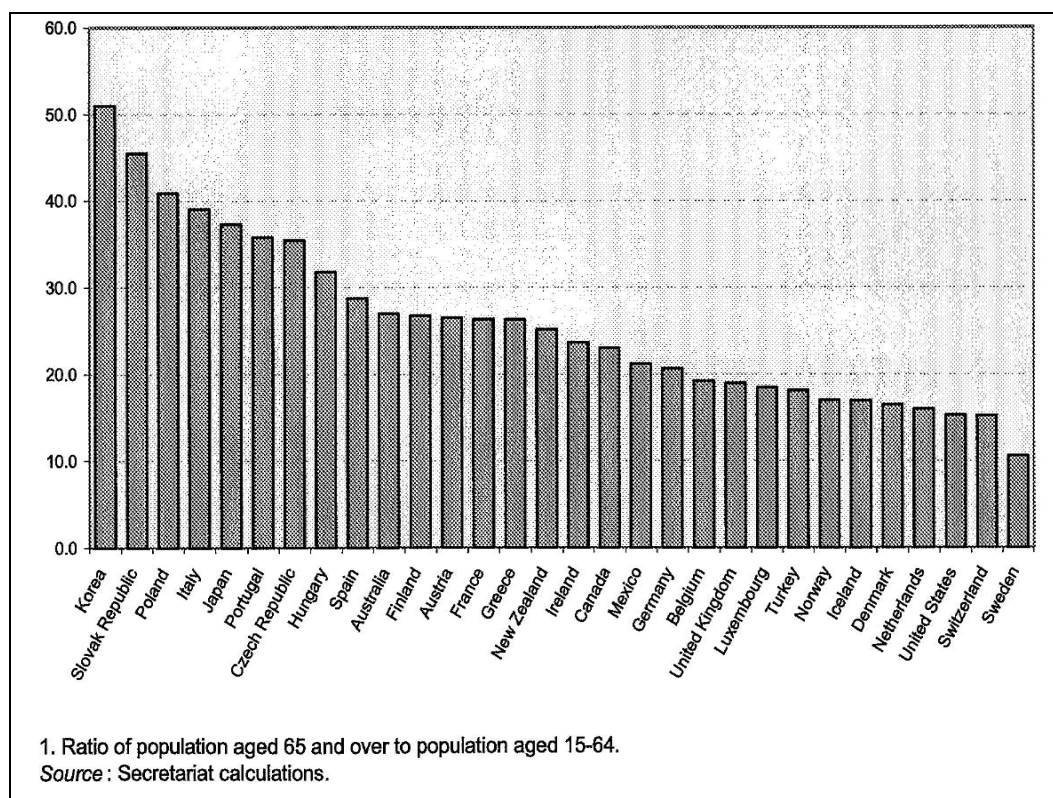
Verschillende componenten van *long-term care* gerelateerde sociale uitgaven (% BBP) (2004)



Bron: M. HUBER, *Long-term care for older people: the future of social services of general interest in the European Union – Discussion paper*, Wenen, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 29 mei 2007, 41.

