

# VERGRIJZING, GEZONDHEIDSZORG EN OUDERENZORG IN BELGIE



Jozef Pacolet, Denise Deliège,  
Caroline Artoisenet, Griet Cattaert  
Véronique Coudron, Xavier Leroy  
Annick Peetermans, Christian Swine

Working paper DGSOC



Nr. 1  
Maart 2005

Een publicatie van  
de Directie-generaal Sociaal Beleid  
FOD Sociale Zekerheid



---

**Deze tekst is een publicatie van de Reeks *Working Papers DGSOC* van de Directie-generaal Sociaal Beleid van de FOD Sociale Zekerheid.**

De Working Papers DGSOC verzamelen papers, onderzoeksrapporten, informatiedocumenten en analyses van de Directie-generaal Sociaal Beleid van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid. Deze reeks heeft als doelstelling de kennis, die door of in opdracht van de Directie-generaal Sociaal Beleid geproduceerd wordt, te communiceren naar de buitenwereld en daarmee bij te dragen tot een grotere inzicht en een betere werking van de Sociale Zekerheid in België.



ISSN 1781-5290

**D/2005/10.528/1**

---

© Directie-generaal Sociaal Beleid – FOD Sociale Zekerheid  
Victor Hortaplein 40, bus 20  
1060 Brussel  
[dg-soc@minsoc.fed.be](mailto:dg-soc@minsoc.fed.be)

---

Enkel de auteurs zijn verantwoordelijk voor de ondertekende inzendingen of voor de stukken die worden overgenomen met vermelding van de bron. De inhoud van de bijdragen in deze publicatie geeft niet noodzakelijk het standpunt of de mening weer van de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid.

# Working Paper DGSOC Nr. 1

## VERGRIJZING, GEZONDHEIDSZORG EN OUDERENZORG IN BELGIE

### Syntheserapport voor de FOD Sociale Zekerheid, Directie–generaal Sociaal Beleid

---

Samenvatting : In uitvoering van de Ministerraad van 16 en 17 januari 2004 heeft de Federale overheidsdienst Sociale Zekerheid aan het Hoger Instituut voor de Arbeid (HIVA) van de Katholieke Universiteit van Leuven en Socio-Economie de la Santé (SESA) van de Université Catholique de Louvain gevraagd na te gaan welke informatie er nodig en beschikbaar is om in België op een objectieve en genuanceerde manier een debat over de impact van de vergrijzing op de gezondheidszorg en de ouderenzorg te kunnen voeren. Het onderzoeksteam werd ook gevraagd om suggesties te formuleren over de wijze waarop dit debat dient gevoerd te worden. Hierbij werd gevraagd om lering te trekken uit buitenlandse voorbeelden terzake. Het onderzoeksteam verkoos de reeds beschikbare informatie maximaal weer te geven, zodat het debat reeds onmiddellijk kon beginnen, voor zover dat al niet bezig is. Deze synthese bevat de voornaamste vaststellingen en conclusies van een meer uitgebreid hoofdrapport. Een elektronische versie daarvan is beschikbaar op de portaalsite van de FOD Sociale Zekerheid en op de websites van de beide onderzoeksequipes: [www.socialsecurity.be](http://www.socialsecurity.be), [www.hiva.be](http://www.hiva.be), [www.sesa.ucl.ac.be](http://www.sesa.ucl.ac.be).

## Voorwoord

In uitvoering van de Ministerraad van 16 en 17 januari 2004 belastte de Minister van Sociale zaken en Volksgezondheid de Federale Overheidsdienst Sociale zekerheid met het opmaken van een studierapport over de impact van de vergrijzing op de gezondheidszorg en meer specifiek de ouderenzorg. De studie moest dienstig zijn voor het lanceren van een maatschappelijk debat over de gevolgen van de vergrijzing.

In uitvoering van deze beslissing heeft de Federale overheidsdienst Sociale Zekerheid aan het Hoger Instituut voor de Arbeid van de Katholieke Universiteit van Leuven en Socio-Économie de la Santé van de Université catholique de Louvain de opdracht gegeven om een haalbaarheidsstudie uit te voeren omtrent welke informatie noodzakelijk is om een breed maatschappelijk debat te kunnen voeren over de impact van de vergrijzing op de gezondheidszorg en de ouderenzorg. Gevraagd werd om na te gaan welke informatie men nodig heeft in België, verwijzend ook naar de gehanteerde informatie in het buitenland, om op een objectieve manier dat debat te kunnen voeren, en in welke mate deze informatie in België reeds beschikbaar was en hoe België zich dan verhoudt met buitenlandse referentiepunten terzake. Ook de wijze dat dit debat diende gevoerd te worden moest aan bod komen, waarbij ook hier gevraagd werd om lering te trekken uit buitenlandse voorbeelden terzake. De opdracht moest op korte termijn afgerond worden zodat in hoofdzaak diende teruggevallen te worden op reeds bestaande studies, waaronder ook van de auteurs van dit rapport zelf die herhaaldelijk stil stonden bij de impact van de vergrijzing op de zorgsector.

Alhoewel de onderzoeksoopdracht bedoeld was als haalbaarheidsstudie hebben wij van in het begin gesteld dat er reeds zeer veel informatie beschikbaar was, en verder beschikbaar komt, zowel op nationaal als internationaal vlak. Wij hielden er aan deze informatie maximaal weer te geven zodat het debat reeds onmiddellijk kon beginnen, voor zover dat al niet bezig is. Tegelijk wensten wij geen louter statistisch ‘portrait’ over verleden, heden en toekomst aan te reiken, maar rekenden wij het ook tot onze plicht als academische onderzoeksinstelling om onze eigen interpretatie en duiding van deze informatie te geven, en suggesties te doen voor het beleid in de zorg, de zorgfinanciering, en de verdere informatieverzameling.

Naarmate de redactie vorderde is steeds meer informatie verzameld, is ingegaan op de verleiding om noodzakelijk geachte elementen van facetten en feiten in een eerste (of zoveelste maar steeds onvolledige actualisatie) versie in te vullen, maar tegelijk om de talrijke leemten verder aan te duiden.

Zelfs met zeshonderd bladzijden rapportage en documentatie is veel van de discussie nog niet in beeld gebracht en zijn tal van beleidsconclusies helemaal open gelaten, omdat dit juist de uitkomst van het maatschappelijk debat moet vormen. Wij zijn in detail ingegaan op de relatie tussen vergrijzing, gezondheid, zorgbehoeften, zorgvoorzieningen, zorgaanbod, professionele en informele zorg en de beschikbaarheid, betaalbaarheid en duurzaamheid van ons zorgsysteem. Zo is wel heel wat informatie zowel op het vlak van de federale bevoegdheden als van het Gemeenschapsniveau aan bod gekomen, maar is weinig ingegaan op de financiering van de stelsels omdat dit ook het globale debat van de financiering van de sociale zekerheid en sociale bescherming in zijn globaliteit betreft, en is ook weinig ingegaan op de technische modaliteiten waarmee men in het stelsel zelf efficiëntie en effectiviteit kan verbeteren.

Enigszins lapidair kan men zeggen dat de gezondheidszorg in belangrijke mate en de ouderenzorg zelfs per definitie bedoeld is om een kost op te vangen die vooral naar boven komt

bij de ouder wordende bevolking, maar anderzijds is het niveau van de kost helemaal niet de resultante van de vergrijzing maar resultante van economische en maatschappelijke vooruitgang en motor van vooruitgang van levensverwachting en kwaliteit van het leven. Een sector waarin wij vandaag ongeveer 10% van de bestedingen in onze economie terugvinden, en die de komende halve eeuw waarschijnlijk kan verdubbelen tot bijna 20%, is daarmee een grote opportuniteit voor verdere vooruitgang, creatie van welvaart en welzijn, jobcreatie, maar evenzeer een uitdaging voor meer effectiviteit en efficiëntie.

Wij horen politici zeggen dat hierover niet tussen optimisme en pessimisme moet gekozen worden, maar dat realisme de enige gulden middenweg is. Wij hopen met dit rapport van feiten en cijfers, evoluties in het verleden en scenario's in de toekomst, een zweem van wat werkelijk de toestand van het land is duidelijk te maken. Voor ons is het de 'stille kracht' van de vooruitgang die in de voorbije kwarteeuw werkelijk gerealiseerd is en vaak miskend wordt, en de 'hoorn des overvloeds' die ceteris paribus op ons kan afkomen. Wij spreken over inzicht in 'een zweem' van wat werkelijk is omdat de opdracht te kort was om alles te vatten, en omdat de sector zo complex is. 'Een zweem' ook omdat de kennis op dit domein, ouderenzorg staat nog maar aan het begin van zijn ('papy'-) boom, nog te beperkt is, maar voortdurend wordt uitgebreid zodat inzichten en situaties snel kunnen wijzigen. Wie toekomstverkenningen 50 jaar vooruit projecteert, weet dat ook die prognoses voortdurend en ingrijpend dienen aangepast te worden op basis van deze nieuwe inzichten.

Wij danken de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid Rudy Demotte voor deze belangrijke onderzoeksopdracht die tot de kern van zijn bevoegdheid behoort. Wij danken Ri de Ridder, Tom Auwers, Jan Bertels, Michel Eggermont en Koen Vleminckx, die vanuit de administratie en het kabinet dit onderzoekstraject van nabij hebben gevolgd, voor het geloof in de opdracht, en de enthousiaste belangstelling voor wat dit onderzoek aan nieuwe inzichten kon aanbrengen. Wij hopen, maar zijn er ook van overtuigd, met dit onderzoeksmateriaal het debat effectief te kunnen aanzwengelen.

Voor beide instanties is onze waardering nog te vermelden voor - maar het moet vanzelfsprekend zijn - de volledige wetenschappelijke vrijheid die we hebben kunnen hanteren bij de uitwerking van dit rapport, zodat elk van ons steeds heeft kunnen schrijven wat hij meende te moeten schrijven. Daarom ook is elke interpretatie en informatie enkel voor rekening van de auteurs, ook de eventuele fouten en vergissingen, en binden deze conclusies en aanbevelingen enkel de auteurs. Dit is de beste van alle werelden omdat hiermee zowel het onderzoek kan zeggen wat het meent te moeten zeggen zodat de politiek kan blijven doen wat zij meent te moeten doen.

Wij willen tenslotte onze collega's van beide onderzoeksequipes, m.n. Caroline Artoisenet (SESA), Griet Cattaert (HIVA), Véronique Coudron (HIVA), Xavier Leroy (SESA), Annick Peetermans (HIVA) en Christian Swine (SESA) bedanken voor de flexibiliteit, toewijding en geïnspireerdheid bij de uitwerking van dit rapport.

Prof. dr. Jozef Pacolet  
Hoger Instituut voor de Arbeid  
Katholieke Universiteit Leuven

Prof. dr. em. Denise Delière  
Socio-Économie de la santé  
Université catholique de Louvain

## Inhoudopgave

<b>1. Afhankelijkheid ? .....</b>	<b>1</b>
1.1. Bij de ouderen evolueert de financiële afhankelijkheid minder snel dan de demografische afhankelijkheid.....	1
1.2. De demografische afhankelijkheid: .....	2
1.3. De afhankelijkheid betreft ook andere sociaal economische groepen.....	3
1.4. De totale afhankelijkheid omvat alle « niet-tewerkgestelden ».....	3
1.5. De financiering van de openbare voorzieningen .....	3
<b>2. Leeftijden met een verhoogd risico op ernstige beperkingen? .....</b>	<b>5</b>
<b>3. Leeftijden met een verhoogd risico op verzorging? .....</b>	<b>6</b>
<b>4. De « papy boom »: last of rijkdom? .....</b>	<b>8</b>
4.1. Ouderenlast? .....	8
4.2. Intergenerationele bijdrage van de ouderen.....	8
4.3. Positief effect van de vergrijzing.....	8
<b>5. Gezondheid en vergrijzing .....</b>	<b>9</b>
5.1. De gezondheid verslechtert met de leeftijd .....	9
a) Zelf ervaren gezondheid .....	9
b) Chronische aandoeningen .....	9
c) Multimorbiditeit .....	10
d) Een bijzonder probleem: dementie.....	10
5.2. Morbiditeit: numerieke groei ondanks een vooruitschuiven van beperkingen? .....	10
a) Recente evoluties.....	10
b) Algemene vooruitzichten van de chronische ziekten.....	11
c) De toekomst van het aantal personen met dementie .....	11
d) Werkelijke impact op de uitgaven, zelfs al betreft het een artefact .....	11
5.3. De vrouwen: drievoudige discriminatie .....	11
<b>6. De beperkingen: onderscheid volgens de ernst.....</b>	<b>13</b>
6.1 Beperkingen: contrasterende resultaten.....	13
6.2 Strategieën voor een terugloop van de ongeschiktheid .....	14
<b>7. Levenskwaliteit .....</b>	<b>15</b>
7.1 Subjectieve gezondheid .....	15
7.2. Sociaal welzijn.....	15
a) Verslechtering met de leeftijd en verband met de gezondheid.....	15
b) Strategieën voor verbetering .....	15
<b>8. Medische consumptie van ouderen .....</b>	<b>16</b>
8.1 Verzorging: artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, geneesmiddelen .....	16
8.2. Diensten en instellingen.....	17
<b>9. Toekomstperspectieven in volume .....</b>	<b>19</b>
9.1 Evolutiefactoren.....	19
9.2. Projecties voor de toekomst.....	19
<b>10. Aanbod van zorgvoorzieningen voor ouderen .....</b>	<b>22</b>
<b>11. Belang van de mantelzorg en ondersteuning van de mantelzorg: ‘Will you still need me, will you still feed me, when I am 64’ .....</b>	<b>25</b>
<b>12. Professionele zorg en werkgelegenheid in de zorgsector .....</b>	<b>27</b>
<b>13. Private – publieke mix in de zorg.....</b>	<b>32</b>
<b>14. Nood aan een impliciete of expliciete zorgverzekering .....</b>	<b>35</b>
<b>15. Toekomstperspectieven in waarde.....</b>	<b>37</b>
15.1 Scenario's in België .....	37
15.2 Scenario's op internationaal niveau .....	38

---

<b>16. Macro-economische inschatting van de kost van de vergrijzing in de gezondheids- en ouderenzorg: dominante impact van de leeftijd op het kostenverloop.....</b>	<b>39</b>
<b>17. Decompositie van de zorguitgaven: beperkte impact van vergrijzing.....</b>	<b>44</b>
<b>18. Discussiebasis voor actie .....</b>	<b>53</b>
18.1. Hoe kan men de toenemende behoeften aan zorg opvangen? .....	53
18.1.1. Personeelsbeleid .....	53
18.1.2. Infrastructuur en voorzieningen.....	54
18.1.3. Toenemende consumptie .....	55
18.2. Doel, strategieën en tactieken ten opzichte van beperkingen .....	57
<b>19. Prioritaire onderzoeksthema's .....</b>	<b>61</b>
19.1. Demografie en relevante coëfficiënten.....	61
19.2. Indicatoren voor levensverwachting, morbiditeit en afhankelijkheid .....	61
19.3. Levenskwaliteit van de ouderen .....	61
19.4. Voorzieningen voor de ouderen .....	62
19.5. Consumptie van verzorging en voorzieningen .....	63
<b>20. Informatiesystemen .....</b>	<b>64</b>
20.1. Verslagen .....	64
20.2. Boordtabellen.....	64
20.3. Informatiesysteem voor gedocumenteerde statistieken (CD of internet) .....	65
20.4. Belang van een systeem van ‘zorgrekeningen’ .....	65

## 1. Afhankelijkheid ?

De ouderen hangen grotendeels af van jongere personen voor hun pensioenen en hun geneeskundige verzorging.

Talrijke alarmerende coëfficiënten doen de ronde. Ze moeten gerelativeerd worden.

NB De beperkingen die uit de gezondheidsproblemen voortvloeien, komen aan bod in afdeling 6.

### 1.1. Bij de ouderen evolueert de financiële afhankelijkheid minder snel dan de demografische afhankelijkheid

Tabel 1 - Afhankelijkheidscoëfficiënten voor ouderen (in %) en index

	1950	2000	2010	2020	2030	2050	2050 / 2000
- demografische <sup>(a)</sup>	29	40,1	43,7	52,5	62,9	68,7	1,71
- sociaal-demografische <sup>(b)</sup>		47,2	47,7	57,5	70,8	81,1	1,72
- sociaal-economische <sup>(c)</sup>		54,1	53,6	63,6	76,9	87,7	1,62
- financiële <sup>(d)</sup> : twee scenario's		15,1	14,2	16,2	18,6	19,4	1,28 - 1,36

(a) *Demografische* coëfficiënt van afhankelijkheid: 60 + / 20-59 jaar

(b) *Sociaal-demografische* coëfficiënt van afhankelijkheid: gepensioneerden / actieven (in de brede zin: arbeidskracht + werklozen, met inbegrip van de niet-werkzoekende oudere werklozen)

(c) *Sociaal-economische* coëfficiënt van afhankelijkheid (gepensioneerden / tewerkgestelde actieven)

(d) *Financiële* coëfficiënt van afhankelijkheid voor ouderen (pensioenmassa / loonmassa): minder grote verhoging, want de vervangingsratio van het werknemerspensioen gaat erop achteruit.

Bron : Englert M. et al., Federaal Planbureau, 2002, p. 58 en 104.

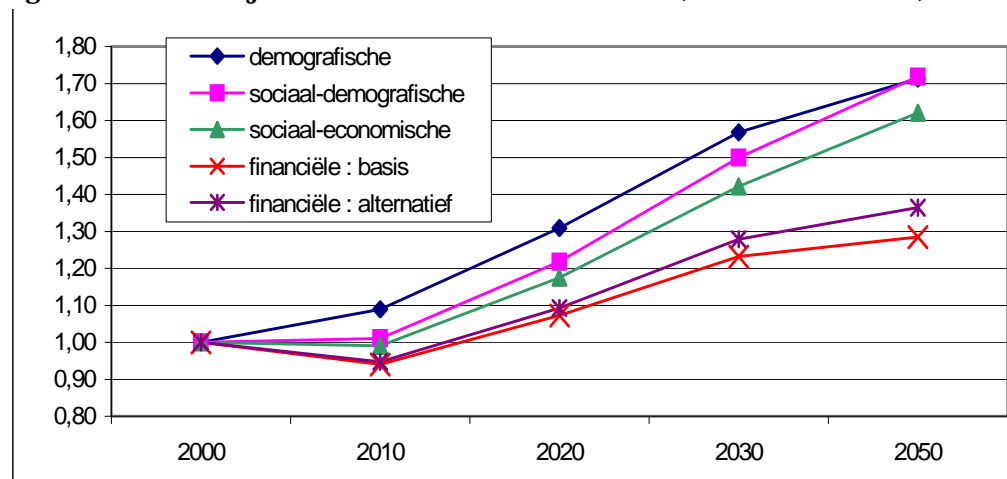
Als de activiteitsgraad van de ouderen kan verhoogd worden:

- zal de *demografische* afhankelijkheid opnieuw moeten gedefinieerd worden (zullen 20 en 60 jaar nog relevante leeftijdsdrempels zijn?) en
- zal de evolutie van de *sociaal-economische* afhankelijkheid van ouderen minder sterk zijn dan deze van de demografische afhankelijkheid.

De *financiële* afhankelijkheid zal nog minder snel evolueren:

- Voor 2000 = 100,
- bedraagt in 2050 de index van de *financiële* coëfficiënten ± 130
  - deze van de coëfficiënt van *demografische* afhankelijkheid: 171

Figuur 1 - Afhankelijkheidscoëfficiënten voor ouderen (Index voor 2000 = 1)



Bron: Englert M. et al., Federaal Planbureau, 2002, p. 58 en 104, Grafiek UCL

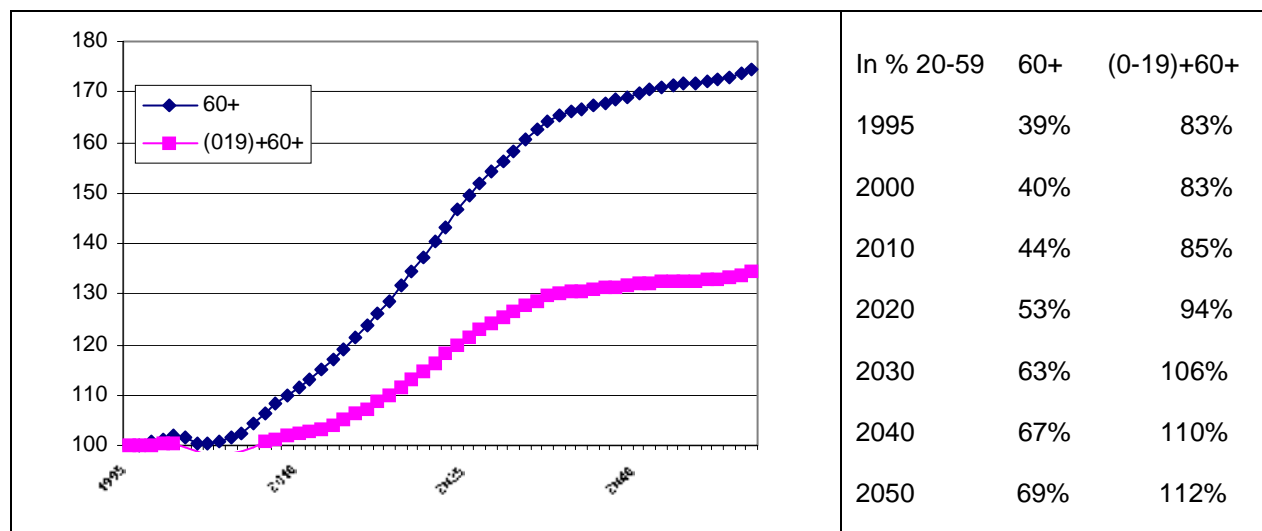


## 1.2. De demografische afhankelijkheid:

de evolutie is minder sterk als er ook met de jongeren (0-19) rekening wordt gehouden

Index (voor 2000 = 100), in 2050 :  $\left| \frac{[(0-19)+60+]}{135} \right|$  in plaats van  $\left| \frac{60+}{171} \right|$

**Figuur 2 –Ratio leeftijdsklassen versus bevolking op actieve leeftijd (20-59) - Index voor 2000 = 100**



Bron : UCL/SESA op basis van de bevolkingsprojecties 2000-2050 van het NIS en van het FPB

### 1.3. De afhankelijkheid betreft ook andere sociaal economische groepen

Bruggepensioneerden + Werklozen + Invaliden

#### Minder sterke evoluties dan degene die enkel op de ouderen betrekking hebben

In 2050 ( voor 2000 = 100)	Verschillende steuntrekkers	Enkel Gepensioneerden
<i>Sociaal-demografische index</i>	147	in plaats van 171
<i>Sociaal-economische index</i>	138	162
<i>Financiële index</i>	112	± 130

Tabel 2 - Afhankelijkheidscoëfficiënten: bejaarde en volwassen steuntrekkers (in %)

	2000	2010	2020	2030	2050	2050/2000
- sociaal-demografische (a)	66,9	67	76,4	88,1	98,1	1,47
- sociaal-economische (b)	76,8	75,2	84,5	95,6	106,2	1,38
- financiële zonder geneeskundige verzorging (c)	21,2	19,7	21,4	23,2	23,7	1,12
- financiële met geneeskundige verzorging (d)	31,9	31,5	34,4	37,3	39,8	1,25

(a) Gepensioneerden + bruggepensioneerden + werklozen + Invaliden / Actieven in de brede zin van het woord: arbeidskracht + werklozen (met inbegrip van ouderen en niet-werkzoekenden)

(b) Gepensioneerden + bruggepensioneerden + werklozen + Invaliden / arbeidskracht

(c) Pensioenen + brugpensioenen + werkloosheidsuitkeringen en arbeidsongeschiktheidsuitkeringen/inkomsten uit arbeid

(d) Idem zoals vorige maar met uitgaven voor geneeskundige verzorging

Bron: Englert M. et al., Federaal Planbureau, 2002, p. 104.