BIJLAGE 14a

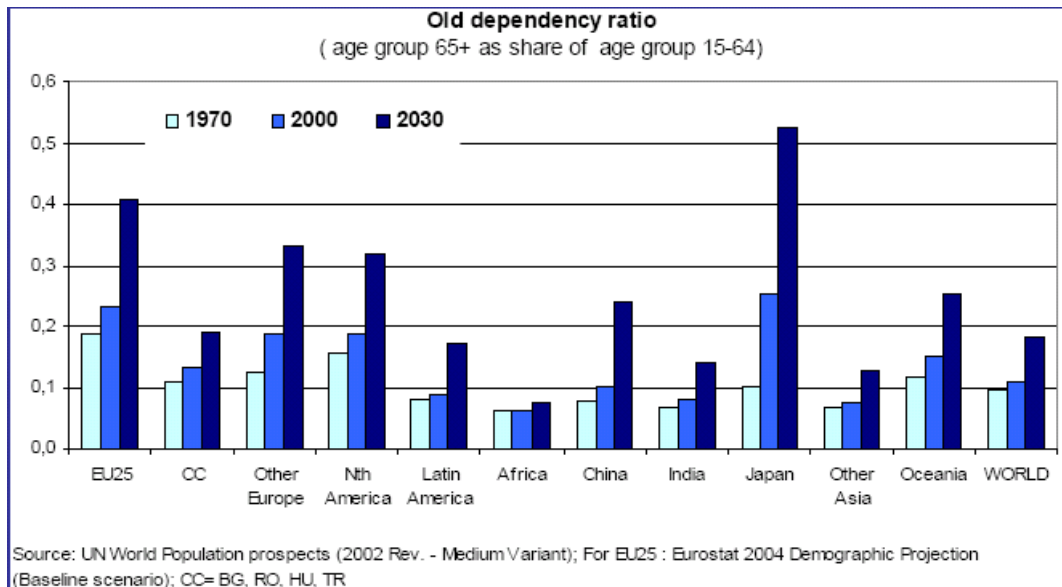
Toename afhankelijkheidsratio tussen 2005-2050 in procentpunten



Bron: OECD, *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers ?* (Economics Department Working Papers, nr. 477), Parijs, OECD, 2006, 47
(www.oecd.org/dataoecd/57/7/36085940.pdf).

BIJLAGE 14b

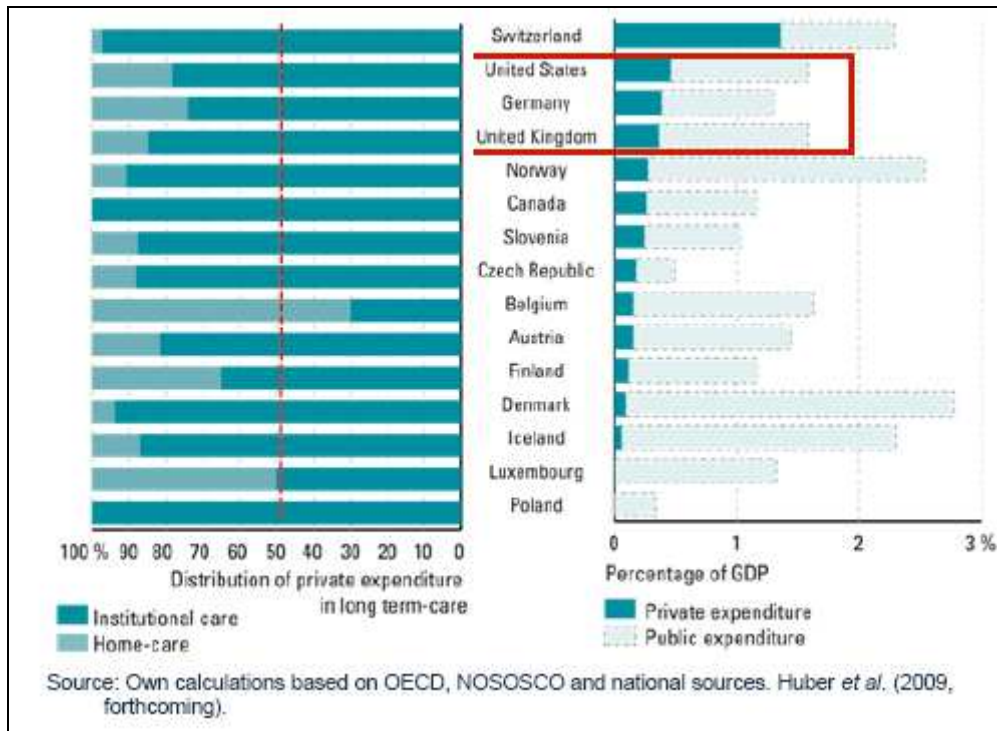
Projectie van de afhankelijkheidsratio in de wereld tot 2030



Bron: Mededeling van de Europese Commissie 'Groenboek 'Demografische veranderingen: naar een nieuwe solidariteit tussen de generaties, 16 maart 2005, 15.