Ook hier is de verwachte evolutie van de financiële ratio's minder verontrustend dan deze van het aantal personen.

### 1.4. De totale afhankelijkheid omvat alle « niet-tewerkgestelden »

= Jongeren + ouderen + steuntrekkers + personen aan de haard  
(ondanks de bijdrage van laatstgenoemden tot de economie)

in verhouding tot de totale tewerkstelling.

Deze ratio is tijdens de jaren '80 slechter geworden, en opnieuw slechter in het begin van de jaren 2000 (cfr. tabel 3).

### 1.5. De financiering van de openbare voorzieningen

De openbare sector draagt bij tot de toegevoegde waarde van het BBP, onder andere wat de gezondheidsvoorzieningen betreft; het *financieringscircuit* verschilt evenwel, omdat de overheidsfinanciën moeten aangesproken worden (belastingen, bijdragen, ...).

Als deze activiteiten met deze van de niet-tewerkgestelde personen samengevoegd worden, bekomen wij een hybride ratio die soms wordt afgezet tegen de private sector, illustrerend wie

van de publieke financiën afhankelijk is, afgezien van het feit dat de publieke sector ook bijdraagt in de financiering. Van 1970 tot 1999 is de werkgelegenheid in de privé-sector met 5% gedaald, terwijl de openbare sector met 43% gestegen is. Daartegenover is tussen 1985 en 1999 de ratio van de personen afhankelijk van publieke financiering in verhouding tot de privé-sector verbeterd, maar niet in het begin van de jaren 2000 (cfr. tabel 3).

Volgens de statistieken van het Instituut voor de Nationale Rekeningen, in 2001 en in 2002, is de binnenlandse tewerkstelling gezakt in de landbouw, de nijverheid, de bouw en de handel (vooral de nijverheid: - 7% in 2 jaar). Deze tewerkstelling is daarentegen blijven stijgen in de diensten (behalve de handel), en onder andere in de openbare voorzieningen (met inbegrip van het onderwijs): + 2% in 2 jaar. In totaal: - 1/2% in 2 jaar (- 1% alleen al voor de privé-sectoren).

**Tabel 3 – Twee te volgen ratio's**

	1970	1985	1990	1995	1999	2001 *	2003
Ratio niet-tewerkgestelde personen / tewerkgestelde personen (officiële tewerkstelling)	1,66	1,77	1,65	1,73	1,66	1,48	1,52
Ratio (Niet-tewerkgestelde personen + tewerkgestelde personen openbare sector**) / Tewerkgestelden in de privé-sector, zelfstandigen en helpers	2,29	2,80	2,58	2,69	2,59	2,04	2,10

\* Reeksbreuk: nieuwe berekening van de tewerkstelling vanaf 2001 (INR). Nog na te zien: is het aantal jobs hoger dan het aantal personen (eventuele dubbele jobs)?

\*\* Openbaar bestuur en onderwijs vanaf 2001. Nochtans betalen deze personen ook bijdragen en zij scheppen toegevoegde waarde.

Bron: Berekeningen UCL/SESA op basis van de gegevens van het Ministerie van Tewerkstelling en Arbeid (tot in 1999), alsook van het Instituut voor de Nationale Rekeningen op de website van het NIS.

De overheid onderlijnt thans het belang van de verhoging van de activiteitsgraad, vooral van de oudere werknemers. Het accent zal hier niet alleen moeten liggen op de aantrekkelijkheid van werken, maar ook op de beschikbaarheid van jobs en de economische ontwikkeling die zij moet creëren.

## 2. Leeftijden met een verhoogd risico op ernstige beperkingen?

Volgens sommige indicatoren, vermindert de prevalentie van de ernstige beperkingen met de tijd (cfr. afdeling 6).

Als deze gezondheidsverbetering bevestigd wordt, zullen de grenzen 65 jaar en 80 jaar dus niet meer relevant zijn.

*De gewoonlijk gekozen grens voor het verhoogd risico op beperkingen bedraagt thans 80 jaar. Het aantal personen die deze leeftijd bereiken, zal vóór 2050 verdrievoudigen.*

*Door de grens aan de voorziene evolutie van de levensverwachting (die verondersteld wordt een impact te hebben op de beperkingen) aan te passen, zou daarentegen in 2050 de groei van het aantal personen met een risico op ernstige beperkingen met ongeveer een derde afnemen: verdubbeling in plaats van verdrievoudiging.*

**Tabel 4 – Evolutie van het aantal tachtigjarigen en van het aantal personen met een risico op ernstige beperkingen, in geval van verbetering van de levensverwachting zonder beperkingen (LVZB) - 2000-2050.**

In duizenden	2000	2010	2050	Index 2050 voor 2000=100
Aantal tachtigjarigen	337	539	1 135	301
Aantal volgens de aangepaste leeftijdsgrens (in geval van verbetering van de LVZB)		487	821	218

Bron: Bevolking: Vooruitzichten 2000-2050, NIS, FPB.

Keuze van de grenzen: UCL volgens de gegevens van Robine voor Frankrijk en evolutie van de levensverwachting in: Mestdagh et al. (2003), tabel 27.

Er valt op te merken dat het een *proxy* betreft met het oog op de raming van een bevolking met een verhoogd risico.

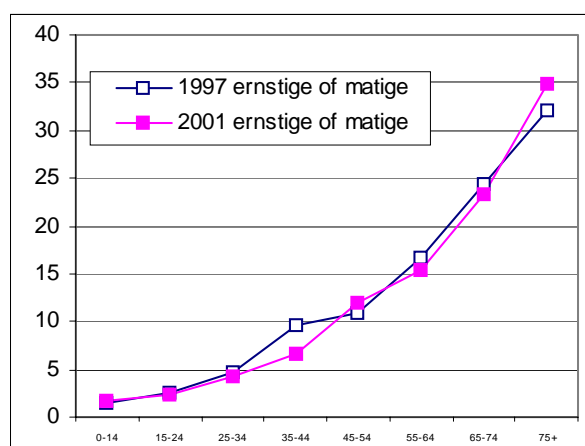
De fractie personen met ernstige ongeschiktheden ligt in werkelijkheid vrij laag: 6 à 15% bij de 75-plussers en slechts 3 à 4% voor de hele bevolking. In totaal (ook rekening houdende met de jongeren), gaan voor de toekomst de projecties voor deze indicator in de richting van een duidelijk lager aantal personen met werkelijk ernstige beperkingen (het betreft beperkingen verbonden aan chronische ziekten) dan het aantal vermeld in Tabel 4 (zie afdeling 6). De relatieve evolutie zal eveneens duidelijk minder sterk zijn.

### 3. Leeftijden met een verhoogd risico op verzorging?

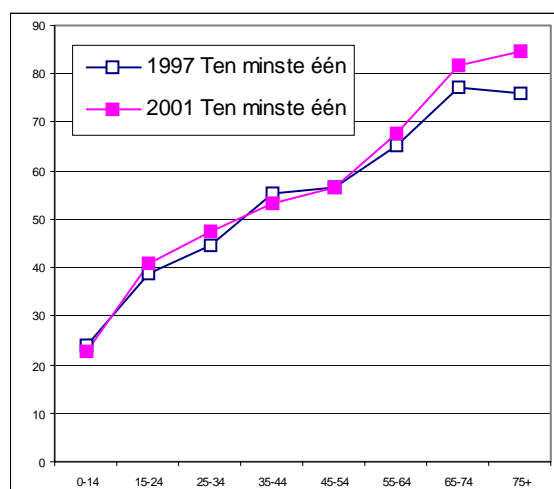
*De gezondheidsenquêtes in België bevestigen een studie van Robine et al. (1998b):*

*De prevalentie van de chronische ziekten stijgt veel vroeger in het leven dan deze van de beperkingen.*

**Figuur 3 – Personen met ernstige of matige beperkingen veroorzaakt door chronische ziekte (%)**



**Figuur 4 – Chronische aandoeningen tijdens het afgelopen jaar, per leeftijdsklasse (%)**



Bron: UCL, op basis van de gezondheidsenquêtes, 1997 en 2001

Deze grafieken sluiten heel nauw aan bij deze gepubliceerd door Robine (cfr.volledig rapport):

Bevolkingspercentage van 55 jaar met:	Beperkingen	Chronische ziekte
België 1997-2001	± 10- 15%	± 60-70%
Frankrijk, vrouwen 1991	± 10%	± 58%
Leeftijd met ± 25 % van de bevolking getroffen door:	Beperkingen	Chronische ziekte
België 1997-2001	± 65-74 jaar	vanaf ± 15 jaar (?)
Frankrijk, Vrouwen 1991	± 70 jaar	± 35 jaar

De verbetering van de levensverwachting in goede gezondheid stelt een uitstel van de risicoleeftijd in het vooruitzicht.

Het criterium en de leeftijdsgrens met een verhoogd risico op verzorging moeten nog omschreven worden.

**Suggestie: als criterium zou de leeftijd met een verhoogd risico op de (heel dure) multimorbiditeit kunnen genomen worden.**

Voor een grens aanvankelijk op 65 jaar vastgelegd, en door aanpassing van deze grens aan de voorziene evolutie van de levensverwachting (die geacht wordt een impact op de gezondheid te hebben), zou in 2050 de groei van het aantal ouderen met een verhoogd risico op verzorging met ongeveer een derde verminderen: + 29% in plaats van + 68%.

Het aantal werkelijk getroffen personen zal evenwel op dat gebied hoger liggen dan het aantal 65-plussers, gelet op de frequentie van deze aandoeningen in de jongere leeftijdsklassen (cfr. Afdeling 5.2). De toename van het beroep op verzorging begint op een jongere leeftijd: 45 jaar voor de mannen, 55 jaar voor de vrouwen. De grens van 65+ is dan ook wellicht nauwelijks aangepast om dit verhoogde risico te kenmerken, behalve voor de zorgen gerelateerd aan multimorbiditeit.

**Tabel 5 – Evolutie van het aantal personen van 65 jaar en meer en van deze grens aangepast aan de verbetering van de levensverwachting (2000-2050)**

In duizenden	2000	2010	2050	<i>Index 2050 voor 2000=100</i>
Aantal 65 +	1 731	1 855	2 899	168
Aantal volgens aangepaste leeftijdsgrens		1 720	2 228	129

## 4. De « papy boom »: last of rijkdom?

### 4.1. Ouderenlast?

De verwachte evolutie van de *ratio « ouderenlast »*  $[(P_{80+} / P_{45-64}) * 100]$  is sterk stijgend, wat aanleiding geeft tot alarmerende interpretaties. Toch is deze ratio *dubbel bedrieglijk*.

- a) Als men zich houdt aan de grens van 80+ om de « ouderenlast » te berekenen, schijnt deze te exploderen (vooral in Vlaanderen). Maar, als het zo berekend is, is de evolutie overdreven; daardoor wordt inderdaad het verwachte uitstel van de afhankelijkheidsleeftijd verwaarloosd (en wordt dus een fout begaan betreffende de in aanmerking te nemen leeftijdsgrens om zulke coëfficiënt voor de toekomst te berekenen). Als men met deze verbetering rekening houdt, zal de coëfficiënt van de potentiële ouderenlast bijna onveranderd blijven in 2020, maar toch verdubbelen in 2050 (in plaats van te verdrievoudigen): van 17% naar 31%
- b) De effectieve last betreft in werkelijkheid slechts een geringe fractie van de bejaarde bevolking; in België telt men slechts 10 % ernstige beperkingen verbonden aan chronische ziekte bij de 75-plussers (WIV, Gezondheidsenquête 2001). In Frankrijk: slechts 15% van de 80-plussers zijn niet zelfredzaam (Robine). Wat de tachtigjarigen betreft, zou de werkelijke last dus tot 1,5 – 5% kunnen beperkt blijven! Dit dient verder onderzocht te worden in termen van afhankelijkheid voor de activiteiten van het dagelijks leven (ADL).

### 4.2. Intergenerationele bijdrage van de ouderen

*De ouderen vormen ook een rijkdom waarvan de bijdrage moet gemeten worden.*

Onder andere inzake kinderopvang, wat de door de economen gewenste activiteit van jonge moeders bevordert.

*We stellen een nieuwe coëfficiënt voor: de « intergenerationele bijdrage van de ouderen » (of « ouderlijke bijdrage van de ouderen »):*

$$(P_{60-79} / P_{25-44}) * 100$$

**Tabel 6 – Coëfficiënt voor de intergenerationele bijdrage van de ouderen  $(P_{60-79} / P_{25-44}) * 100$**

1995	2000	2010	2020	2030	2040	2050
58%	62%	71%	85%	97%	97%	94%

De leeftijdsgrenzen zouden moeten gevalideerd worden en de effectieve bijdrage zou moeten gemeten worden in al haar aspecten: economisch, sociaal en cultureel.

### 4.3. Positief effect van de vergrijzing

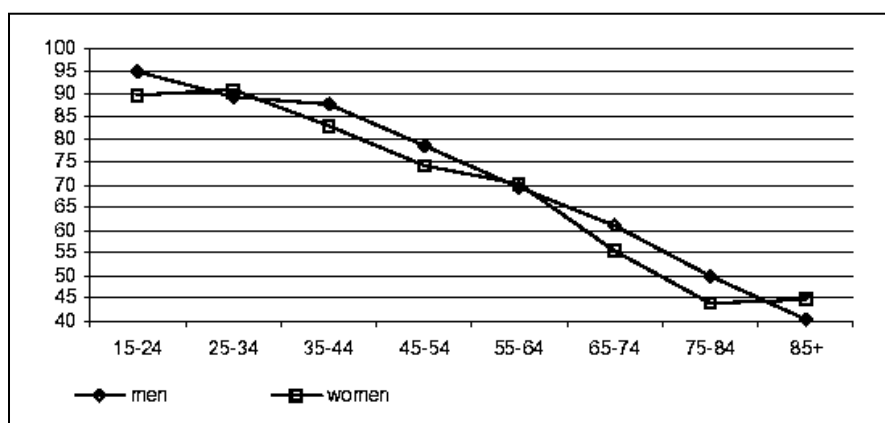
De « vergrijzing » is niet enkel een verhogingsfactor voor de gezondheidsuitgaven, het is er ook een gelukkig gevolg van. De medische vooruitgang in samenhang met de verbeterde levensomstandigheden, draagt bij tot een hogere levensverwachting, alsook tot een levensverwachting zonder beperkingen. We leven langer en blijven langer fit.

## 5. Gezondheid en vergrijzing

### 5.1. De gezondheid verslechtert met de leeftijd

#### a) Zelf ervaren gezondheid

Figuur 5 – Bevolking in goede gezondheid per leeftijdsklasse en geslacht, 2001 (%)



Bron: Health Interview Survey, 2001, in Mestdagh et al., Agir Project, 2003.

De daling met de leeftijd is wezenlijk: van 90% of meer personen die tevreden zijn met hun gezondheid op ongeveer 20 jaar, naar 40-45% vanaf 85 jaar.

**De morbiditeit (goed weergegeven door de ervaren gezondheid) is ook merkbaar de hoofdmotor van het zorgverbruik.**

#### b) Chronische aandoeningen

De fractie personen met chronische aandoeningen en het gemiddeld aantal gemelde chronische aandoeningen stijgen fors met de leeftijd; het aantal is zelfs onderschat omdat het dementie niet insluit. Bovendien zijn deze aandoeningen, in tegenstelling tot de ernstige beperkingen, heel frequent (cfr. Tabel 7).

Tabel 7 – Chronische aandoeningen volgens de leeftijd – 2001

	Vóór 65 jaar	64-65	75 +
% personen met minstens één chronische aandoening	23 à 68%	82%	85%
Gemiddeld aantal chronische aandoeningen in de loop van het laatste jaar	0,3 à 1,7	2,5	3

Bron: WIV, Gezondheidsenquête – 2001, gebaseerd op een lijst van 34 ziekten, dementie niet inbegrepen.



### c) Multimorbiditeit

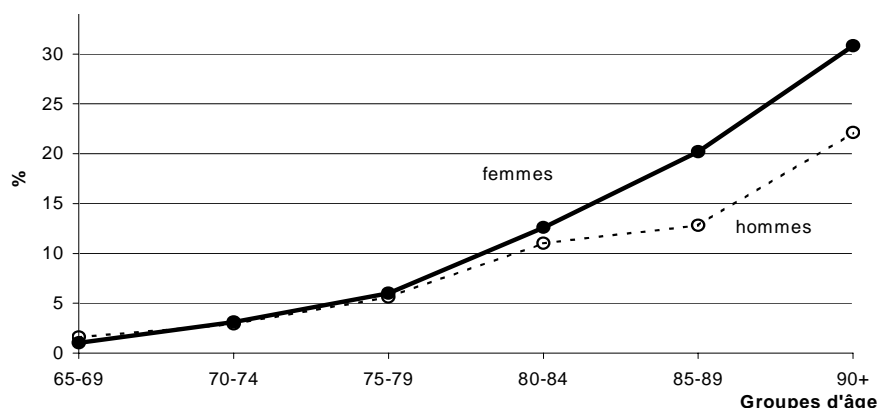
De multimorbiditeit wordt duidelijk frequenter met de leeftijd: 8 à 10% op 25-34 jaar; 30-40% op 65-74 jaar; 40-50% op 75 jaar en ouder (Gezondheidsenquêtes 1997 en 2001).

Welnu, de kosten van de multimorbiditeit liggen heel hoog: voor een man van 65 jaar, kost de eerste ziekte 360 meer per jaar aan uitgaven, onder overigens gelijke omstandigheden, de tweede ziekte 620 meer en de vierde 1830 meer (Frankrijk, Grignon, 2003).

### d) Een bijzonder probleem: dementie

De stijging van dementie is heel fors bij de hogere leeftijden: als de prevalentie bijna nul is vóór 70 jaar; overschrijdt ze 20% vanaf 90 jaar bij de mannen en zelfs 30% bij de vrouwen (Europese studie, cfr. Figuur 6).

**Figuur 6 – Prevalentie van dementie, ongeacht de oorzaken, per leeftijdsklasse en geslacht.**



Bron: Lobo, 2000 (« Pooled analyse », Europa)

## 5.2. Morbiditeit: numerieke groei ondanks een vooruitschuiven van beperkingen?

De evolutie van de morbiditeit verschilt van deze van haar component « beperkingen » (cf. afdeling 6). Maar, zoals voor de beperkingen, kan de eventuele medische vooruitgang de groei van het aantal aandoeningen afremmen. Op dit gebied zal de numerieke groei evenwel sterk blijven.

### a) Recente evoluties

Volgens de gezondheidsenquêtes, tussen 1997 en 2001:

- Het aantal personen die een chronische ziekte melden is gestegen, alsook het aantal gemelde ziektes (met 20% in vier jaar).
- Ook de multimorbiditeit is toegenomen, vooral bij de ouderen: voor de 75-plussers, is het % personen met minstens 3 langdurige chronische ziektes van 40 naar 50% gestegen.

De subjectieve gezondheid is daarentegen verbeterd.

Deze resultaten moeten nog door latere gezondheidsenquêtes bevestigd worden, gelet op de korte tussentijd tussen beide onderzoeksjaren en het vrij laag aantal ondervraagde ouderen.

## **b) Algemene vooruitzichten van de chronische ziekten**

Bij ongewijzigde prevalentie, zal het totaal aantal personen met een chronische ziekte (met uitsluiting van dementie) gestegen zijn met ongeveer 450 000 individuen in 2020 en met 700 à 800 000 in 2050, en dit ondanks de inkrimping van de jongere klassen (die ook door deze aandoeningen getroffen worden). Deze groei betreft hoofdzakelijk ouderen. De uitgaven voor verzorging van korte duur zullen dus globaal blijven stijgen, zelfs al zouden de ouderen even vaak op consultatie blijven gaan. De evolutie zou minder sterk kunnen zijn in geval van succes van de preventieve maatregelen (levensstijl, vaccinaties, risicocontroles, vroege opsporing, ...). Als de uitbreiding van de chronische ziekten daarentegen bevestigd wordt, zal in de toekomst hun aantal nog meer stijgen.

Het vooruitzicht van een toenemende verzorging heeft evenwel positieve kanten: niet alleen verbetert deze verzorging de levenskwaliteit, maar draagt ze wellicht ook bij tot het afzwakken van de groei van de langdurige verzorging, door de terugloop van ernstige beperkingen te bevorderen. De balans van de kosten van deze verzorging (van korte duur) in verhouding tot de winsten moet nog opgemaakt worden, in termen van gezondheid en van voorkoming van langdurige uitgaven.

## **c) De toekomst van het aantal personen met dementie**

Het aantal personen met dementie zou van zowat 70 000 naar 90 000 (in 1995) kunnen stijgen. Volgens de percentages per leeftijd vermeld in verschillende meta-analyses, zou in 2000 hun aantal schommelen tussen 100 000 en 136 000; als deze percentages stabiel blijven, zou dit aantal in twintig jaar tussen met een derde tot de helft in 2020 kunnen stijgen tot 135 000 à 200 000 gevallen. De vakliteratuur bevestigt ook de groei. De medische vooruitgang zou dit somber vooruitzicht evenwel kunnen ombuigen.

## **d) Werkelijke impact op de uitgaven, zelfs al betreft het een artefact**

In Frankrijk, is tussen 1981 en 1991 het aantal personen gestegen die getroffen zijn door minstens één van de bestudeerde ziektes (onder de 13 groepen van potentieel invaliderende chronische ziektes), evenals het aantal ziektes per zieke, met een concentratie van de stijging bij de ouderen. Robine suggereert evenwel dat het een artefact betreft, ten gevolge van onderdiagnose, onderinformatie en te weinig opsporing in 1981.