BIJLAGE 15a

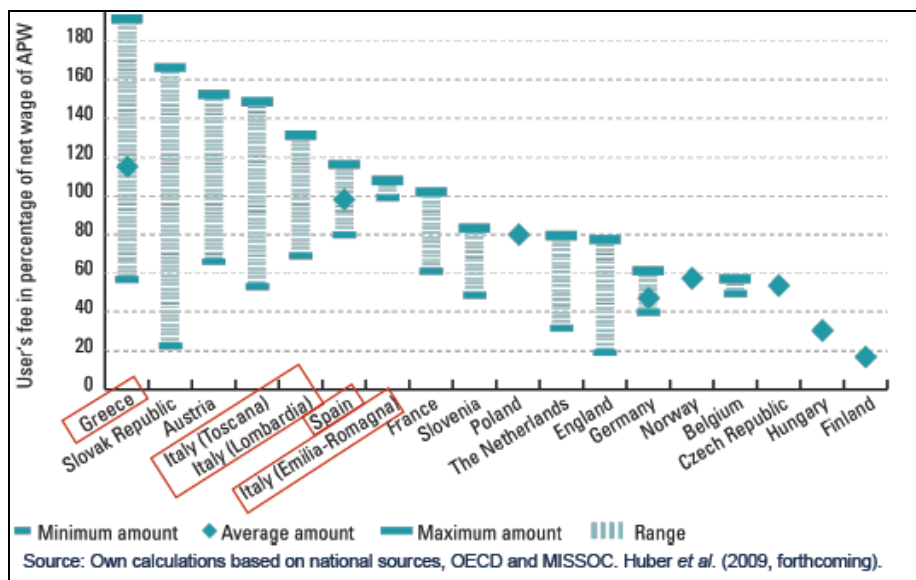
Private uitgaven voor long-term care (% BBP) en verdeling tussen thuiszorg en residentiële zorg (2007 of recenter)



Bron: M. HUBER, R. RODRIGUES, F. HOFFMANN en B. MARIN, *A comparative analysis of long-term care for older people in Europe* (Jerusalem, September 6-10 2009), Wenen, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2008, 24 (http://www.euro.centre.org/data/1253897823_70974.pdf).

BIJLAGE 15b

Eigen bijdragen voor residentiële zorg (% gemiddeld nettoloon) (2007 en recenter)



Bron: M. HUBER, R. RODRIGUES, F. HOFFMANN en B. MARIN, *A comparative analysis of long-term care for older people in Europe (Jerusalem, September 6-10 2009)*, Wenen, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2008, 25 (http://www.euro.centre.org/data/1253897823_70974.pdf).

¹ P.R. POPPLE en L. LEIGHNINGER, *Social work, social welfare, and American Society*, Boston, Allyn and Bacon, 1993, 372 e.v.; W.I. TRATTNER, *From poor law to welfare state. A history of social welfare in America*, New York, The Free Press, 1999, 209-210.

² T.K. VIITANEN, *Informal and Formal Care in Europe (IZA Discussion Paper No. 2648)*, 2007, februari 2.

³ AD HOC EXPERT GROUP ON THE TRANSITION FROM INSTITUTIONAL TO COMMUNITY-BASED CARE, *Report of the Ad Hoc Group on the Transition from Institutional to Community-based Care*, 2009, 10.

⁴ M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *Long-Term Care in Developed Nations: A Brief Overview*, Washington, AARP Public Policy Institute, 2003, 4; INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION, *Dynamic Social Security for Europe: Choice and Responsibility – Developments and Trends*, Wenen, ISSA, 2010, 23.

⁵ M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, o.c., 2.

⁶ M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, o.c., 3 en 17.

⁷ Zie o.m. OECD, *Projecting OECD health and long-term care expenditures: what are the main drivers ? (Economics Department Working Papers, nr. 477)*, Parijs, OECD, 2006, 81p.

⁸ FOD ECONOMIE, K.M.O., MIDDENSTAND EN ENERGIE, *Sectorstudie rusthuizen*, Brussel, 2009, 9; DEXIA, "Vergrijzing: impact en uitdagingen voor de lokale besturen", *Lokale financiën* 2010, april, 57-58.