De evolutie op deze gebieden stimuleert evenwel het consultatiegedrag en kan dus het zorgverbruik doen toenemen, zelfs als de morbiditeit niet werkelijk stijgt.

## **5.3. De vrouwen: drievoudige discriminatie**

De vrouwen lijden onder een drievoudige discriminatie:

- Ze brengen een grotere deel van hun leven in slechte gezondheid door.
- Ze belasten zich meestal met de zware taak van mantelzorgster.

- Ze staan vaak alleen in het leven wanneer ze afhankelijk worden. De verwachte verbetering van de levensverwachting bij de mannen zal ontoereikend zijn om het verschil te overbruggen; zo zullen er in 2020 nog steeds 1,9 vrouwen van 80+ voor één man zijn, en 1,5 in 2050.

De vraag van een billijke compensatie stelt zich dus, niet enkel voor de moeilijkheden waarmee ze geconfronteerd worden, maar ook voor de dienst die ze aan de gemeenschap verlenen, omdat ze zelf instaan voor het opvangen van de afhankelijkheid. Moet een specifieke beloning overwogen worden? Een modulering van de pensioenvoorwaarden in functie van de verleende diensten? Een betere ondersteuning van de voorzieningen voor de ouderen?

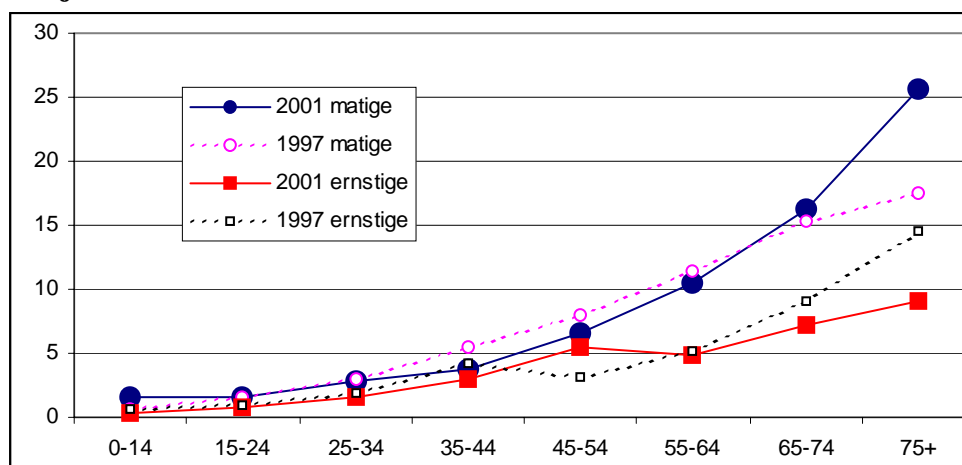
## 6. De beperkingen: onderscheid volgens de ernst

### 6.1 Beperkingen: contrasterende resultaten

- Een terugloop is bewezen volgens de vakliteratuur (doorgenomen tot 2002).
- In België (maar deze resultaten moeten nog door volgende gezondheidsenquêtes bevestigd worden):
  - o De gemiddelde score van de functionele beperkingen SF36 is verergerd;
  - o Een indicator bevestigt de theorie van het dynamische evenwicht van Manton (cfr. Fig. 7):

*Voor de beperkingen gekoppeld aan een chronische ziekte (vermoedelijk met uitsluiting van dementie), zijn de matige beperkingen in aantal gestegen, in tegenstelling tot de ernstige beperkingen*

**Figuur 7 – Personen met beperkingen veroorzaakt door chronische ziekte, volgens ernst (% per leeftijdsklasse)**



Bron: WIV, Gezondheidsenquêtes, 1997 et 2001, Grafiek UCL

**Bij ongewijzigde prevalentie** van ernstige beperkingen veroorzaakt door chronische ziekte zal het *aantal* erdoor getroffen *65-plussers* stijgen, zonder dat de projectie verontrustend wordt: + 28% in 20 jaar, + 75% in 50 jaar.

De *globale* groei zal nauwelijks afgezwakt worden door de inkrimping van de jongere leeftijdsklassen, dit is in totaal + 50 000 à 65 000 bijkomende gevallen in 2020 en + 100 000 à 150 000 in 2050 (respectievelijk + 15 à + 28%).

**Als de beperkingen later voorkomen**, zullen deze vooruitzichten minder sterk zijn. Als er bij de 65-plussers een stijging komt van 9% ernstige beperkingen (raming 2000) naar 7% in 2020, zou men vóór 2020 tot een nulgroei van het aantal getroffen ouderen komen en zou de groei de 30% vóór 2050 niet overschrijden! Om de projecties te verfijnen, zijn fijnere gegevens per leeftijdscategorieën noodzakelijk.

## **6.2 Strategieën voor een terugloop van de ongeschiktheid**

- **Opleiding** van de verzorgers in verband met de problematiek van de hoge leeftijd;
- **Bevordering van de gezondheid:** gezonde levensstijl, aangepaste woningen (bv. Valpreventie, ...);
- **Preventie** (onder andere de vroege opsporing van de potentieel invaliderende ziektes, zoals glaucoom, hartinsufficiëntie, ...);
- **Systematische bewaking van de fragiliteit** (in eerste lijn en in het ziekenhuis);
- Versterking van de **thuiszorg**;
- Het aanmoedigen van transmurale tussenvormen (cfr. 18.1.3.);

N.B. Deze strategieën worden in afdeling 18.2. uiteengezet.

## 7. Levenskwaliteit

### 7.1 Subjectieve gezondheid

De subjectieve gezondheid **verslechtert met de leeftijd** en het aantal klachten neemt toe (Gezondheidsenquête-2001 of 1997):

- 55% van de 75+ is ontevreden over hun gezondheidstoestand (tegenover 10% vóór 35 jaar);
- 31% wijst op een verslechtering van hun gezondheidstoestand (tegenover gemiddeld 13%) en
- 75+ melden gemiddeld 6,9 klachten (tegenover 4,8 bij de 15-24 jarigen).

De subjectieve gezondheid houdt evenwel « **nauw verband met de overlevingskansen** en voorspelt de morbiditeit, het functioneel statuut, invaliditeit en de medische consumptie » (WIV, Gezondheidsenquête 2001).

NB: Voor ouderen zou het nuttig zijn een bijkomende categorie te voorzien voor de mogelijke antwoorden inzake tevredenheid over zijn gezondheid: « soms goed, soms slecht » (frequente gevallen).

### 7.2. Sociaal welzijn

#### a) Verslechtering met de leeftijd en verband met de gezondheid

Het sociaal welzijn is op een zeer significante manier verbonden met de perceptie van zijn gezondheidstoestand, en dit ongeacht de indicator: zeldzame of onbevredigende sociale contacten, beperkt sociaal netwerk en laag niveau van instrumentele en functionele sociale ondersteuning.

75+ zijn talrijker dan in de andere leeftijdscategorieën om een ongunstige situatie op dit gebied te melden (WIV, Gezondheidsenquête 2001): 10% is niet tevreden met hun sociale contacten; 21% heeft een beperkt relatienetwerk, 16,3% heeft een laag niveau van instrumentele sociale ondersteuning en 11,7% een functionele ondersteuning van lage kwaliteit (15% bij de 65-74 jarigen).

De pensionering veroorzaakt een belangrijk breuk en het model dat berust op de driedelige levenscyclus (studeren – werk – pensioen) wordt in vraag gesteld.

#### b) Strategieën voor verbetering

Verskillende strategieën voor een betere levenskwaliteit van de ouderen kunnen worden overwogen, waaronder :

- **Actief oud worden:** veelvoudig actief op alle leeftijden (aangemoedigd door nieuwe arbeidswetgeving).
- **Solidariteit :** stimuleren van vrijwilligerswerk en ontwikkelen van een positieve visie op vergrijzing.
- **Preventie** en dagopvang (cfr. Afdeling 18.2).
- Bevorderen van **plaatsen waar verschillende generaties elkaar ontmoeten:** kinderdagverblijven gecombineerd met dagcentra voor ouderen, vervoer naar vergaderingen, adoptie van grootouders, diensten voor « matching » van volwassenen die geografisch ver van elkaar verwijderd zijn en die zorg dragen voor hun respectieve ouders, ...

## 8. Medische consumptie van ouderen

### 8.1 Verzorging: artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, geneesmiddelen

- De *huisarts*: er wordt vaker op hem een beroep gedaan met de leeftijd.

65+ hebben twee- tot driemaal meer contacten met de huisarts.

Ze hebben zeer duidelijk de voorkeur aan huisbezoeken ten opzichte van consultaties (maar het aandeel huisbezoeken daalt mettertijd, ook voor de hoogbejaarden).

Meer dan de helft van de contacten van 75+ gebeuren op initiatief van de huisarts.

- De *specialist*:

Er zijn weinig verschillen in het beroep doen op specialisten naar gelang van de leeftijd (profielen 1997, nog te bevestigen).

De verhouding tussen de contacten huisartsen / specialisten daalt mettertijd (RIZIV-gegevens) en stijgt sterk met de leeftijd (Gezondheidsenquête-2001): mannen van 75 jaar of meer hebben gemiddeld vijf maal meer contacten met de huisarts dan met de specialist (4,6 meer voor vrouwen).

- De *speciale verstrekkings*: er wordt vaker daarop een beroep gedaan met de leeftijd (RIZIV-gegevens).

De bijzondere verzorging komt neer op een belangrijk deel van de activiteit van de specialisten. De toename ervan (+ 3 tot 9% per jaar) is veel sneller dan die voor de ganse bevolking.

- De *tandarts*: er wordt minder vaak op hem een beroep gedaan en het gemiddeld aantal contacten daalt met de leeftijd.

26% van 75+ verklaart dat ze hun tandarts sedert minder dan een jaar hebben gezien (tegenover 58% van de 15-24 jarigen) (WIV, Gezondheidsenquête 2001).

In België zoals in Frankrijk neemt het gemiddeld aantal ouderen die de tandarts jaarlijks opzoeken mettertijd toe.

- De *kinesitherapeut*: er wordt duidelijk vaker op hem een beroep gedaan met de leeftijd.

22% boven de 74 jaar in 2001, tegenover 6% bij kinderen en adolescenten, vooral bij oudere vrouwen (25%, tegenover 15% mannen).

De vermindering van het aantal contacten ten opzichte van 1997 geldt meer voor de 75+.

Gaat het gewoon om minder comfort of komen de revalidatiemogelijkheden in het gedrang?

- De *geneesmiddelen*

- *voorgeschreven*: zijn frequenter met de leeftijd

89% tijdens twee voorbije weken bij de 75+ versus 25,2% bij de 25-34 jarigen;

85-□ *niet voorgeschreven*: zijn minder frequent met de leeftijd

18% bij de 75+, te vergelijken met de 25-34 jarigen: 32% mannen en 47% vrouwen (WIV, Gezondheidsenquête 2001).

- De *verzorging bij het levenseinde*

Kenmerk: bij het naderen van het overlijden is de verzorging minder intensief naarmate de leeftijd stijgt.

## 8.2. Diensten en instellingen

- *De opnames in het ziekenhuis*

Opnames in het ziekenhuis zijn sterk gestegen tussen 1984 en 1993 en zijn vervolgens stabiel geworden in de algemene ziekenhuizen; de stijging houdt aan in de psychiatrische ziekenhuizen (gegevens van het Ministerie van Volksgezondheid).

Tussen 1993 en 1997 werden minder personen jonger dan 60 jaar opgenomen, terwijl de opnames van ouderen met 8% stijgen, waarbij hun aandeel in de gehospitaliseerde personen toeneemt van 37 tot 40%. Deze toename kan te maken hebben met de intensiteit van de vergrijzing.

In 2000 stelt men een verhoging van het percentage opnames met de leeftijd vast, vanaf 45 jaar voor mannen of 50 jaar voor vrouwen (MKG).

- *De duur van het verblijf en de dagen in het hospitaal*

Het aantal hospitalisatiedagen in de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen is sedert 1982 verminderd, evenals de gemiddelde duur van het verblijf.

De gemiddelde verblijfsduur neemt sterk toe met de leeftijd: 5,6 dagen bij de 16-35 jarigen; 17,5 vanaf 80 jaar.

**Tabel 8 – Verblijven, duur en hospitalisatiedagen, volgens de leeftijd (RIZIV, 2001)**

	Verblijven per 100	Duur	Dagen per persoon
16-35	11,9	5,6	0,67
70-79	35	12,8	4,48
80+	51	17,5	8,93
Totaal	16,4	9,2	1,51

Bron: RIZIV-gegevens, Uiteenzetting van De Cock, in Lanjri, 2004

- *Rustoorden en RVT's*

De percentages opnames in rustoorden (RVT's en ROB's) stijgen sterk met de leeftijd (2003):

85-89 jaar: 23%,                      90-94 jaar: 47%,                      95 jaar en meer: 77%.

Het percentage opnames van 60+ is kleiner in Vlaanderen (4,4%, tegenover 5,8% in Wallonië en 6,8% in Brussel); hetzelfde geldt voor de hogere leeftijdsklassen.

Dit lager percentage heeft te maken met het feit dat de Vlaamse Gemeenschap sedert 1990 serviceflats heeft gecreëerd en dat een groter beroep worden gedaan op de thuisverpleging.



---

- *Thuisverpleging*

Evenzo stijgt de consumptie van verpleegkundige thuisverzorging (in gemiddelde RIZIV-bedragen) sterk met de leeftijd: tussen de 65-69 jarigen en de 90+ is de verhouding één tot veertien, en dit op verschillende niveaus in elk Gewest: laag te Brussel, middelmatig in Wallonië en hoog in Vlaanderen.

Drie soorten consumptieprofielen kunnen worden onderscheiden, waaronder één van langdurige consumptie (gans het jaar en consumptie 5,7 maal het gemiddelde), vaker in Vlaanderen. Globaal beschouwd geldt dit profiel slechts voor  $\pm 9\%$  van de patiënten thuisverpleging (enquêtegegevens).

De verstedelijking kan de gewestelijke verschillen blijkbaar niet verklaren: na correctie voor geslacht en leeftijd doen duidelijk meer personen in de grote steden van Vlaanderen en Wallonië een beroep op thuisverpleging dan in Brussel (Gezondheidsenquête 2001); de verschillen tussen deze steden en halfstedelijke en landelijke gebieden zijn niet significant. Leroy stelt drie elementen voor, die de verschillen tussen Brussel en de twee andere regio's zouden kunnen verklaren:

- de socio-professionele structuur van de Brusselse bevolking (meer bedienden, kaderleden, zelfstandigen en vrije beroepen en minder arbeiders): volgens de Gezondheidsenquête-2001, hebben de hogere socio-professionele groepen een lagere consumptie van thuisverzorging (TV);
- het ontoereikend aanbod van gezinszorg en thuisverpleging wegens een gebrek aan financiering en personeel;
- aanwezigheid van een allochtone bevolking die weinig vertrouwd is met dergelijke voorzieningen.

Men zou ook kunnen verwijzen naar de problemen inzake veiligheid, verkeer en parkeermogelijkheden.

- *Andere diensten voor ouderen*

De voorzieningen voor ouderen worden gebruikt door 24% van de personen die 60 jaar oud zijn en meer en die niet in een rusthuis leven (WIV, Gezondheidsenquête 1997). Ook hier verstrekt Vlaanderen meer thuiszorg

## 9. Toekomstperspectieven in volume

We stellen hier de evolutiefactoren en de resultaten van de projecties voor; de actievoorstellen komen in afdeling 18 aan bod.

### 9.1 Evolutiefactoren

- *Mechanisch effect*

Het mechanisch effect van vergrijzing is het gevolg van de vervorming van de leeftijdspiramide:

- haar effect op de consumptie van zorg is globaal laag;
- maar is belangrijk voor het gebruik van voorzieningen eigen aan de ouderen.

Om dergelijk effect te evalueren, worden de huidige consumptiepercentages toegepast op de toekomstige bevolkingsstructuur. Om het netto-effect te berekenen, moet ook rekening worden gehouden met de evoluties bij de jongere klassen (die in de toekomst in aantal zullen dalen).

- *Effect morbiditeit/beperkingen*

Aangezien de morbiditeit met de leeftijd toeneemt, zal de vergrijzing de uitgaven doen stijgen. Maar de levensverwachting neemt toe en ook de levensverwachting zonder ernstige beperkingen. Wegens dit « morbiditeitseffect » (luik « beperkingen ») zijn alternatieve hypothesen nodig voor de voorzieningen eigen aan de ouderen en zal de toename van de behoeften ter zake daardoor worden afgeremd.

- *Maatschappelijk effect*

Onder maatschappelijk effect wordt verstaan: een toename van de consumptie op alle leeftijden wegens verschillende factoren: technologische vooruitgang, verwachtingen van de patiënten, praktijknormen, invloed van de media, invloed van drukingsgroepen, ...

- *Generatie-effect*

Het generatie-effect betekent dat de ouderen van vandaag meer verbruiken dan de ouderen van gisteren. Het verschil zal aldus groter worden wanneer de generaties die een hogere zorgconsumptie gewoon zijn, een hoge leeftijd zullen bereiken.

### 9.2. Projecties voor de toekomst

- *Beroep op de arts*

- Beroep op de *huisarts*: - 4% tussen 1999 en 2019, op basis van recente tendensen

Deze vermoedelijke vermindering zal het gevolg zijn van het feit dat er geleidelijk minder een beroep zal worden gedaan op de huisarts, wat gedeeltelijk zal gecompenseerd worden door de vergrijzing (Deliège, 2003).

- Beroep op de *specialist*: + 24% tussen 1999 en 2019

Het mechanisch effect van vergrijzing lijkt haast onbestaand (de profielen per leeftijd zullen moeten nagegaan worden op basis van latere gezondheidsenquêtes); de potentiële ontwikkeling van het beroep op een specialist, die zeer snel zal voorkomen, zal zich voordoen onder de invloed van andere factoren.

- *Speciale verstrekkingen en verzorging bij het levenseinde*

Men zou zich aan een stijging van de speciale verstrekkingen kunnen verwachten wegens de technologische vooruitgang en de geleidelijke verruiming van de indicaties.

Door de gestegen levensverwachting stijgt de leeftijd van overlijden, wat de last van de verzorging bij het levenseinde, een verzorging die bijzonder duur is, kan verlichten aangezien zij minder voorkomt naarmate de leeftijd hoger wordt.

- *Aantal artsen*

Gelet op het feit dat op hen meer een beroep wordt gedaan, op de te verwachten activiteitsdaling (vervrouwelijking van het beroep en vroegere uittreding) en op de overmedicalisering, heeft men de toekomstige behoeften inzake het aantal artsen kunnen bepalen op 9% op twintig jaar tijd aan Franstalige kant (van + 3 tot + 13% naar gelang van de scenario's).

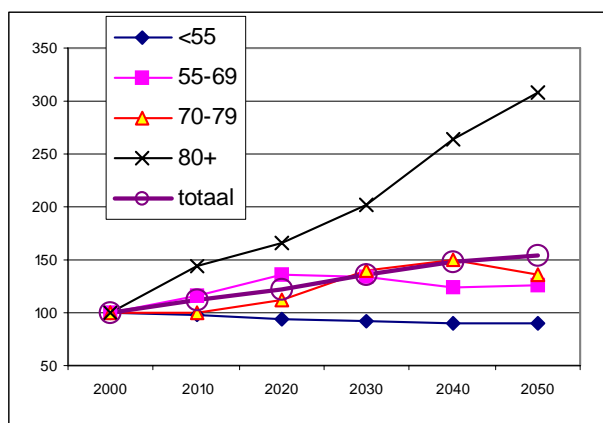
- *Verplegend en verzorgend personeel*

Er is een aanzienlijke behoefte aan verplegend en verzorgend personeel om het hoofd te bieden aan de verwachte evolutie van het gezondheidssysteem: belangrijke stijging (niet-getoonde resultaten). Een toekomstig tekort is dus mogelijk indien hypothesen van sterke toename van de verzorging zouden uitkomen.

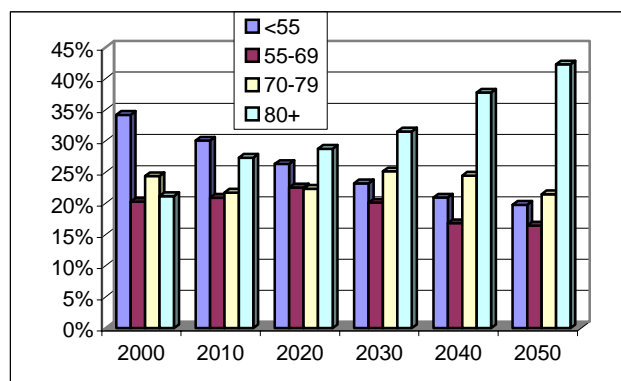
- *Hospitalisaties: opnames en verblijfsduur*

Een sterke stijging van het aantal opnames van hoogbejaarden in het ziekenhuis (maal 1,7 van de 80-plussers tussen 2000 en 2020, verdrievoudiging van 2000 tot 2050) mag worden verwacht volgens een hypothese van stabilisering van de in 2001 vastgestelde percentages per leeftijd (RIZIV-gegevens). Maar deze stijging zal gedeeltelijk gecompenseerd worden door de daling van het aantal opnames in de jongere klassen. Voor alle leeftijden samen, kan de gemiddelde stijging van het aantal opnames geraamd worden op + 0,5% per jaar (2000-2050). De toename van het aantal dagen zal hoger liggen : + 0,9%. In 2050 zal een gehospitaliseerde patiënt op twee ten minste 65 jaar oud zijn en een op drie 75 jaar.

**Figuur 8 : Hospitalisatiedagen per leeftijd, 2000-2050, België (cijfers voor 2000=100)**



**Figuur 9 : Aandeel van iedere leeftijdsklasse in het totaal aantal dagen (2000-2050, België) - % met constante percentages per leeftijd**



Bron: Projecties UCL volgens profielen per leeftijd (RIZIV (constante percentages) en bevolkingsvooruitzichten NIS)

Daarenboven mag men aannemen dat andere belangrijke activiteitssectoren in het ziekenhuis zich verder zullen ontwikkelen: meer externe patiënten, daghospitalisaties en urgenties. Het personeel en de ziekenhuisuitgaven zullen dus sneller toenemen dan het aantal opnames.

- *Woongelegenheden voor ouderen*

Er zijn belangrijke behoeften inzake woongelegenheden voor ouderen in de toekomst, ongeacht het scenario : + 43 000 tot + 56 000 bijkomende plaatsen tussen 2000 en 2020, al dan niet rekening houdende met een mogelijke langere levensverwachting zonder beperkingen. Aanzienlijke investeringen moeten dus worden gepland, vooral in Vlaanderen (+ 29 tot 36 000, namelijk + 47 tot 58%), minder in Wallonië (+ 13 tot 18 000) en bijna niets in Brussel. In de drie gewesten zouden ze moeten samengaan met een verbetering van de kwaliteit (éénpersoonkamers) en met een actief beleid inzake aangepaste woonomgeving, thuisverzorging, leefmilieu, levensstijl en levensomstandigheden.

- *Thuisverpleging*

Een toename van thuisverpleging valt te verwachten tussen 2000 en 2020: van + 29% tot + 40% al dan niet rekening houdende met een langere levensverwachting zonder beperkingen. Indien daarenboven de percentages van gebruik in Wallonië en in Brussel, die op dit gebied achterliggen, evolueren naar het percentage van Vlaanderen (1999), zou er vermenigvuldiging met 1,7 in Wallonië en met 3,4 in Brussel op 20 jaar tijd moeten opgevangen worden, ondanks de verwachte achteruitgang van de zware beperkingen!

- *Geneesmiddelen:*

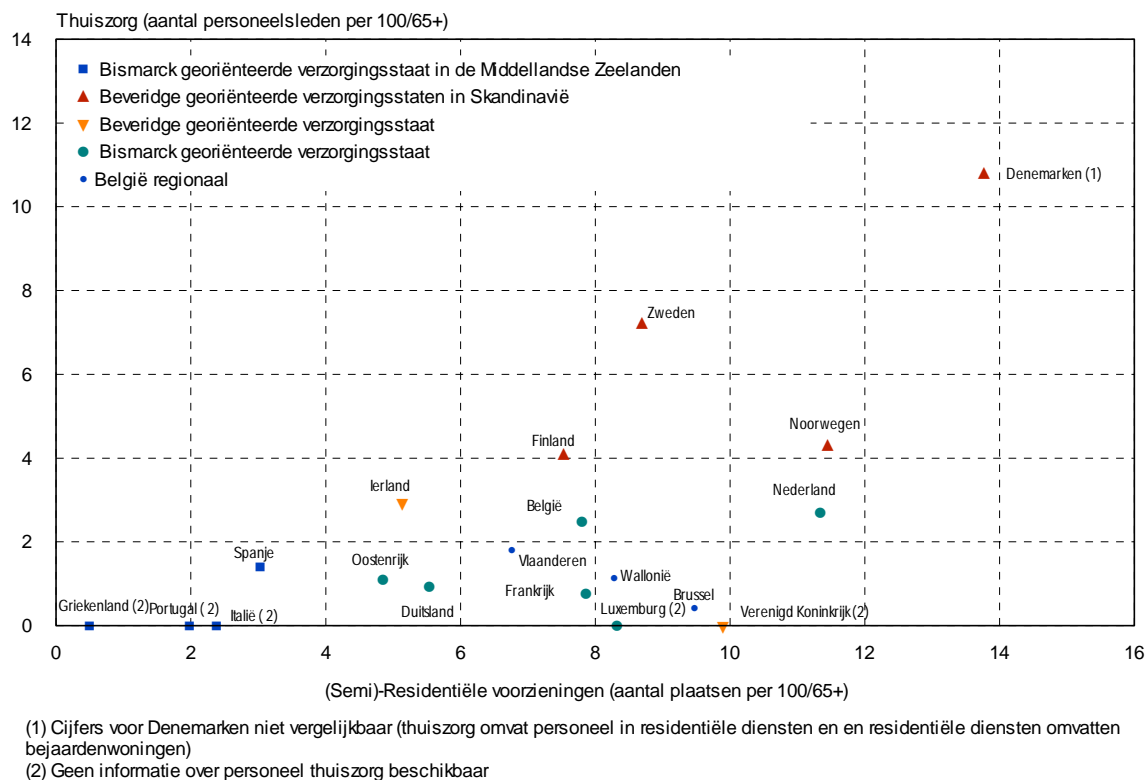
Het relatief aandeel van het RIZIV stijgt in de globale farmaceutische uitgaven, een trend die zou kunnen aanhouden (vergrijzing en nieuwe beschikbare behandelingen).

## 10. Aanbod van zorgvoorzieningen voor ouderen

De voorzieningen voor de ouderen kunnen opgedeeld worden in residentiële, transmurale of semi-residentiële diensten en thuiszorgdiensten.

Op het vlak van de uitbouw van de voorzieningen situeert België zich bij de geavanceerde landen en is er een verdere evolutie in die zin. Toch zijn er zowel tekenen van substitutie tussen institutionele zorg en thuiszorg en ongedekte behoeften.

In internationaal perspectief is België eerder institutioneel georiënteerd. Met ongeveer 7 plaatsen per 100 65+ers situeert België zich bij de landen met een goed uitgebouwde vorm van residentiële zorg. Vlaanderen situeert zich lager, maar dit moet aangevuld worden met meer serviceflats; Wallonië en vooral Brussel situeren zich hoger. Gecorrigeerd voor leeftijd zijn de verschillen minder uitgesproken: in de drie gewesten is er een vergelijkbaar verloop van de institutionalisering in functie van de leeftijd. In Vlaanderen zijn er relatief meer RVT-bedden, in Wallonië meer ROB-bedden. Alles samen, zou de graad van institutionalisering in Vlaanderen 1,5 procentpunt hoger (of 25%!) liggen, moest men de institutionaliseringsgraad van Wallonië en Brussel kennen. De serviceflats vullen dit verschil voor een deel op en zijn, met een zachte vorm van thuiszorgondersteuning, blijkbaar een valabel alternatief voor een gedeelte van de institutionele zorg. De relatief hoge dagprijs in de residentiële zorg betekent ook een impliciete rem op de institutionalisering. Toch is België in internationaal perspectief bij de landen te situeren die een hoge graad van institutionalisering kennen.



\* Voor de gewestelijke cijfers (Vlaanderen, Wallonië en Brussel) werden de poetsdiensten niet meegerekend, voor België wel.

Bron : Pacolet, Bouten, Lanoye, Versieck, 1998

#### **Figuur 10      Ontwikkeling van residentiële voorzieningen en thuiszorgdiensten voor ouderen in Europa**

Verder zijn er aanzienlijke verschillen te bemerken op het vlak van de thuisverpleging. Deze bevindt zich in Brussel voor de voornaamste thuisverplegingverstrekkings op  $\frac{1}{4}$  en in Wallonië op  $\frac{1}{2}$  van het niveau in Vlaanderen. In uitgaven zijn de verschillen minder uitgesproken. Ook in de gezinszorg is de zorg in het Vlaamse Gewest, uitgedrukt in uren per 65+er, meer dan het dubbele dan in Wallonië. Ook binnen de regio's kunnen de verschillen aanzienlijk zijn. Er is evenwel indicatie dat een hogere ondersteuning van de thuisverpleging, mogelijk complementair met de gezinszorg, institutionele zorg kan vermijden.

Op lange termijn ontwikkelen beide zorgsystemen zich parallel, en ook de informele zorg is complementair met de professionele zorg.

Indicatie van verdere ontwikkelingsmogelijkheden zijn niet eenduidig. Zo blijkt niet alleen het manifeste verschil in uitbouw van de zorg tussen de gewesten, maar ook binnen de gewesten. In Vlaanderen bijvoorbeeld zijn verschillen in uitbouw van zorg geobserveerd tussen de provincies. In sommige provincies is er, gecorrigeerd voor de leeftijdstructuur, soms tot 50% meer thuisverpleging dan in de rest van Vlaanderen, terwijl de institutionele zorg bijna een kwart lager kan liggen. Een aantal enquêtes illustreren dat er nog een onvoldoende groot aanbod is in de thuiszorg. Sommige studies illustreren dat dit rond de 10% zou kunnen liggen, maar de Vlaamse overheid zelf heeft in het nabije verleden een inhaaloperatie voorgesteld in de gezinszorg van 20%. Het is merkwaardig dat ook in regio's met meer thuiszorg er evenzeer een bijkomende vraag bestaat, wat illustreert dat het aanbod zijn eigen vraag creëert zonder dat dit hoeft te betekenen dat het geen reële behoeften dekt. Andere studies zijn niet eenduidig omtrent het tekort respectievelijk voldoende adequaat zijn van het aanbod.

Er is een onvoltooid debat omtrent de omkadering en de personeelsbehoeften in de sector. In Vlaanderen wordt verwezen naar de vergelijkbaarheid in zorgsituatie tussen ouderenzorg en de zorg voor personen met een handicap, met een duidelijk verschil in omkadering (betere omkadering in de voorzieningen voor personen met een handicap). Ook hier kan een situatie van onbevredigde behoeften aan zorg gesitueerd worden. Ook in andere domeinen zijn er nog verschillen in de zorgvoorzieningen tussen personen met een handicap en de ouderenzorg (bijvoorbeeld de PAB's – persoonlijk assistentiebudget), en tussen PVT's – psychiatrisch verzorgingstehuis en RVT's, weliswaar te begrijpen vanuit verschillen in ondermeer de langdurigheid van de zorgbehoefte en de impact op de draagkracht.

Ook op het vlak van vergoede informele zorg en het creëren van zorgverloven is een beweging op gang gekomen om dit ook in België uit te bouwen. Wanneer dergelijke systemen in sommige Scandinavische landen reeds uitgebreid bestaan voor vooral de kinderopvang, zijn zij in het andere einde van de levensloop, de ouderenzorg en de palliatieve zorg, niet ondenkbaar maar veel minder evident. De situatie van de voornaamste verzorger in de ouderenzorg is immers anders. Het is immers in eerste instantie de partner en ook wanneer het de kinderen/schoonkinderen zullen zijn, is de zorgsituatie anders dan voor de kinderopvang. In de zorg voor personen met een handicap ligt de situatie nog anders. De systemen van zorgverloven laten toe dat de mantelzorg een groter deel van de zorg zelf kan opnemen in de kinderopvang en de zorg voor personen met een handicap. Dit geldt minder voor de ouderenzorg, waar de voornaamste verzorger vaak niet meer beroepsactief is (zie ook volgend punt).

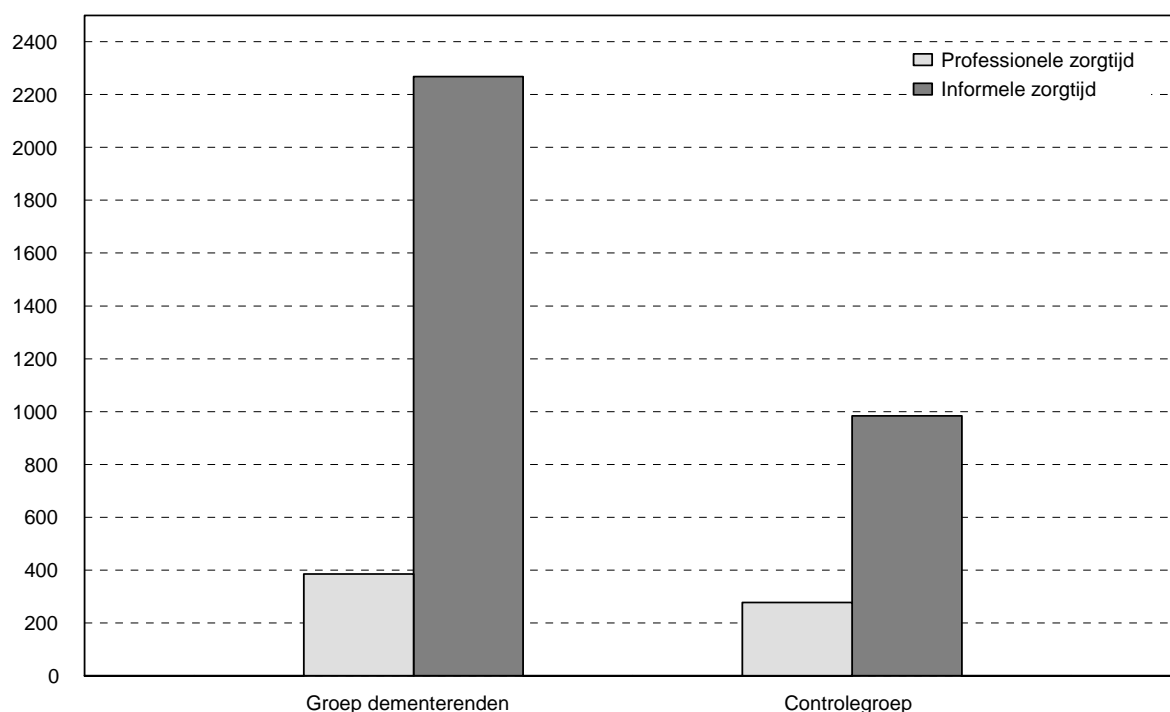
Het expliciet kwaliteitsbeleid in de sector is van recente datum, en thans gericht op procedures en 'outcome' en ook grotere patiënt/cliënt betrokkenheid. De controle op toepassing van reglementering, normen en omkadering is evenwel even onontbeerlijk, en hieruit blijkt dat objectieve parameters kunnen gehanteerd worden voor de inschatting van de kwaliteit in de ouderenzorgsector. Een opvallende parameter is dat er nog steeds een groot aantal meerpersoonsskamers bestaan in de residentiële zorg, terwijl ook in de ziekenhuiscontext blijkt dat steeds meer personen een éénpersoonsskamer vragen. Er zal naast een uitbreidingsvraag naar de infrastructuur, ook een vraag naar renovatie en upgrading moeten gehonoreerd worden. Een adequate personeelsomkadering is verder een garantie voor goede zorg. Wanneer kwantitatief de investeringen in infrastructuur nog beperkt zullen moeten groeien, zal ook een kwalitatieve opwaardering van de infrastructuur nodig blijken (eliminatie van meerpersoonsskamers, bouw van zorgflats en serviceflats), die extra investeringen zal noodzakelijk maken.

## 11. Belang van de mantelzorg en ondersteuning van de mantelzorg: 'Will you still need me, will you still feed me, when I am 64'

Informele zorg in de ouderenzorg is er of is er niet, en kan ook moeilijk uit het niets gecreëerd worden. Systemen van vergoeding of aanmoediging van de thuiszorg zullen niet direct bijkomende zorg creëren, maar kunnen een vorm van maatschappelijke waardering vormen, en nemen dan ook in tal van landen toe. Belangrijker is de complementariteit tussen de professionele en informele zorg, waarbij de eerste ook de tweede ondersteunt. Voor die situaties waar mantelzorg ontbreekt, is professionele zorg de enige terugvalbasis.

De professionele zorg wordt voor een gemiddelde thuiszorgsituatie op een 8-urendag geschat; daartegenover staat een doorsnee zorgtijd voor de informele zorg van een 40-urenweek. Voor personen met dementie, kan de informele zorg, die vaak neerkomt op de schouders van de voornaamste verzorger, oplopen tot een 60-urenweek in de zwaarste zorgsituatie. Afhankelijk van specifieke doelgroepen, kunnen deze cijfers uiteenliggen maar gelijkaardige verhoudingen komen steeds terug. Ook komt steeds dezelfde volgorde van mantelzorgers voor: eerst is er de partner, en dan komen kinderen, schoonkinderen, en veel minder frequent en nabij is de hulp van overige familie of vrijwilligers.

Hieronder geven wij de meest recente inschatting van de informele zorg en de professionele zorg voor personen met dementie, vergeleken met een controlegroep.



Bron: Misplon, Pacolet, Hedeboom, 2004, Qualidem-studie

**Figuur 11** Gemiddelde professionele en informele zorgtijd bij dementerende personen in de thuiszorg, in minuten per week (2002)



---

Steeds meer ouderen in Vlaanderen kunnen samen met de partner oud worden, door de gestegen levensverwachting, een stijging die zelfs iets groter is bij de mannen zodat er een verminderde kans is bij de vrouwen om hun partner vroegtijdig te verliezen door overlijden. Nochtans, zal er een groot verschil blijven (zie §5.3). Bij de oudere leeftijdsgroep neemt echter het aantal alleenstaanden toe. Maar ook de zelfredzaamheid neemt toe. Een lange- termijnoverzicht van de oudere bevolking in Vlaanderen (LOVO-onderzoek) toont aan dat de zelfredzaamheid zelf toeneemt, en dat ook op het vlak van de huishoudelijke hulp, de hulpbehoevendheid afneemt. Maar het blijft de eerste soort van hulp die men inroept, zodat zij een vereiste kan zijn voor andere vormen van thuiszorg (thuisverpleging) en het zo lang mogelijk thuis blijven zelf.

In het verlengde van de mantelzorgdiscussie, situeren zich tal van stelsels die in onze sociale zekerheid en sociale uitgaven worden uitgebouwd om via loopbaanonderbreking, zorgverloven en vormen van tegemoetkoming, zorgtaken op te nemen. Hiermee sluit België aan bij opnieuw de Scandinavische landen waar, na de professionele kinderopvang, uiteindelijk veeleer gekozen werd voor ouderschapsverloven om deze zorgtaken op te nemen. Deze discussie is ook overgeënt naar de ouderenzorg, alhoewel de situatie totaal verschillend is, niet alleen qua aard van de zorg, maar ook qua situatie van de zorgverstrekker: de mantelzorger is in veel mindere mate nog in een actieve beroepssituatie, maar is in eerste instantie de ook reeds oudere partner. Zorgverloven kunnen in de toekomst wel een rol gaan spelen, indien generaties van kinderen voor hun ouders zorgtaken moeten opnemen terwijl zij zelf nog beroepsactief zijn. Maar het vooruitschuiven van de leeftijd waarop men hulpbehoevend wordt, kan ook veroorzaken dat deze behoefte aan zorgverloven beperkt kan uitvallen (cfr. 4.1 en 6).

## 12. Professionele zorg en werkgelegenheid in de zorgsector

Er is een groeiende ongerustheid over de personeelsschaarste in de zorgsector (zorgsector staat hier voor gezondheidssector en ouderenzorg). Aan de ene kant is er een groeiende vraag naar zorg, en bijgevolg zorgpersoneel, en aan de andere kant is er een zelf vergrijzende beroepsbevolking in de sector die zal moeten vervangen worden, terwijl er een inkrimpende instroom is van jongeren die toetreden tot de arbeidsmarkt. Aangezien zich ook geen productiviteitswinst aandient, zal het aantal personen actief in de sector verder moeten stijgen. Daartegenover staat een indruk van desinteresse voor het beroep, of uitspraken over onaangepaste kwalificatiemix van de arbeidskrachten.

Deze discussie is niet nieuw, komt in veel landen voor, voor uiteenlopende segmenten en is bijgevolg erg dubbelzinnig. Enkel de feiten kunnen ons tot conclusies leiden. Onze eigen toekomstverkenningen voor een aantal zorgberoepen, en de evaluatie van wat werkelijk gebeurde in het verleden en vandaag de dag, kunnen de toestand dedramatiseren:

- er is nog nooit zoveel personeel, en hooggekwalificeerd personeel, tewerkgesteld in de sector;
- er is voor tal van opleidingen voor medische, paramedische en overige zorgberoepen nog nooit zo een hoge interesse geweest;
- zodat voor een aantal beroepen zelfs – en de discussie is niet afgesloten – numerus clausus werd ingesteld, of dat men rationalisering in de opleidingstructuur voorstelde (opleidingen kiné verdwenen in Vlaanderen, discussie over de rol van de opleiding vierde graad verpleegkunde enz.);
- de toename van de zorgsector is van recente datum, zodat de sector nog een redelijke jonge beroepsbevolking kent, die nog geruime tijd in de arbeidsmarkt zal blijven: de historische cijfers over uittrede uit de zorgsector, of pensionering zijn niet te extrapoleren naar de toekomst;
- ook is het debat over de taakverdeling tussen de diverse beroepsgroepen nog maar pas gestart: zowel de raakvlakken tussen de activiteiten van artsen en verpleegkundigen als tussen verpleegkundigen en verzorgenden/zorgkundigen zijn nog niet uitgeklaard;
- er worden tal van zogenaamd verontrustende signalen overroepen: men blijft trouw aan de zorgsector; de sector heeft aanzienlijke verbeteringen gekend in zijn loon- en arbeidsvoorwaarden en loopt bijvoorbeeld op het vlak van arbeidstijd voor oudere werknemers voorop op de rest van de economie en kan zelfs als voorbeeldig omschreven worden.

Mogelijke schaarste in de zorgsector dient dan ook geïnterpreteerd te worden in de context van de algemene arbeidsmarktsituatie. Tot het einde van dit decennium zijn wij nog in de periode dat de ‘echo-babyboomers’ (kinderen van de babyboomers) massaal het schoolstelsel bezoeken, verlaten en op zoek gaan naar een job. Het verklaart ook mede dat zelfs met stijgende jobcreatie tot het einde van het huidige decennium de werkloosheid hoog blijft. Geconfronteerd met veralgemeende werkloosheid, die nog dramatischer is in Wallonië en Brussel, staat vooral het opleidingssysteem voor de uitdaging om gepaste opleidingen met voldoende slaagkansen en perspectieven voor de arbeidsmarkt voor de zorgsector aan te bieden en te promoten. Daarmee zal men ook in het opleidingssysteem klaar zijn voor de uitdaging in de decennia nadien van een adequate voorziening van beroepskrachten. Dit betekent dat rantsoenering in de instroom op een dynamische manier en flexibel dient geïnterpreteerd te worden en dat een ruime totale instroom

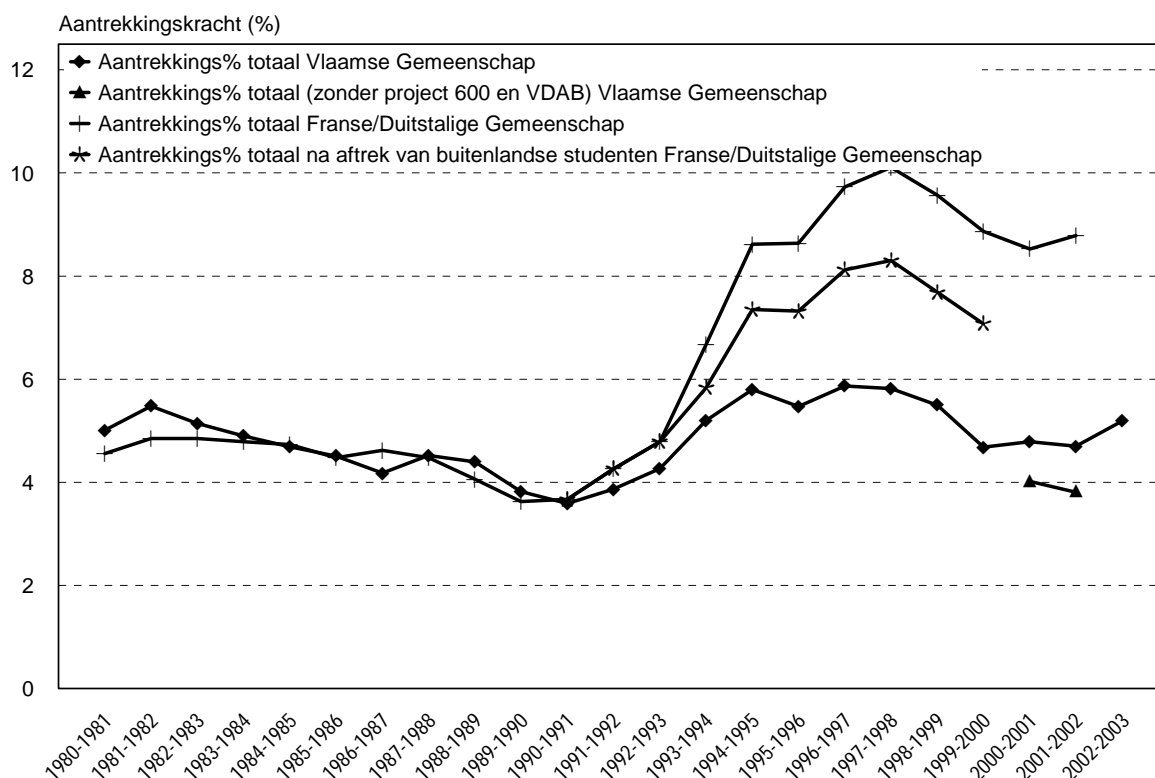
---

voorzien moet worden op elk opleidingsniveau. Een voortdurende dialoog tussen de zorgsector en de onderwijswereld is dan ook aan de orde.