⁹ L. VANDEN BOER, K. PAUWELS, M. CALLENS en V. CARRETTE, *Het leefsituatieonderzoek Vlaamse ouderen (LOVO) – LOVO-2: Rusthuis- en RVT-bewoners. Opzet en gegevensverzameling (CBGS-werkdocument 2006/2)*, Brussel, Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudies, 2006, 34.

¹⁰ M. HUBER, *Long-term care for older people: the future of social services of general interest in the European Union – Discussion paper*, Wenen, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 29 mei 2007, 8.

¹¹ Zie G. LAFORTUNE, G. BALESTAT en THE DISABILITY STUDY EXPERT GROUP MEMBERS (OECD), *Trends in Severe Disability Among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications (OECD Health Working Papers nr. 26)*, Parijs, 2007, 79p.

¹² M. HUBER, o.c., 25.

¹³ M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, o.c., 19; EUROPESE COMMISSIE, *Health and long-term care in the European Union (Eurobarometer nr. 283)*, Brussel, 2007, 2007, 95.

-
- ¹⁴ P. WILLEME, *The Belgian long-term care system (Working Paper 7-10 Federal Planning Bureau)*, Brussel, Federaal Planbureau, maart 2010.
- ¹⁵ M. HUBER en R. RODRIGUES, *o.c.*, 4.
- ¹⁶ M. HUBER, *o.c.*, 25.
- ¹⁷ M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *o.c.*, 25.
- ¹⁸ VLAAMS INSTITUUT VOOR WETENSCHAPPELIJK EN TECHNOLOGISCH ASPECTENONDERZOEK, *Assistieve technologie (dossier nr. 7)*, Brussel, Vlaams Parlement, 2007, 7 en 23 e.v.
- ¹⁹ M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *o.c.*, 25.
- ²⁰ INTERNATIONAL SOCIAL SECURITY ASSOCIATION, *o.c.*, 24; M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *o.c.*, 4.
- ²¹ M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *o.c.*, 4.
- ²² 35,7% in Vlaams Gewest in groep 55-64 jaar: www.werk.be/c-en-o/cijfers/conjunctuur/werkzaamheid/111_trend_werkzaamheid.htm
- ²³ M. HUBER, R. RODRIGUES, F. HOFFMANN en B. MARIN, *A comparative analysis of long-term care for older people in Europe (Jerusalem, September 6-10 2009)*, Wenen, European Centre for Social Welfare Policy and Research, 2008, 10.
- ²⁴ Vgl. M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *o.c.*, 5.
- ²⁵ M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *o.c.*, 5-6.
- ²⁶ Zie R. FUJISAWA en F. COLOMBO, *The long-term care workforce: overview and strategies to adapt supply to a growing demand (OECD Health Working Papers nr. 44)*, Parijs, 2009, 62p.
- ²⁷ M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *o.c.*, 29.
- ²⁸ Cf. C.-F. CHEN, *The Long-Term Care Policies in Germany, Japan and Canada: A Lesson for Taiwan*, National Chung-Cheng University, Department of Social Welfare, 2005, 63.
- ²⁹ J. MANSELL, M. KNAPP, J. BEADLE-BROWN en J. BEECHAM, *Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Volume 2: Main Report*, Canterbury, Tizard Centre, University of Kent, 2007, 97.
- ³⁰ M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *o.c.*, 4 en 12.
- ³¹ U. SCHNEIDER en B. TRUKESCHITZ, *Changing long-term care in ageing societies: Austria's policy responses*, Wenen, Vienna University of Economics and Business, 2008, December, 11.
- ³² M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *o.c.*, 22.
- ³³ Cf. M. HUBER, *o.c.*, 25.
- ³⁴ M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *o.c.*, 11.
- ³⁵ M.J. GIBSON, S.R. GREGORY en S.M. PANDYA, *o.c.*, 25.
- ³⁶ M. HUBER, *o.c.*, 25.