De transitie van een acuut zorgsysteem naar een groter gewicht van chronische zorg en ouderenzorg (in onze toekomstscenario's voor 2020 evenaarde het zorgpersoneel in de ouderenvoorzieningen reeds het zorgpersoneel in de ziekenhuissector), zonder dan nog rekening te houden met de wijzigingen in de structuur van de werkgelegenheid in de ziekenhuizen zelf, zorgt er voor dat er veel meer zullen exclusief en intensief betrokken worden op de ouderenzorg en hun specifieke behoeften.

Wij concluderen in onze toekomstverkenningen voor de manpowerplanning dat het antwoord vooral zal liggen in het onderwijssysteem zelf, dat over het hele gamma meer mogelijkheden zal moeten bieden voor zorgberoepen, van verzorgenden, over diverse soorten verpleegkundig werk tot geneesheren en specialisten (Pacolet e.a., 2002). Een niet onbelangrijke groep komt reeds na het secundair onderwijs in deze sector terecht, of moet kunnen doorstromen naar gepaste opleidingen die slaagkans bieden voor de betrokkenen, en werkgelegenheidsperspectieven aanreiken voor een volwaardige en toekomstgerichte job. De groeiende erkenning voor de non-profitsector in de termen van macro-economische betekenis, als motor van jobcreatie en als creator van zorg, gezondheid en finaal verlenging van het leven en verbetering van de kwaliteit van het leven, kan daarover niet meer de minste twijfel laten bestaan

Op langere termijn zien wij de uitzonderlijke grote jobcreatie in de zorgsector (gezondheid en maatschappelijke dienstverlening) die steeg van 3,5% van de totale werkgelegenheid tot nu ongeveer 10% en 11,5% in 2008. Tegen 2020, schatten wij dat de werkgelegenheid kan stijgen tot ongeveer 14% van de tewerkstelling, waarvan ongeveer de helft in extra zorgberoepskrachten (diverse zorgberoepen). Deze uitdaging is kleiner dan wat gerealiseerd werd in de voorbije 20 jaar, met name een expansie van de zorgsector met 5 procentpunt (% extra jobs t.o.v. totale werkgelegenheid) van 1980 tot 2000, waarvan de helft specifieke zorgberoepen. Dit is evenwel enkel mogelijk indien het onderwijssysteem de inspanning levert om het huidige aantrekkingsniveau voor zorgberoepen door te trekken naar de toekomst. Onderstaande grafiek illustreert dat de aantrekkingskracht hoog kan zijn, maar zij moet verder ondersteund worden door een gepast onderwijsbeleid.



Bron: Pacolet, Leroy, Cattaert, Coudron, 2004: berekeningen HIVA/K.U.Leuven op basis van Ministerie van de Vlaamse Gemeenschap, Departement Onderwijs, Statistische Jaarboeken en NIS-bevolkingsstatistieken, Ministerie van de Sociale Zaken (2002) en Intersectoraal fonds voor de Gezondheidsdiensten (2002) en berekeningen SESA/UCL op basis van Direction de la santé, Ministère de la Culture et des affaires Sociales, Communauté Française en Enquêtes SESA/UCL, 1996-2001.

**Figuur 12** Evolutie van de aantrekkingskracht van de opleidingen tot verpleegkundige en vroedkundige (opleidingen in het hoger onderwijs en de 4<sup>de</sup> graad BSO), 1980-2000, naar gemeenschap

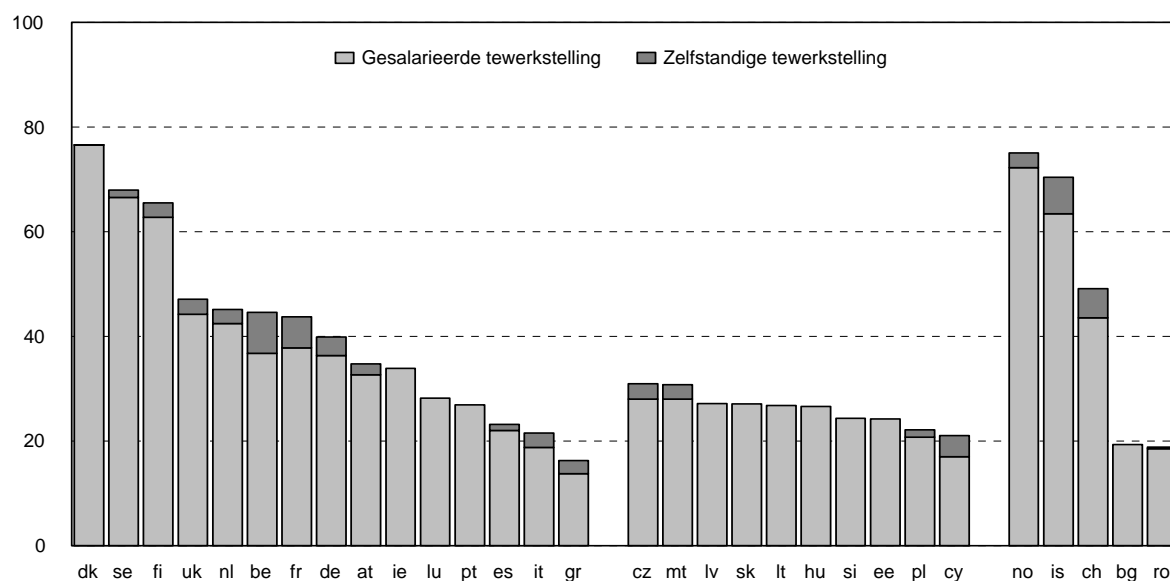
Het debat gebeurt weinig geïnformeerd. Evoluties in het buitenland, als ook die reeds voldoende gedocumenteerd zijn, zijn niet blindweg te extrapoleren naar het eigen land. De levenscyclus van de zorgsector zelf, de algemene arbeidsmarktsituatie, de mate dat een land een immigratieland is of niet, maken of men al dan niet een reserve heeft om beroepskrachten aan te trekken voor de zorgsector. Zo zal in sommige landen, als de Scandinavische landen waar de sector reeds veel vroeger was uitgebouwd, het probleem zich vroeger – nu reeds – stellen van de vervanging door nieuwe beroepskrachten. Landen waar er volledige tewerkstelling bereikt wordt, hebben minder mogelijkheden om nieuwe arbeidskrachten voor de zorgsector te vinden. Een aantal landen zijn van traditie immigratielanden geweest; en is ook immigratie van zorgpersoneel uit het buitenland denkbaar. In België, maar ook in tal van andere Europese landen, is het amper aan de orde. Toch zouden 8% van de Belgische artsen van buitenlandse oorsprong zijn. Voor andere zorgberoepen is de mobiliteit echter nog geringer.

Maar er is meer. De zorgsector kan voor bepaalde beroepsgroepen of bepaalde regio's geconfronteerd worden met schaarste, terwijl er voor diverse bevolkingsgroepen en regio's ook vandaag nog massale werkloosheid aan de orde is. De zorgsector biedt met zijn waardige en waardevolle jobs het vehikel bij uitstek voor maatschappelijke mobiliteit, die onvoldoende benut is (cf. bijvoorbeeld de nood aan herwaardering van het beroeps- en technisch onderwijs, het

vermijden van numerus clausus), terwijl ook regionale mobiliteit amper of niet aan de orde is geweest.

Op korte en op lange termijn zal ook ‘trendvolgerschap’ aan de orde blijven, zodanig dat loon- en arbeidsvoorwaarden in de zorgsector vergelijkbaar moeten zijn met de rest van de economie.

Elders argumenteerden wij herhaaldelijk, samen met vele anderen, dat ons sociale zekerheidssysteem slechts houdbaar is bij een realistische werkelijke pensioenleeftijd en een hogere activiteitsgraad van de bevolking. Mede deze hypothese, zal het arbeidsaanbod voor de zorgsector kunnen verhogen. Systemen die in het verleden ontworpen zijn om het arbeidsaanbod te reduceren, om op die manier de werkloosheid te reduceren, zullen in de toekomst niet houdbaar zijn. De jobcreatie in de zorgsector zal er mede voor zorgen dat dit verhoogde arbeidsaanbod een plaats zal krijgen. Beide vermeende problemen bevatten de sleutel voor mekaars oplossing. Internationaal gezien situeert België zich op het vlak van de jobcreatie in de zorgsector niet bij de koplopers, maar bij een middengroep, waar ook buurlanden als Nederland, Frankrijk, het VK zich bevinden. Dat het werkvolume in voltijds equivalent niet veel lager is dan in Nederland verrast, omdat dit land zich, in termen van aantallen gesalarieerde werknemers, eerder aansluit bij de koplopers van de Noorse landen maar dit wordt gecompenseerd door een nog groter aandeel van deeltijds werken in de zorgsector, terwijl België de kampioen in de EU is van de zelfstandige arbeid in de zorgsector. Deze zelfstandige jobs worden gekenmerkt door een meer dan gemiddelde arbeidsduur, maar ook de gesalarieerde jobs zijn in België minder deeltijds dan in Nederland. Het feit dat de Noorse landen een aanzienlijk hoger niveau bereiken van jobcreatie in de zorgsector illustreert dat, net als de zorguitgaven die in de USA aanzienlijk hoger zijn, de zorg nog aanzienlijk kan groeien. De tewerkstelling in VTE in de zorgsector is thans in België niet veel hoger (maar ook niet lager) dan in Nederland, waar de wachtlijsten punt van zorg zijn, en in Frankrijk en het VK, waar men wel zelf tot de conclusie kwam dat de zorgsector moet groeien. Net zozeer men zich zorgen dient te maken of de sector voldoende beroepskrachten zal vinden, moet men blijven onderzoeken of de sector voldoende uitgebouwd is in internationaal perspectief.



1. Italië en het Verenigd Koninkrijk: bevolkingscijfers. 2001.
2. Nederland, Malta en IJsland: cijfers 2002, Luxemburg: cijfers 2000; voor Denemarken, Ierland, Luxemburg, Portugal, Estland, Letland, Litouwen, Hongarije, Slovenië, Slowakije en Bulgarije geen betrouwbare cijfers beschikbaar voor de zelfstandige tewerkstelling.

Bron: Berekeningen Pacolet en Coudron (HIVA-K.U.Leuven) op basis van Eurostat, Arbeidskrachtentelling

**Figuur 13** Gesalarieerde en zelfstandige tewerkstelling in VTE (gestandaardiseerd 38 uur) per 1 000 inwoners in de sectoren gezondheid en welzijn in de verschillende Europese landen, 2003.

### 13. Private – publieke mix in de zorg.

De private-publieke mix in de zorg kan op twee manieren bekeken worden:

- a) de eigendomsstructuur van de aanbieders in de zorgsector: private/commerciële aanbieders versus de publieke en private non-profitsector;
- b) de verhouding in de financiering, waar publieke middelen (ziekteverzekering, federale overheid, gemeenschappen en lokale overheden) kunnen gesteld worden tegenover de private eigen bijdragen (remgelden, autonome uitgaven en terugbetalingen/tenlastenemingen door private aanvullende verzekeringen).

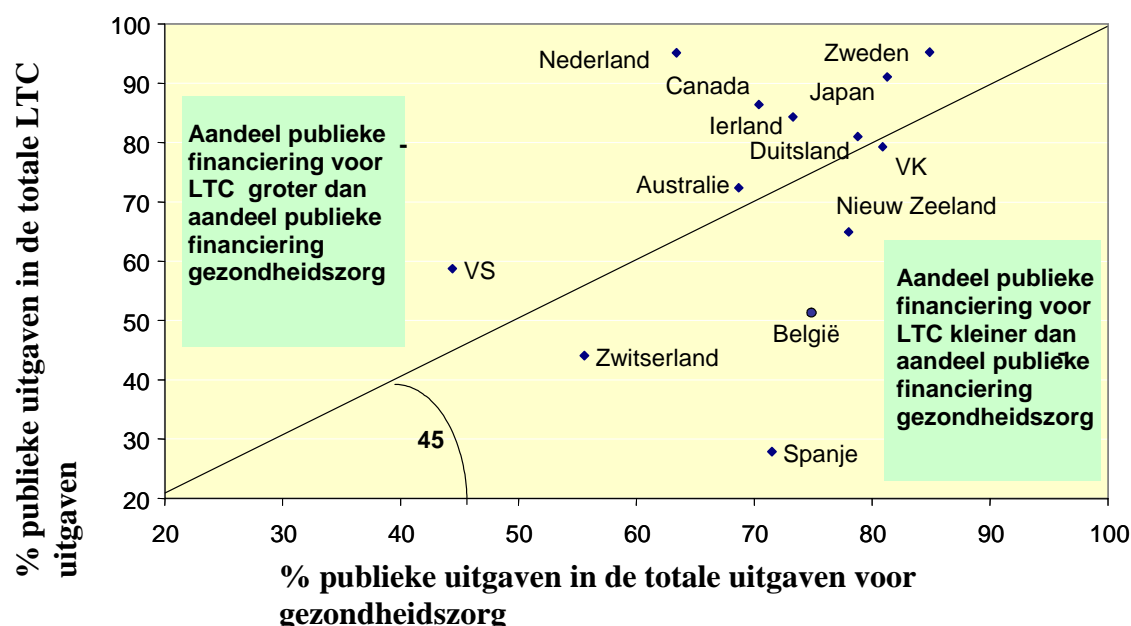
De gezondheidssector is vooreerst een sector waarin een belangrijk privé initiatief bestaat van vrije beroepen (artsen, paramedische beroepen, verpleegkundigen, ...). Hun aandeel in de totale tewerkstelling van de gezondheidssector loopt op tot 40%. Daarnaast bestaat er een gelijk opgaand aanbod van de private en publieke non-profit sector in de zorgsector. De marktaandelen van beide groepen aanbieders blijven namelijk redelijk gelijk over de voorbije dertig jaar, indien de gezondheidssector en de welzijnssector apart worden bekeken. Naarmate er een verschuiving is van gezondheids- naar welzijnsvoorzieningen, waar in de laatste de private non-profit relatief sterker aanwezig was, neemt het aandeel van de private non-profit toe. Het meest uitgesproken commercieel circuit in de ouderenzorg is te vinden in de rusthuissector en in de thuisverpleging (zelfstandige verpleegkundigen). Indien men de nieuwe vormen van buurtdiensten als de dienstencheque toevoegt aan dit circuit, zou daar ook een vorm van privatisering kunnen ontwaard worden.

In de financiering is de eigen bijdrage relatief beperkt, behalve voor de residentiële ouderenzorg, waar zich ook het probleem stelt van quasi-onbetaalbaarheid voor personen met lage pensioenen. Globaal genomen zijn de eigen bijdragen in de ziekteverzekering beperkt gebleven in macro-economische termen maar ze zijn problematisch voor langdurig zieken en personen met een laag inkomen. Systemen als sociale en fiscale franchise en de maximumfactuur hebben dit moeten remediëren. Daarnaast stelt zich het probleem van de groeiende omvang van 'out-of-the-pocket uitgaven', bovenop wat terugbetaald wordt door de ziekteverzekering, of omwille van autonome consumptie.

Het is vooral de residentiële zorg voor ouderen die onvoldoende collectief gefinancierd is, terwijl ook de private alternatieve verzekeringen er amper in voorzien. Oorspronkelijk gingen bepaalde vormen van private zorgverzekering dit risico moeten dekken, maar weinig verzekeringsmaatschappijen zijn daar op ingegaan of bieden slechts een beperkte dekking aan. Vroegere studies toonden aan dat, vooral op dit vlak, er in België een onderverzekering was van het risico van chronische zorgbehoefte, terwijl in het buitenland tal van systemen van sociale bescherming juist hier een hogere dekking voorzagen, en/of een expliciete zorgverzekering werd gecreëerd.

In België zijn de private uitgaven in de gezondheidszorg 25 tot 30% van de totale uitgaven, terwijl in de 'long-term care', afhankelijk van het feit of men gehandicaptenvoorzieningen al dan niet meeneemt, deze private uitgaven tussen 30 en 55% uitmaken. In Vlaanderen wordt door de invoering van de zorgverzekering de facto wel reeds een deel van de kosten gecompenseerd (qua volume loopt dit zelfs reeds op tot 20% van de private uitgaven, maar de zorgverzekering dekt niet volledig dezelfde doelgroep). Op federaal vlak remedieert de tegemoetkoming hulp aan ouderen deze kost verder voor de lage inkomens, niet in het minst doordat vanaf januari 2003 de reductie van de tegemoetkoming met 2/3 wegens verblijf in een instelling werd afgeschaft.

Onderstaande grafiek illustreert dat België een uitzondering vormt op de tenlasteneming van de langdurige zorg: in de meeste verzorgingsstaten is de publieke tenlasteneming groter in de zogenaamde long-term care (of langdurige zorg) dan in de overige gezondheidszorg omdat men dit als een groot risico beschouwt. In België was het rustoord opgenomen bij de kleine risico's.



Bron: Hennessy, Huber, 2004, OESO en eigen aanvulling voor België

**Figuur 14** De private-publieke financieringsmix in de gezondheidszorg en de 'LTC'

Het probleem van de remgelden in de gezondheidszorg is opgevangen door de sociale en fiscale franchise, nadien de maximumfactuur. Deze lukt er in, met relatief beperkte middelen maar uitermate selectief, de last van de eigen bijdragen voor de chronisch zieken met een laag inkomen te beperken. Er zijn ook grenzen aan deze eigen bijdragen, wil men niet in een soort privatisering van de zorg terechtkomen. Deze trend is evenwel reeds ingezet. Er is een toenemende trend om de eigen bijdragen via complementaire verzekeringen te vermijden. Hier is een dubbele beweging bezig. Aan de ene kant zal de aanvullende verzekering voor de kleine risico's voor de zelfstandigen in het wettelijk stelsel worden opgenomen vanaf 2006, terwijl anderzijds steeds meer mensen aanvullende verzekeringen nemen in de sector. De verzekeringssector schat dit nu reeds op 6 miljoen personen, of 60% van de bevolking, waarvan een 2 miljoen via de mutualiteiten en 4 miljoen verzekerden via de private verzekeringen.

Het aandeel van de remgelden en de autonome uitgaven in de totale uitgaven wordt geschat op  $\frac{1}{4}$  tot  $\frac{1}{3}$ . In vergelijking met de pensioensector, waar in 1999 een 35% van de beroepsbevolking een aanvullende pensioenverzekering had, en wat thans reeds op 50% wordt verondersteld, zijn de aanvullende pensioenuitkeringen reeds opgelopen tot meer dan een kwart van de uitkeringen van de wettelijke pensioenen. Dit niveau is verre van bereikt in de gezondheidszorg, en het lijkt ook niet snel in die richting te evolueren. Een belangrijke voedingsbodem voor de aanvullende verzekeringen lijken de supplementen te vormen in de



éénpersoonskamers bij hospitalisatie. De vraag dient gesteld, of een éénpersoonskamer niet tot het basispakket van een vooruitstrevend gezondheidszorgsysteem dient te behoren.

## 14. Nood aan een impliciete of expliciete zorgverzekering

De eigen bijdrage of dagprijs ten laste van de oudere zelf brengt ons bij het debat van de zorgverzekering. Het ongedekte risico en de groeiende kost van de langdurige zorg voor ouderen heeft in de meeste moderne welvaartstaten het debat op gang gebracht van de behoefte aan dergelijke bijkomende verzekering ('Long-term care insurance'). Uit Europees onderzoek, kunnen drie situaties opgemerkt worden: ofwel is dit risico reeds gedekt in de bestaande ziekte- en welzijnszorguitgaven, en wordt er geen nieuw debat gevoerd, ofwel is men voor een expliciete nieuwe pijler in de sociale zekerheid, ofwel is het debat nog niet aan de orde geweest omdat de overige systemen van sociale bescherming nog volop in ontwikkeling waren. In een aantal Bismarck-georiënteerde stelsels als Duitsland, Oostenrijk en Luxemburg werd een expliciete zorgverzekering ingevoerd, soms na een bijna decennialang debat. In België kon ook zo een expliciet stelsel verwacht worden, en is dan ook al meer dan tien jaar het debat aan de orde. Uiteindelijk is België een gemengd systeem geworden, in die zin dat gezocht werd naar een expliciet apart stelsel, maar dat de facto een aanzienlijk deel van de nieuwe risico's werden opgevangen door de ziekteverzekering zelf terwijl ook de reeds bestaande tegemoetkoming voor hulp aan ouderen deze rol ten dele kon invullen, en soms ook als dusdanig naar voren werd geschoven. In de ziekteverzekering zijn de budgetten voor thuisverpleging en ROB en RVT aanzienlijk gestegen. Voor de residentiële zorg werd een gedeelte van de gestegen kost opgevangen door gestegen zorgforfaits en de reconversie van ROB- naar RVT-forfaits. Nochtans dekt de RIZIV-financiering niet de volledige kostprijs van het zorgpersoneel (ondermeer verpleegkundigen en verzorgenden) en blijft de vraag naar meer RVT-erkenningen bestaan. Maar ook de dagprijs blijft voor een aantal ouderen te hoog in verhouding met hun inkomen. De Belgische ziekteverzekering zou daar zich moeten aligneren op de buitenlandse stelsels om van een volwaardige impliciete zorgverzekering te kunnen spreken. Ondertussen is ook de tegemoetkoming voor hulp aan ouderen aanzienlijk verbeterd, en zijn ook deze middelen aanzienlijk toegenomen in de jaren negentig tot nu, ondermeer door de boven geciteerde uitbreiding van de vergoeding voor personen opgenomen in een instelling. Daarnaast kreeg de vraag naar een expliciete verzekering, voor de zogenaamde niet-medische kosten, zijn beslag in de creatie van een zorgverzekering op Vlaamse niveau. Het werd een stelsel 'sui generis' dat evenwel met redelijk beperkte middelen, zowel budgettair als qua bijdrage gevraagd aan de bevolking, toch een aanzienlijke dekking heeft weten te realiseren. Thans worden bijna 140 000 personen die het meest hulpbehoevend zijn, bereikt met een tegemoetkoming van 90 en 125 per maand in respectievelijk de thuiszorg en de institutionele zorg in Vlaanderen en voor de Nederlandstaligen in Brussel.

Op dit ogenblik is er nog maar een beperkte belangstelling in de Franse en Duitstalige Gemeenschap om een eigen zorgverzekering uit te bouwen. Recent werd door een interuniversitaire onderzoeksequipe in opdracht van het Waalse Gewest, het Brusselse Gewest en de Franstalige en Duitstalige Gemeenschap deze problematiek grondig bestudeerd en gingen een aantal conclusies in de richting van een verdere uitbouw op federaal niveau maar evenzeer werden voor en nadelen van de Vlaamse Zorgverzekering aan de orde gesteld. Dit debat is in geen van beide landsdelen afgerond. Deze recente studies in Wallonië illustreren evenwel dat naarmate het systeem in Vlaanderen meer gevestigd geraakt, het ook meer aan de orde zal komen in de Franse/ Duitstalige Gemeenschap.

Belangrijk in de buitenlandse discussie was dat er 'new money' beschikbaar kwam voor de zorgverzekering: zonder bijkomende middelen was het debat uit den boze, en kon er ook geen vooruitgang geboekt worden in de uitbouw van de sociale bescherming. Dit kwam nog eens op

een pijnlijke wijze aan het licht in Frankrijk, waar de rampzalige gevolgen van een hittegolf in 2003 (15 000 extra overlijdens bij ouderen) nodig waren om een beter gefinancierd stelsel van zorgverzekering in te voeren, ondermeer met de introductie van een dag van de solidariteit, de betaalde feestdag van Pinkstermaandag die afgestaan wordt voor de financiering van de zorg. Dit is ook de voornaamste conclusie voor de impact van de vergrijzing op het geheel van de zorguitgaven: deze zal er niet onderuit kunnen dat nieuwe bijdragen moeten geïnd worden, private of publieke verzekeringspremies, of dat op een andere manier overheidsmiddelen voor de zorgsector moeten geïmmerkt worden. Daarom is het des te merkwaardiger dat met redelijk beperkte extra bijdragen, de Vlaamse zorgverzekering een zo ruim bereik heeft gerealiseerd van de doelgroep. Toch is men ook hier beducht voor de mogelijke kostenexplosie en de financierbaarheid die moeilijk van extra bijdragen kan blijven komen en bijgevolg uit de algemene middelen zal moeten komen. Wij spreken dan ook van ‘een Vlaams mirakel’ dat met beperkte middelen, op zeer korte termijn een ruime doelgroep heeft bereikt, terwijl wij van ‘de stille kracht’<sup>1</sup> spreken van de federale uitbreiding van de middelen voor LTC via het RIZIV en de tegemoetkoming hulp aan ouderen (exhaustieve cijfers in absolute bedragen en als % van het BBP zijn te vinden in het basisrapport). Beide voorbeelden illustreren dat ook in perioden van budgettaire orthodoxie en austeriteit nieuwe middelen konden gevonden worden voor dit nieuwe risico.

Ook worden er vragen gesteld over de vorm van de tegemoetkoming, die nu als het ware ‘in cash’ is, zodat onvoldoende garantie bestaat dat er ook werkelijk extra zorg beschikbaar komt. Een rechtstreekse subsidiëring van het aanbod blijft ook voor ons de voorkeur wegdragen.

De recente discussie in ook het VK, Duitsland en ook Nederland en Frankrijk, omtrent de noodzakelijke modernisering van de gezondheidszorg en de ouderenzorg, leert ons verder dat de twee stelsels in al deze landen erg gescheiden blijven, en ook zo geprojecteerd worden naar de toekomst. Het kan ons dan ook niet verbazen dat de OESO constateert dat er vaak een globaal plan ontbreekt voor deze hervormingen, terwijl op het terrein de noodzaak aan betere coördinatie tussen gezondheidszorg en ouderenzorg noodzakelijk wordt. Tegelijk zijn beide systemen laboratoria voor elkaars noodzakelijke hervormingen, zodat er een grotere communicatie en informatie-uitwisseling tussen beide systemen noodzakelijk wordt. In België kan de grote integratie van de financiering van heel wat voorzieningen in de ziekteverzekering een troef zijn, op voorwaarde dat ook de grotere coördinatie tussen ‘cure’ en ‘care’ verzekerd wordt. Dit veronderstelt ook grotere coördinatie tussen de federale en gemeenschapsmateries.

---

<sup>1</sup> Naar de roman van Louis Couperus

## 15. Toekomstperspectieven in waarde

### 15.1 Scenario's in België

a) % van het BBP, basisscenario (Federaal Planbureau en Studiecommissie voor de Vergrijzing)

**Tabel 9 – Toekomstperspectieven voor de gezondheidsuitgaven, in % van het BBP (2003-2030)**

Basisscenario van het FPB	2003	2010	2030	Vershil 2003-2030
Totale gezondheidszorguitgaven	9,2	10,2	12,5	+ 3,3
Publieke gezondheidszorguitgaven	6,9	7,8	9,3 (9,6-10,8)	+ 2,4
Stijging van de sociale-zekerheidsuitgaven (de zogenaamde « budgettaire kost v/d vergrijzing »)				+ 3.4

In minder dan 30 jaar zullen de gezondheidsuitgaven, de openbare gezondheidsuitgaven en de ganse sociale zekerheid een duidelijk groter aandeel van het BBP vertegenwoordigen. Aangezien het BBP in dezelfde tijdspanne ook sterk zal gestegen zijn (+ 66%), gaat het hier om aanzienlijke bedragen. De sector zou aldus meer dan kunnen verdubbelen in constante waarde.

- Voor dit scenario heeft de Studiecommissie voor de Vergrijzing rekening gehouden met de volgende hypothesen (2004, blz. 44 en 49)

- Stijging van het BBP : + 1,9% per jaar;
- Nieuwe nettobanen (+ 0,1% per jaar);
- Globaal tewerkstellingspercentage (15-64 jaar) stijgt van 62% tot 69%, vandaar:
- Sterke verbetering van de activiteitsgraden van oudere werknemers en vrouwen;
- Gezondheidsuitgaven volgens basisscenario.

Zijn deze hypothesen opgemaakt voor 2003-2030 realistisch? Sommigen twijfelen daaraan. De OESO verwacht bijvoorbeeld een achteruitgang van de tewerkstelling (- 0,1% per jaar).

- Volgens sommige vooruitzichten zouden de gezondheidsuitgaven minder stijgen:

- langere levensverwachting met een betere gezondheid,
- verhoging van de leeftijdsverwachting, wat de stijging van de zorg bij het levenseinde zal vertragen (gelet op de minder grote intensiteit van zulke zorg, naarmate de levensverwachting hoger ligt).

Maar dergelijke minderuitgaven zijn impliciet vervat in het basisscenario van het FPB, aangezien de elasticiteit van de gezondheidsuitgaven ten opzichte van het BBP geleidelijk tot 1 wordt herleid.

- Volgens andere elementen moet men zich aan een snelle stijging van de gezondheidsuitgaven verwachten:

- Indien de profielen van gezondheidsuitgaven per leeftijd verder uit elkaar zouden groeien.  
Grotere verschillen werden reeds in het verleden vastgesteld. Ze zouden nog kunnen toenemen met de intrede van generaties die een hogere zorgconsumptie gewoon zijn.
- Indien de elasticiteit van de gezondheidsuitgaven ten opzichte van het BBP niet zou dalen vanaf 2020 en/of meer dan één zou bedragen na 2030 (deze elasticiteit bedroeg 1,6 in het verleden en 1,2 onlangs). Verschillende factoren zullen een sterke stijging in de hand

blijven werken: technologische vooruitgang, druk op de lonen en de tarieven (gelet op het kleiner aanbod), druk op de vraag (verwachtingen en generatie-effect).

N.B. Studies in het buitenland bevestigen de gezamenlijke effecten van de factoren multimorbiditeit, leeftijd en generatie.

**b) Alternatief scenario van het FPB:** indien de stijging van de gezondheidsuitgaven + 4,5% / jaar blijft bedragen, zou de weerslag van de budgettaire kost van de vergrijzing verdubbelen: + 6,7% van het BBP in de plaats van + 3,4% (2003-30).

## 15.2 Scenario's op internationaal niveau

**Tabel 10 – Toekomstperspectieven voor de gezondheidsuitgaven**

	Stijgingspercentage per jaar		
	België 2009-2030 Basisscenario Met inbegrip van « prijs » effect	Europa 2000-2020 Zonder loongroei	OESO 1995-2020
Totaal	+ 2,9% (a)	+ 3%	+ 4,1
Mechanisch effect van de vergrijzing	+ 0,7%	+ 0,5%	+ 0,8
Effect bevolkingsvolume	+ 0,2%		+ 0,3
<b>Effect zware tendens</b>	+ 2,1%		
Morbiditeitseffect en behandelingsmogelijkheid		+ 0,5%	
Effect verhoogde verwachtingen van de consumenten		+ 0,75%	
Effect vooruitgang van kennis / technologie		+ 1,25%	+ 3

(a) + 4,4% per jaar van 2004 tot 2008

Bronnen: - Hoge Raad van Financiën, Studiecommissie voor de Vergrijzing, Jaarverslag 2004,  
- Lister (in Barnard, 2003),  
- Mayhew (2000).

Zoals het FBP komen de internationale studies tot de conclusies dat de vergrijzing een gering effect heeft op de stijging van de gezondheidsuitgaven<sup>2</sup>.

Ze verschillen daarentegen wat betreft de rol van de niet-demografische factoren:

De internationale scenario's geven aan deze factoren een groter gewicht:

+ 2,5% à 3% per jaar, zonder loongroei versus

+ 2,1% per jaar, met prijseffect in België.

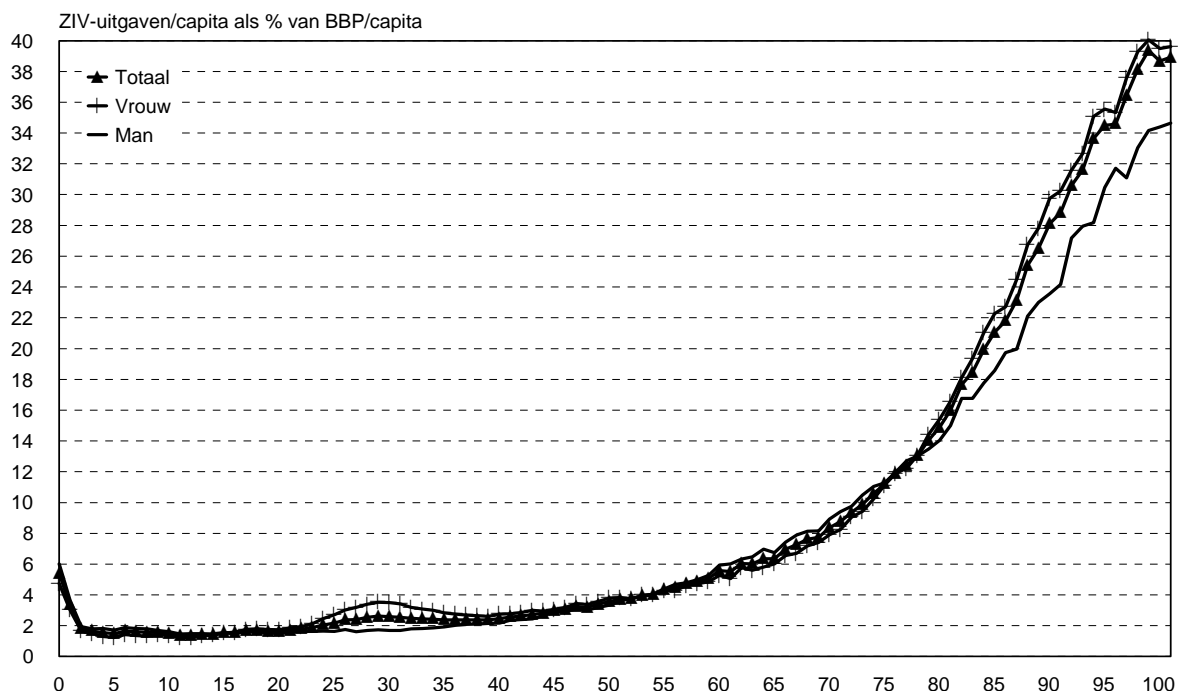
Dit bevestigt dat de scenario's van het FPB minimalistisch zouden kunnen zijn.

<sup>2</sup> Wegens de koppeling tussen de gezondheidsuitgaven en het BBP komt het FPB niettemin tot het besluit dat het groter *aandeel van deze gezondheidsuitgaven in het BBP* voornamelijk het gevolg is aan de vergrijzing (Englert et al, 2002). Dit belangrijk onderscheid komt verder aan bod in punt 16 en 17 hierna.

## 16. Macro-economische inschatting van de kost van de vergrijzing in de gezondheids- en ouderenzorg: dominante impact van de leeftijd op het kostenverloop

De leeftijd is de voornaamste determinant voor het verloop van de kosten van de zorg op een bepaald moment. Toch is zij niet de voornaamste verklarende factor van het niveau van deze uitgaven vandaag en morgen, en bijgevolg niet van de stijging van de uitgaven. Deze dubbele betekenis van de impact van de vergrijzing schetsen wij in dit en volgend punt 17.

De mate dat de leeftijd de gezondheidszorg beïnvloedt, wordt vooreerst duidelijk door onderstaand verloop van de gezondheidszorguitgaven naar leeftijd met inbegrip van de 'long term care'. De uitgaven per capita stijgen naarmate men ouder wordt. Het niveau van deze curve, en de mate dat deze uitgaven in de tijd evolueren, meer of minder sterk stijgen in vergelijking met het reële nationaal inkomen, proberen wij in volgen punt verder te verklaren.



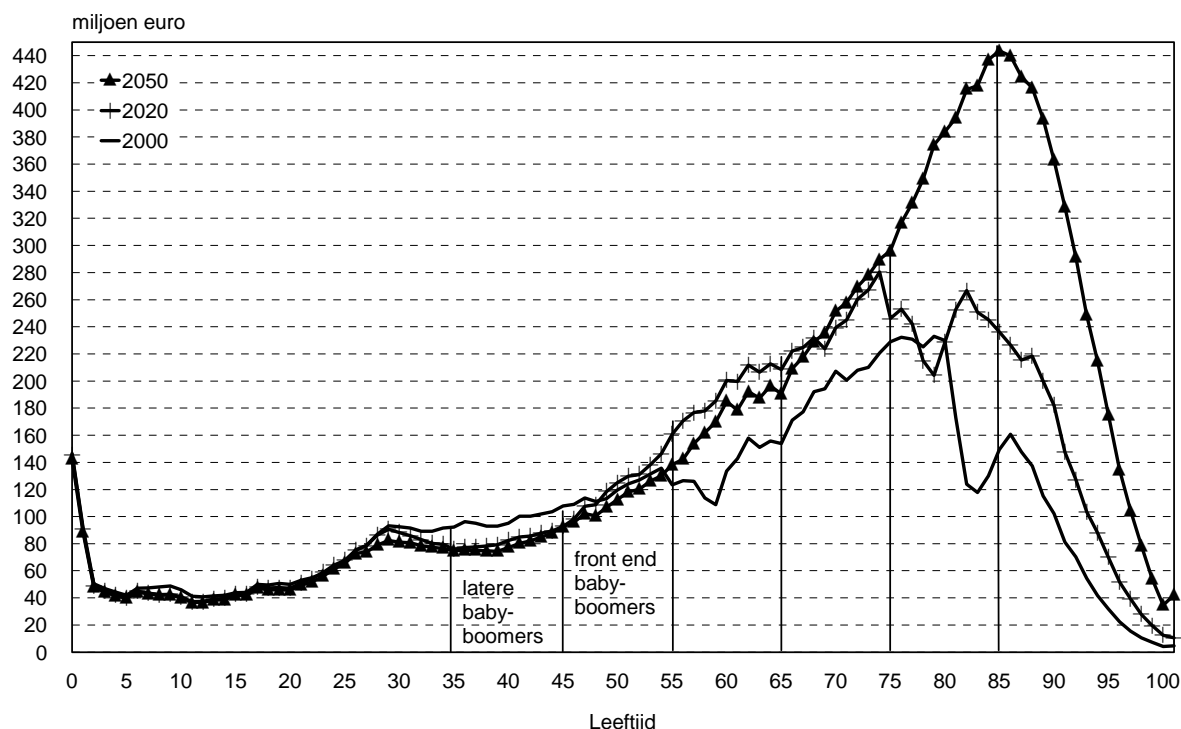
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.Uleuven) aan de hand van CM-gegevens

**Figuur 15** Totale ZIV-uitgaven per capita als % van BBP/capita, naar geslacht en leeftijd, 2000

Puur mechanisch kan dit leeftijdsprofiel geëxtrapoleerd worden naar de totale uitgaven voor gezondheidszorg naar leeftijd in de toekomst. Wij vergelijken het profiel in de volgende grafiek voor 2000, 2020 en 2050. De uitgaven per capita naar leeftijd blijven in deze scenario's constant en toch zullen onder invloed van de ouder wordende bevolking waar steeds grotere cohorten terecht komen in de leeftijdscategorieën waar de uitgaven sterk stijgen, de totale uitgaven sterk toenemen. Het demografische effect (zowel wijzigend aantal als wijzigende leeftijdstructuur) zou de zorguitgaven de komende vijftig jaar ongeveer met 50% doen toenemen (zie basisrapport, hoofdstuk 6).

Indien de uitgaven per capita in reële termen op dezelfde manier zou groeien als het BBP, zou deze vergrijzing de enige factor zijn die het aandeel van de zorguitgaven in het BBP zou doen toenemen. Op zich zou dit volgen van de trend van de rest van de economie reeds een enorme vooruitgang impliceren en in vorig punt stelden wij reeds dat het FPB een niet veel grotere groei

veronderstelt. Wij gaan in volgende punt hier nog verder op in. Wij kijken nu eerst hoe onderstaande grafiek dient te worden geïnterpreteerd.



Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.Uleuven) op basis van CM-gegevens en NIS-bevolkingsprognoses 2000-2050

**Figuur 16** Totale ZIV-uitgaven per leeftijdsgroep in België, 2000-2020-2050

Belangrijke referentieleeftijden zijn in dit soort grafiek: 65 jaar, vandaag in veel landen de wettelijke pensioenleeftijd, maar ook ongeveer de leeftijd waar 1 op 2 gezondheidsproblemen heeft; 75 jaar, de leeftijd waar 1 op 2 afhankelijk wordt (gebrek aan zelfredzaamheid) en ten slotte 85 jaar, waar vandaag 1 op 2 overleden is (interpretatie cijfers Gillet en Bonneur, in de hoorzitting Kamer van Volksvertegenwoordigers, zie basisrapport p. 435).

Het aandeel van de gezondheidszorg voor ouderen (65+ers, nu 16% van de bevolking) in de totale gezondheidszorg stijgt van 35% midden jaren tachtig naar ongeveer 47% einde van de jaren negentig, en de huidige bestedingen extrapolierend naar de toekomst zou dit verder evolueren naar 53% in 2020 en 65% in 2050 (voor 26% van de bevolking die ouder is dan 65). Het illustreert hoe dat het gros van de gezondheidszorg en zeker van de zorgvoorzieningen voor ouderen, uitgaven zijn voor de oudere generaties. Maar de grafiek 16 illustreert ook hoe snel opeenvolgende generaties hiervan gebruik maken.

De bovenstaande grafiek laat toe opeenvolgende generaties te situeren, ondermeer de babyboomers waarvan de 'front-end babyboomers' geboren tussen 1945 en 1954, en de latere babyboomers, geboren tussen 1955 en 1964. In de curve voor de gezondheidszorguitgaven, zijn zij in 2000 nog in de leeftijdsgroep 35-55 met nog relatief lage uitgaven. Twintig jaar later zijn zij tussen 55 en 75 jaar, en blijktbaar is de extra uitgave voor deze babyboomers (omwille van het getal en de leeftijdsstructuur, wij nemen geen hypothesen omtrent een generatie-effect mee), maar een deel van de gestegen kosten, en is het vooral de interbellum generatie die voor de extra uitgaven zorgt (leeftijdscategorie 80+). In 2050 is de piek in de uitgaven voor de babyboomers

net achter de rug: zij zijn 85 jaar of ouder en de grafiek illustreert dat zij al niet meer voor het gros van de uitgaven staan, maar ingehaald zijn door hun kinderen, de 'echo-babyboomers', die het gros van de uitgaven vormen. Deze drie opeenvolgende curven over 50 jaar illustreren hoe dat de gezondheidsuitgaven reeds drie opeenvolgende generaties ten goede komen. Zij weerleggen de bewering dat de kost van de vergrijzing conflicten tussen generaties zou impliceren.. Want al illustreert de grafiek duidelijk dat de zorguitgaven meer en meer voor de oudere leeftijdsgroepen worden gemaakt, zij illustreert nog meer hoe snel steeds nieuwe generaties zullen genieten van de voordelen van dit stelsel. Want de jongeren, 'echo-babyboomers', van vandaag zijn de ouderen van morgen. Het is een perfecte illustratie hoe over een tijdspanne van nog geen 50 jaar drie generaties zullen genieten van een stelsel waarvoor zij in een vroegere periode hebben bijgedragen, wat de essentie is van een repartitiestelsel.

Met dit steeds groter belang van oudere leeftijdsgroepen transiteert het gezondheidssysteem zelf steeds meer naar een systeem van acute zorg naar chronische zorg. Zo zagen met name de residentiële voorzieningen voor ouderen en de thuisverpleegkunde hun aandeel in het RIZIV-budget stijgen van 9% in 1994 naar 12% in 2004, terwijl de rusthuissector (ROB en RVT) in 1985 1,4% uitmaakte van het RIZIV-budget en 7,9% in 2004. Daarnaast zijn er vooral op gemeenschapsniveau nog andere uitgaven voor chronische zorg voor ouderen die zullen stijgen.

De afbakening van het begrip LTC is nog onduidelijk, zowel in de Europese als OESO-context. Soms worden ouderenzorg, gezinszorg en zorg voor personen met een handicap samen genomen, met elk hun eigen terugbetalingsregeling.

Naast het aandeel van de gezondheidszorguitgaven voor ouderen dat evolueert van 35% in de jaren 80 naar thans 50% en 65% in 2050 (met het huidige gebruiksprofiel), zijn ook de overige uitgaven voor ouderenzorg belangrijk te identificeren<sup>3</sup>. Meer en meer wordt naast de gezondheidszorg expliciet melding gemaakt van de zogenaamde 'long term care' (LTC). Dit is niet volledig synoniem van noch chronische zorg, noch ouderenzorg, maar overlapt in alle geval sterk met deze begrippen en wordt vaak door elkaar gehaald. Niet steeds zijn al deze zorgsystemen uitsluitend gericht op langdurige zorg. Zo is de thuisverpleging ook vaak zorg voor een kortere periode, maar wordt zij vooral in de chronische zorgsituaties voor de ziekteverzekering een groot risico, wat maakt dat zij doorgaans wel bij de voorzieningen voor LTC worden gerekend. Ondermeer de mate dat voorzieningen voor personen met een handicap al dan niet meegerekend worden, beïnvloedt sterk het totaal en de mate van eigen bijdragen. Internationaal wordt verder doorgaans het onderscheid gemaakt tussen institutionele zorg en thuiszorg. Er bestaan onvolledige cijfers hierover voor België. Zowel RIZIV-gegevens als bestedingen van de gemeenschappen en de lokale overheden moeten in beeld gebracht worden. Toch kunnen wij voor Vlaanderen de publieke uitgaven van LTC ramen voor de ouderen op ongeveer 1% van het BBP, een aandeel dat redelijk gestegen is de jongste jaren, terwijl de overige publieke zorguitgaven voor personen met een handicap nog eens op 0,45% van het BBP liggen en redelijk constant bleven. De overige publieke uitgaven voor de gezondheidszorg bedragen ongeveer 5,8% van het BBP. Deze cijfers liggen in de lijn van wat het EPC (Economic Policy Committee van de EU) hanteerde, maar is wat de LTC betreft toch hoger dan de 0,8 daar gehanteerd. Met dit cijfer situeert Vlaanderen/België zich op een redelijk niveau in internationaal perspectief en situeert België zich bij die landen die een redelijk goed uitgebouwd systeem van ouderenzorg hebben. De publieke middelen dekken een groter deel van de totale kost in de thuiszorg, wat een zekere prioriteit voor deze thuiszorg zou moeten illustreren. Maar in totale budgetten zijn de publieke middelen (RIZIV en gemeenschappen) iets groter voor de

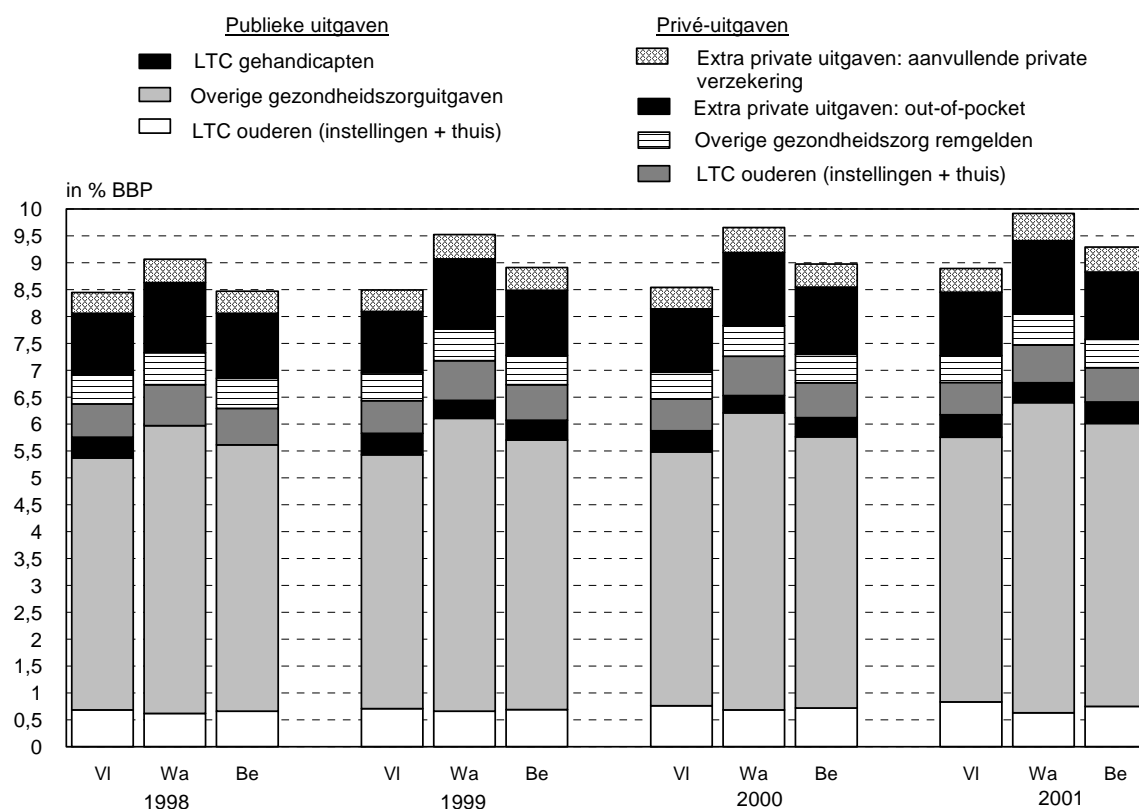
<sup>3</sup> In België zit in de ziekteverzekering reeds een belangrijk deel van de zogenaamde LTC. Dit deel is reeds begrepen in de hier gehanteerde cijfers.



residentiële zorg voor ouderen, terwijl de zorg voor personen voor een handicap sterk is georiënteerd op de residentiële zorg.

De toekomstperspectieven omtrent de LTC-uitgaven komen in het algemeen in macro-economische termen redelijk laag uit, en zouden nog lager kunnen zijn indien hypothesen van dalende beperkingen en verbeterde zelfredzaamheid worden aangenomen. Maar ook stijgende zorgbehoefte behoort tot de mogelijkheden. De vele controverses hieromtrent die de toekomstscenario's aanzienlijk kunnen beïnvloeden vereisen dan ook een nauwgezette opvolging van deze fenomenen in de context van het debat van de vergrijzing.

Wel valt internationaal op dat het voornamelijk de residentiële voorzieningen zijn die in België onderverzekerd zijn. Het herbevestigt een groeiend besef dat de langdurige zorg een belangrijke karakteristiek wordt van de gezondheidszorg, en dat de uitgaven daarvan nog meer geconcentreerd een beperkt deel van de bevolking, maar voor een hoge kost, raken, met een grote variatie, zodanig dat een solidariseren van het risico voor de hand liggend is. In de meeste buitenlandse situaties is dit risico dan ook meer verzekerd in de ziekteverzekering dan de overige gezondheidszorg, en dit verklaart ook waarom er zo weinig private verzekeringen bestaan in de 'long term care insurance'.



Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven)

**Figuur 17 Publieke en private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, naar gemeenschap, 1998-2001**

Tot de meest zware zorgsituaties in de ouderenzorg, behoren de zorgen voor demente personen. Vooral in de thuiszorg is de belasting voor de mantelzorger aanzienlijk, zoals uit de Qualidem-studie blijkt. In vroegere studies namen wij aan dat van de ongeveer 100 000 personen met de ziekte van Alzheimer, er ongeveer 60 000 thuis verbleven en 40 000 in een instelling. De directe zorgkost voor personen met dementie werd in de Qualidem-studie geraamd op 12 000 euro per

jaar thuis tot 20 000 euro in een RVT. Dit zou een totale kostprijs impliceren (ten laste van de overheid en de betrokkenen zelf) van 1,5 miljard in 2002. Dit is niet de totale kost van sociale bescherming voor deze personen, maar al bij al relativeert dit in economische termen de omvang en dus betaalbaarheid van deze belangrijke ouderdomsziekte: mogelijks is voor 1% van de bevolking de directe publieke en private zorgkost 0,58% van het BBP. In de hypothese dat dit aantal blijft toenemen en bijvoorbeeld zou gestegen zijn met 50% tegen 2020, en in de verdergaande hypothese dat de zorgkost stijgt op dezelfde manier als het BBP, zou voor de 150 000 personen met de ziekte van Alzheimer in 2020 ongeveer 0,87% van het BBP nodig zijn, een toename met 50% dus. Ramingen van de prevalentie van dementie zijn ongeveer 50% hoger tot het dubbele van de hier gehanteerde cijfers voor personen met de ziekte van Alzheimer. Daarvan circuleren cijfers van ongeveer 150 000 personen met dementie in België in 2000, tot 200 000 in 2020 (cfr. punt 5.1). Voor de totale groep van personen met dementie zou de zorgkost verhoudingsgewijs kunnen evolueren van 0,87% van het BBP tot 1,16 % in 2020 van het aandeel in het BBP. Het spreekt vanzelf dat deze kosten reeds begrepen zijn in de cijfers hierboven gehanteerd voor de evolutie van de gezondheidszorguitgaven en de overige uitgaven voor chronische zorg. Zo zit de extra uitgaven voor de personen met de ziekte van Alzheimer die wij voor de komende jaren hierboven raamden op 0,29 procentpunt van het BBP begrepen in de totale toename van de zorguitgaven. De cijfers herbevestigen het beeld van de 'LTC'- kost: aanzienlijk voor de individuele persoon, redelijk beperkt in macro-economische termen.

## 17. Decompositie van de zorguitgaven: beperkte impact van vergrijzing

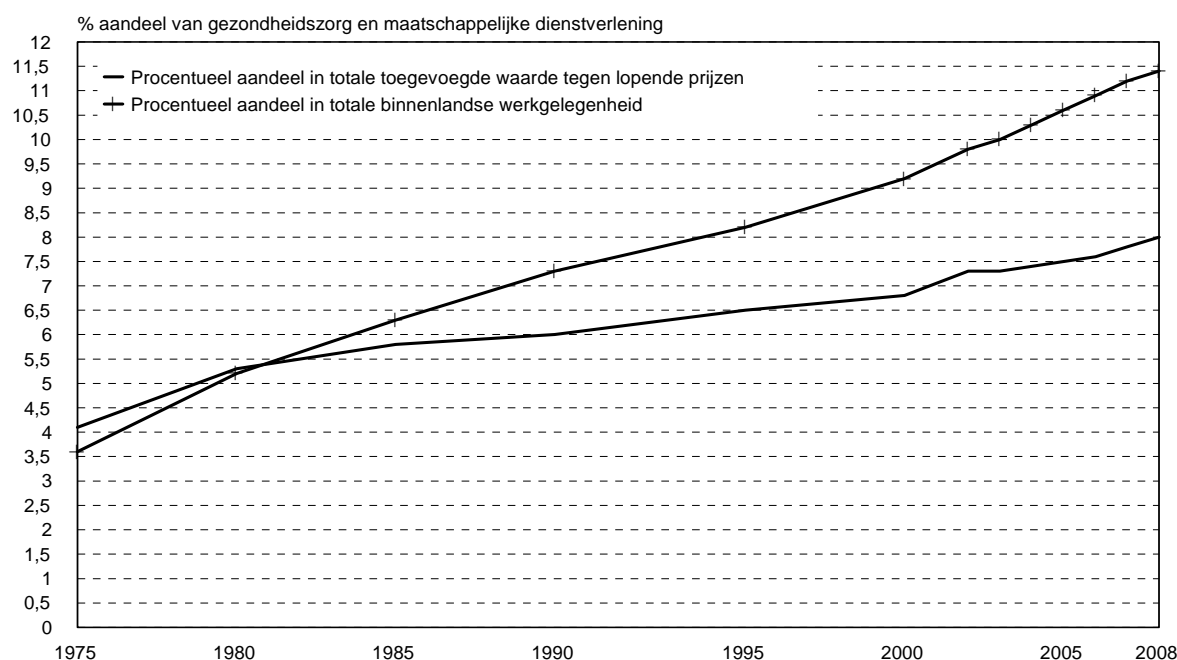
Zoals wij in vorig punt duidelijk maakten dat de gezondheidszorg en LTC, en de evolutie in de tijd, in sterke mate bepaald zijn door de zorgbehoefte van de bevolking in functie van de leeftijd en de gemiddelde, daarmee samen evoluerende toenemende ziekte en afhankelijkheid, is het niveau van die gezondheidszorguitgaven, en dus ook de evolutie, verder bepaald door de economische en (zorg)-technische en maatschappelijke vooruitgang. Naarmate de economie rijker werd, en ook de verzorgingsstaat werd uitgebouwd, werden meer middelen besteed aan gezondheidszorg. De middelen besteed in de zorgsector volgen niet alleen de maatschappelijke en economische vooruitgang, maar hebben deze in het verleden zelfs vaak overtroffen, afgezien van de demografische impact. Dat is wat wij internationaal kunnen observeren en ook nationaal doorheen de tijd. Om dit effect in de tijd goed te kunnen analyseren, moet het onderscheiden worden van het demografisch effect. Deze decompositie van de demografische factor en de rest van de determinerende factoren van de zorguitgaven is geen eenvoudige oefening.

De evolutie van de zorguitgaven proberen wij naar het verleden toe en voor de toekomst op te splitsen in een demografische component, een volume-effect en eventuele prijseffecten. De demografische component wordt meestal opgesplitst in een effect van de bevolkingsgroei (toegenomen aantal inwoners, of - als men de analyse beperkt tot de 65-plussers - toegenomen aantal 65+ers), en anderzijds het effect van de gewijzigde leeftijdsstructuur (vergrijzing binnen totale bevolking, of 'dubbel vergrijzing' - toegenomen aantal hoogbejaarden in de groep van de 65+ers). Het volume- en prijseffect is zowel conceptueel als empirisch moeilijk te identificeren, alhoewel het beleidsmatig uitermate belangrijk is, omdat werkelijke vooruitgang in de zorgvolume kan onderscheiden worden van eventuele prijseffecten. De lange termijnvooruitzichten in de zorg maken het onderscheid tussen de trend van de uitgaven en het bovengenoemd demografisch effect (aantal en vergrijzing).

Voor het verleden blijkt dat de gezondheidszorguitgaven aanzienlijk meer stegen dan demografisch kon verwacht worden en dat de uitgaven ook sneller stegen dan het BBP. Dit illustreert dat er een zekere trendmatige stijging was, die hoger was dan de reële evolutie van het BBP, althans wat de bestedingen betreft in de gezondheidszorg. Aangezien hier de uitgaven werden gecorrigeerd voor de deflator van het BBP, kan een deel van de uitgaven veroorzaakt zijn door nominale prijsstijgingen die hoger waren in de zorgsector dan daarbuiten.<sup>4</sup> Indien wij naar de toegevoegde waarde kijken in de gezondheidszorg en overige maatschappelijke dienstverlening (een ruime definitie van de zorgsector), dan blijkt dat de groei in de toegevoegde waarde beneden de groei in de werkgelegenheid ligt voor de periode 1980 tot nu, en ook voor de toekomstige jaren laten de prognoses van het Planbureau deze trend zien. Tussen 1975 en 2008 zou de werkgelegenheid (gesalarieerden en zelfstandigen) in de gezondheidszorg en overige maatschappelijke dienstverlening stijgen van 3,5 naar 11%, maar het aandeel in de toegevoegde waarde (waarachter lonen van werknemers en inkomen van zelfstandigen schuilt) zou slechts stijgen van 4 naar 8% (cijfers tot 2008 gebaseerd op de middellange-termijn vooruitzichten van het Federaal Planbureau).

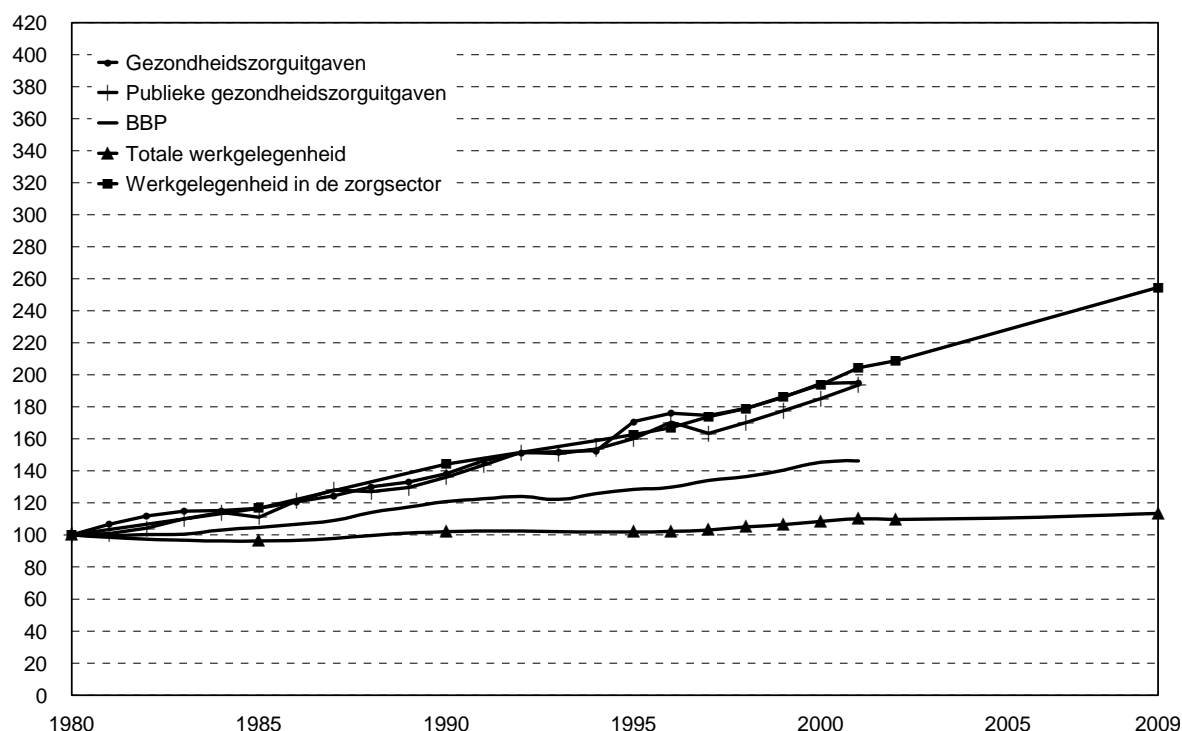
<sup>4</sup> Een meer nauwkeurige opstelling van de zorgrekeningen naar soorten van bestedingen, en naar financiers en naar leeftijd, zal in de toekomst een meer nauwkeurige inschatting toelaten van deze prijs- en volume-effecten.

Indien wij de groei in de werkgelegenheid stellen tegenover de groei in de bestedingen, dan zijn deze relatief gelijk geëvolueerd, wat illustreert dat er een aanzienlijke volumegroei is geweest, maar geen overdreven prijsinflatie. Het verschil tussen de evolutie in de toegevoegde waarde in de zorgsector en de totale bestedingen in de zorguitgaven is te verklaren door de toelevering vanuit andere sectoren, niet in het minst ook de uitgaven voor geneesmiddelen waar de bestedingen wel in uitgaven voor de zorg zijn terug te vinden, maar niet in de toegevoegde waarde van de zorgsector. Tevens leren deze grafieken ons dat in de zorgsector de groei van de (toegevoegde waarde in de) sector sterk samenvalt met groei in de werkgelegenheid, een band die niet te zien is voor de totale groei van de economie en de totale werkgelegenheid. Daardoor stijgt het aandeel van de werkgelegenheid in de zorgsector in de totale werkgelegenheid sterker dan het aandeel van de toegevoegde waarde van de zorgsector in het BBP.



Bron: Jaarlijks verslag studietoelatingscommissie voor de vergrijzing, Hoge Raad van Financiën, 2004

**Figuur 18** Evolutie in toegevoegde waarde en werkgelegenheid van de sector gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, 1975-2008



Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven)

**Figuur 19 Evolutie bestedingen gezondheidszorg, BBP en werkgelegenheid in index (1980=100), 1980-2009**

De prospectieve analyses van het Planbureau projecteren vooral de demografische component en een trendfactor. In feite kan en mag deze letterlijk geïnterpreteerd worden als ‘trendvolgerschap’ in de zorgsector, waarbij niet alleen nominale indexering van prijzen-inkomens mag verwacht worden (anders zou er reële achteruitgang zijn), maar ook inkomens/tarieven die gelijk opgaan met het algemeen welvaartsniveau.

Dit is ver van het zogenaamde ‘Baumol-effect’<sup>5</sup> dat er van uit ging dat er een steeds groter beslag wordt gelegd door de gezondheidszorg op de productiefactoren en toegevoegde waarde. Dit is ten dele zo, maar vooral omdat er ook meer dienstverlening en toegevoegde waarde is gecreëerd in deze sector. Daarnaast blijkt, - en dat was ook de essentie van het Baumol-effect - dat er nog veel meer middelen overblijven voor de overige consumptie. Dit wordt hierna geïllustreerd voor de periode 1970–2050.

Voor de periode 1970-2000, zien wij het BBP per capita stijgen, alsmede de bestedingen voor gezondheidszorg (in constante prijzen). De uitgaven zijn aanzienlijk gestegen maar de grafiek 20 illustreert dat er nog aanzienlijk meer middelen van het BBP beschikbaar zijn voor andere bestedingen. Dit wordt verder doorgetrokken naar de toekomst.

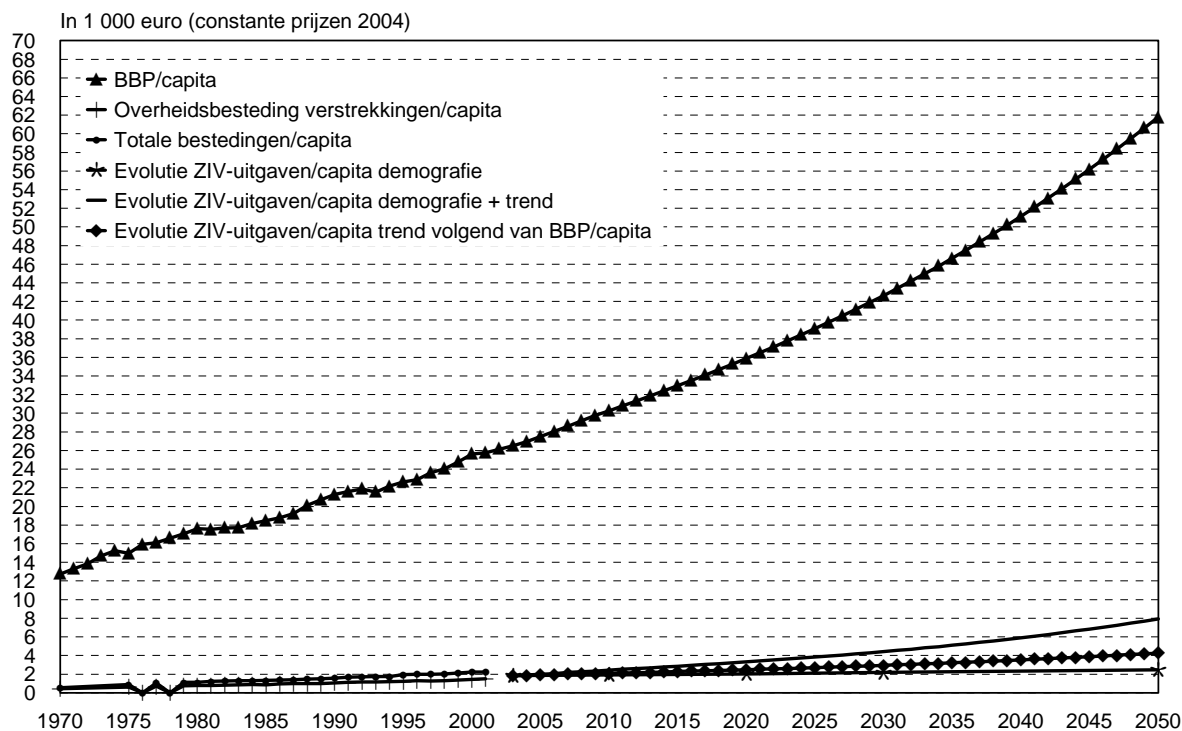
Het Planbureau trekt deze trend door, en neemt een voorzichtige supplementaire groei aan ten opzichte van de evolutie van het BBP. Wij projecteren hierna het BBP en de medische consumptie in de toekomst op basis van een louter demografische component (die overigens dezelfde is als deze van het Planbureau) en twee hypothesen op het vlak van het volgen van de trend in de rest van de economie (zie grafieken 20 en 21 hieronder). a) Enerzijds laten wij de publieke uitgaven (van de ziekteverzekering) ‘de trend volgen van de reële evolutie van het

<sup>5</sup> Naar de econoom W.J.Baumol die dit effect voor het eerst beschreef.

BBP/capita', dit is trendvolgerschap in het algemeen; b) anderzijds laten wij de publieke uitgaven 'de trend' volgen die werd aangenomen in de scenario's van het Federaal Planbureau, met name een groei die nog altijd sterker is dan alleen maar de evolutie volgende van het BBP. De curve 'trend' (van het Planbureau) ligt dan ook hoger dan de curve 'trend van het BBP'. Ten slotte hogen wij de aldus berekende evolutie van de publieke uitgaven (wij nemen de uitgaven die de trend volgen voorgesteld door het Planbureau) op met de factor 1,46 (de verhouding die wij vandaag vaststellen tussen de totale uitgaven voor zorg en de publieke uitgaven). Wij geven een aantal van deze scenarios hierna weer in absolute cijfers en in % van het BBP/capita.

Louter demografisch, zou de totale consumptie (amper!) stijgen van index 100 in 1999 naar index 150 in 2050. Aangezien er nog een beperkte volumegroei is in de bevolking, zal de consumptie van zorg per capita over die periode iets minder stijgen, m.n. tot index 140. Soms wordt gesteld dat de vergrijzing zich in de toekomst sterker zal laten voelen in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel. Dit is zo, maar een expliciete berekening van deze factor toont echter aan dat de evolutie van de totale uitgaven niet zo sterk afwijkt van Vlaanderen ten opzichte van Wallonië, omdat er naast een vergrijzings-effect ook een effect van het bevolkingsaantal speelt. De totale uitgaven zullen in de Franse/Duitstalige Gemeenschap net als in de Vlaamse Gemeenschap met ongeveer 50% stijgen. Terwijl dit in Vlaanderen bijna volledig omwille van de vergrijzing is, is 70% van de demografische volumegroei in Wallonië aan de vergrijzing toe te schrijven, en is er ook nog een stijging van de totale bevolking die meer zorguitgaven zal meebrengen. De mate dat dit gemakkelijker betaalbaar is, zal dan afhangen van de economische situatie, waarbij een groeiende bevolking effectief een hogere activiteitsgraad zou kunnen impliceren in Wallonië.

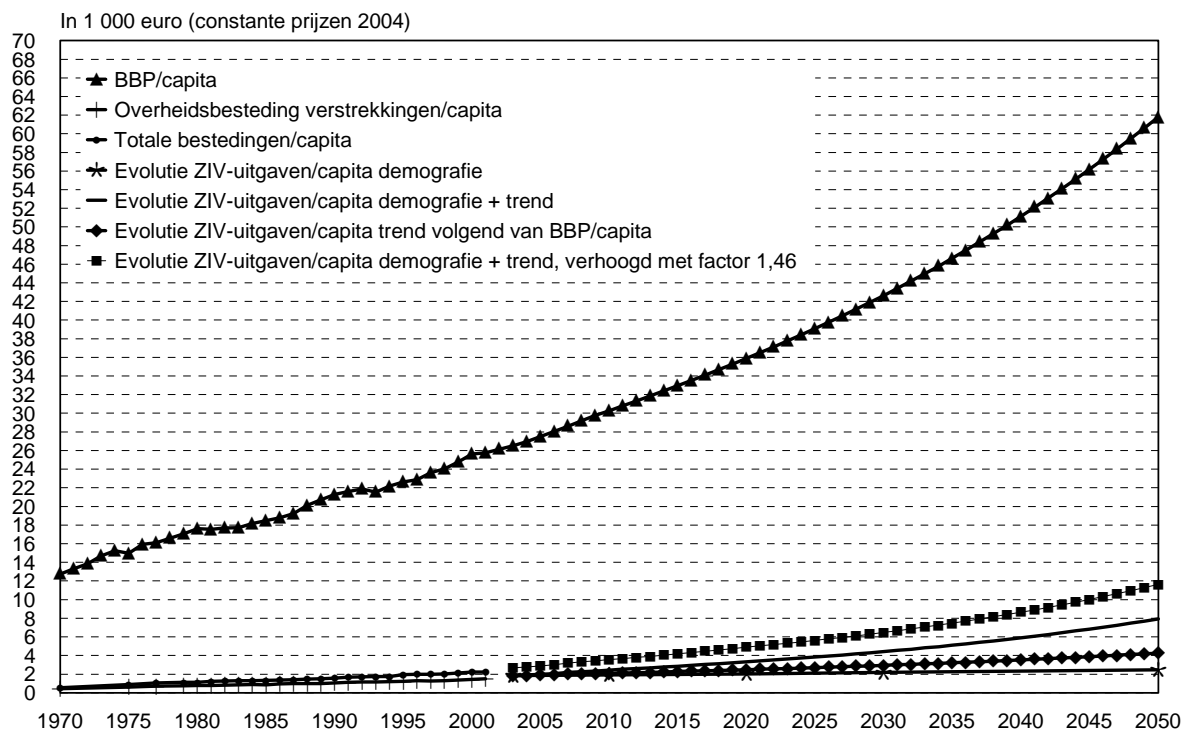
Samenvattend worden in de figuur hierna publieke en private gezondheidszorguitgaven voorgesteld in constante prijzen voor de periode 1970 tot nu, en in gestileerde vorm worden de projecties tot 2050 weergegeven, enerzijds louter de demografische component, en anderzijds rekening houdende met het trendvolgerschap dat in diverse scenario's in België wordt gehanteerd. Voor de toekomst hebben wij de gezondheidszorguitgaven die hier gebruikt werden voor de projecties, opgehoogd tot de totale zorguitgaven. Wij zien hoe dat in reële termen de publieke zorguitgaven zouden kunnen stijgen (in prijzen van nu) van nu 1 900 euro per capita naar 8 000 euro in 2050. De totale uitgaven per capita zouden kunnen evolueren van nu ongeveer 2 800 euro naar 11 600 euro in 2050, telkens in prijzen van nu. Maar met de aannames van de groeiscenario's voor de lange termijnprognoses zal het nationaal inkomen in absolute koopkracht nog veel meer stijgen. Naast de zorg hebben de huidige generaties zo'n 24 200 euro per capita vrij te besteden, terwijl de toekomstige generaties zo'n 50 200 euro (in euro van 2004) te besteden hebben. De grafiek roept een beeld op van de 'hoorn des overvloeds', die niet wordt ondermijnd door de expansie van de zorgsector. Meer zelfs, de uitbouw van de zorgsector is een deel van de totale creatie van welvaart vandaag en in de toekomst. Deze curven ontkrachten bovendien het vooroordeel dat de welvaart van toekomstige generaties zal worden opgeofferd voor de sociale bescherming van de babyboomgeneratie. In 2050 zal men per capita in reële koopkracht, naast de zorg, het dubbele kunnen besteden van wat thans beschikbaar is.



Noot: De berekende evolutie ZIV-uitgaven/capita op basis van demografie werd in lijn gebracht met de werkelijke uitgaven en omgerekend naar constante prijzen van 2004. De toekomstprojecties hebben betrekking op een ruimer concept van alle zorguitgaven zoals gehanteerd in figuur 17.

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van Nationale Rekeningen, NIS-bevolkingsstatistieken en bevolkingsprognoses, Economische Vooruitzichten Federaal Planbureau, Studiecommissie vergrijzing, CM-data

**Figuur 20** 'De hoorn des overvloeds', evolutie van het BBP/capita, totale bestedingen en de overheidsbesteding voor de zorg en projectie van de publieke uitgaven per capita, aan constante prijzen van 2004, 1970-2050, in euro, België

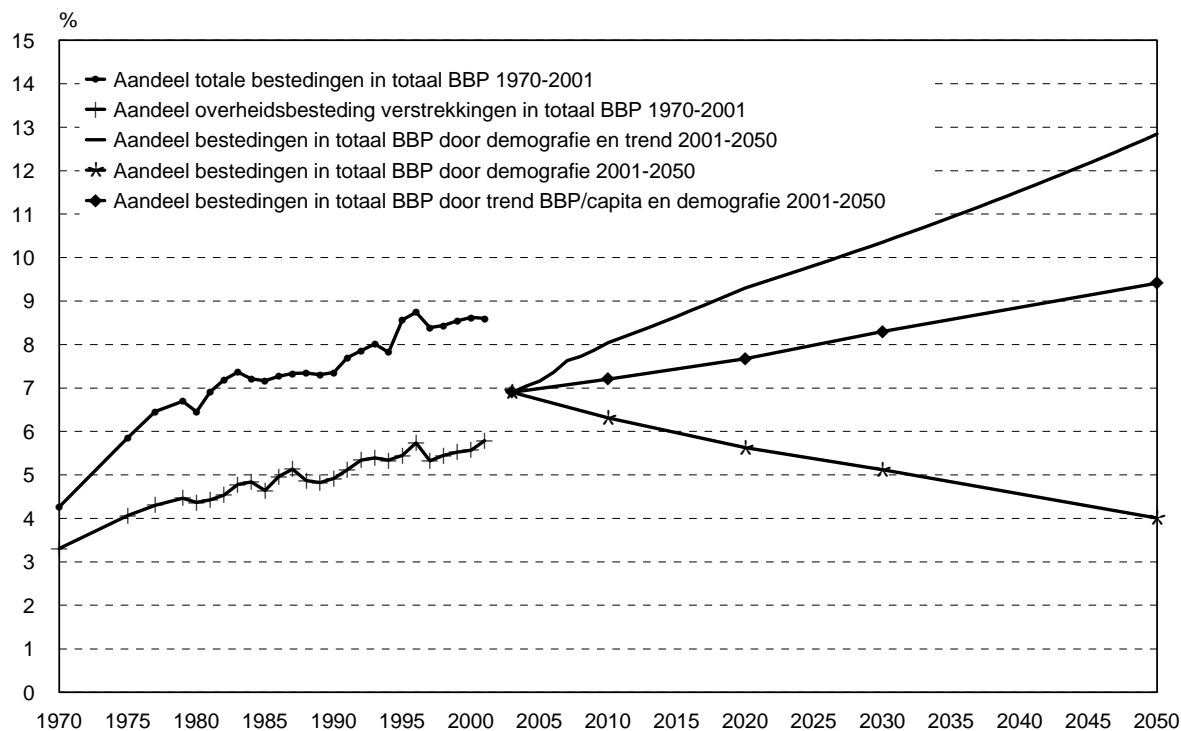


Noot: De berekende evolutie ZIV-uitgaven/capita op basis van demografie werd in lijn gebracht met de werkelijke uitgaven en omgerekend naar constante prijzen van 2004. De evolutie ZIV-uitgaven/capita op basis van demografie en trend werd verhoogd met een factor 1,46 (de verhouding van de publieke uitgaven tot de totale uitgaven) en staat voor de totale uitgaven in de toekomst om de lijn door te trekken van de totale bestedingen in het verleden. De toekomstprojecties hebben betrekking op een ruimer concept van alle zorguitgaven zoals gehanteerd in figuur 17.

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van Nationale Rekeningen, NIS-bevolkingsstatistieken en bevolkingsprognoses, Economische Vooruitzichten Federaal Planbureau, Studiecommissie vergrijzing, CM-data

**Figuur 21** De 'hoorn des overvloeds': evolutie van het BBP/capita, totale bestedingen en de overheidsbesteding voor de zorg en projectie van de publieke en totale uitgaven per capita, aan constante prijzen 2004, 1970-2050, in euro, België

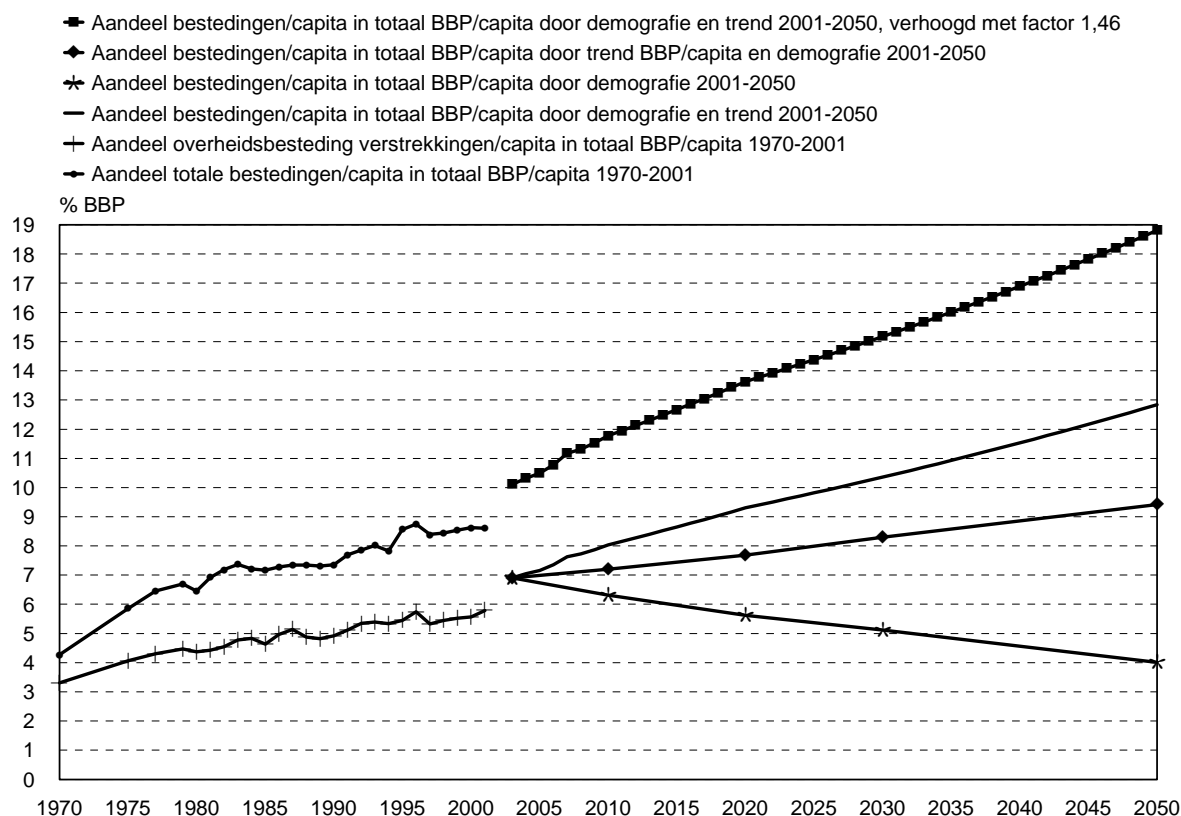




Noot: De extrapolatie naar de toekomst betreft enkel de publieke uitgaven. De toekomstprojecties hebben betrekking op een ruimer concept van alle zorguitgaven zoals gehanteerd in figuur 17, wat de shift in de lijn verklaart.

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van Nationale Rekeningen, NIS-bevolkingsstatistieken en bevolkingsprognoses, Economische vooruitzichten Federaal Planbureau, Studiecommissie vergrijzing, CM-data

**Figuur 22** Aandeel van de totale bestedingen voor gezondheidszorg/capita in BBP/capita, en het aandeel overheidsbesteding verstrekkingen/capita in BBP/capita, 1970-2050, in %



Noot: Aandeel bestedingen/capita in totaal BBP/capita door demografie en trend 2001-2050 werd verhoogd met een factor 1,46 (de verhouding van de publieke uitgaven tot de totale uitgaven). De toekomstprojecties hebben betrekking op een ruimer concept van alle zorguitgaven zoals gehanteerd in figuur 17, wat de shift in de lijn verklaart.

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van Nationale Rekeningen, NIS-bevolkingsstatistieken en bevolkingsprognoses, Economische vooruitzichten Federaal Planbureau, Studiecommissie vergrijzing, CM-data

**Figuur 23 Aandeel van de totale bestedingen/capita in BBP/capita, aandeel overheidsbesteding verstrekkingen/capita in BBP/capita, 1970-2050, in %**

In relatieve termen zien wij de komende kwarteeuw (tot 2030) de publieke uitgaven voor zorg met 3% van het BBP stijgen, tot 9 à 10% (aannames van het Planbureau en de Commissie voor de vergrijzing) en nog verder tot 2050 zouden de publieke uitgaven kunnen oplopen tot misschien 13%.

Deze elementen illustreren dat de aannames van het basisscenario van de Commissie Vergrijzing (zoals zij ook gebaseerd zijn op de scenario's van het Federaal Planbureau) minimalistisch zijn aangezien de totale groei van de gezondheidszorguitgaven als aandeel van het BBP in belangrijke mate is toe te schrijven aan de demografische factor en het volgen van de trend van de evolutie van het BBP. Op zich veronderstelt dit trendvolgerschap dat de reële groei in de economie voor de komende halve eeuw zich ook in de zorgsector zal manifesteren, wat tegelijk niet te verwaarlozen is als indicatie van vooruitgang. De uiteindelijk door de Commissie Vergrijzing gehanteerde scenario's tonen een nog hoger groeipad, niet in het minst omdat de eerstkomende jaren een reële groeihypothese van 4,5% die de overheid zich voornam, ons op dit hoger traject situeert. Dit brengt ons finaal op een genuanceerd oordeel over deze toekomstprojecties, en zullen nieuwe evidenties over de diverse parameters dienen gezocht om deze scenario's naar boven of naar beneden aan te passen.

Wat ook de hypothesen zijn, deze grafieken laten evenwel ook toe de toekomst niet te dramatiseren. De voorstellingswijze is geïnspireerd door het ook in de Belgische discussie geciteerde ‘Baumol-effect’ van achterblijvende productiviteit in de zorgsector, die een steeds groter aandeel van de bestedingen zal opslorpen. Maar de conclusie die Baumol er aan toevoegde was ook dat, ondanks dit groeiend beslag van de zorgsector, er nog een veelvoud van andere reële consumptie zou overblijven in de groeiende economie. Wil men deze zorg laten toenemen, dan zal zij volgens hem een groter beslag op de bestedingen moeten leggen, zonder dat dit een probleem zou moeten zijn, omdat er nog zoveel meer overblijft in reële termen voor andere consumptie. Politici zullen die keuze dan ook moeten durven maken, en er van alle kanten misschien ook voor bekritiseerd worden. Maar hij concludeert<sup>6</sup>: ‘Here is a problem for public choice that is likely to prove critical for our quality of life. An unfortunate choice in this arena does indeed threaten to bring us an economy, in the words of the poet, “where wealth accumulates and men decay”’. Deze keuze voor ‘new money’ voor de zorgsector en sociale vooruitgang is niet in tegenstrijd met verdere economische vooruitgang, integendeel maakt er zelf deel van uit. Dit belet niet dat moet gezocht worden naar verdere mogelijkheden om de performantie van het stelsel te verbeteren, net zozeer dat de financieringswijze van de zorgsector en de sociale bescherming in het algemeen voorwerp moet uitmaken van een ruimer maatschappelijk debat. Beide pistes, zoeken naar meer efficiëntie en zoeken naar alternatieve financieringswijzen, zijn dermate majeur qua impact, dat zij ook onderzoeksmatig apart aandacht verdienen wat niet mogelijk was binnen de context van dit rapport.

---

<sup>6</sup> W.J. Baumol, 1993, ‘Health care, education and the cost disease: A looming crisis for public choice’, *Public Choice*, p. 27. De dichter waarvan sprake is een Iers-Engelse dichter Oliver Goldsmith (1730-1774).

## 18. Discussiebasis voor actie

We zullen eerst allerlei algemene voorstellen om het hoofd te bieden aan de evolutie van de behoeften in de zorgsector toelichten: opleiding, ontwikkeling van infrastructuur en voorzieningen en, voor een optimaal gebruik van de beschikbare middelen, het onder controle houden van de algemene stijging van de verzorgingsconsumptie (die niet eigen is aan vergrijzing, want ze wordt bij alle leeftijden vastgesteld). We zullen vervolgens dieper ingaan op een reeks specifieke strategieën die een oplossing zouden kunnen bieden voor het probleem van beperkingen en afhankelijkheid, wat op hogere leeftijd vaker voorkomt.

### 18.1. Hoe kan men de toenemende behoeften aan zorg opvangen?

#### 18.1.1. Personeelsbeleid

a) **Opleiding** is naar onze mening één van de belangrijkste prioriteiten:

- Een *vorming ouderenzorg* (geriatrie en gerontologie) is nodig in alle beroepen van de gezondheidssector en van de maatschappelijke dienstverlening, onder andere op het gebied van huisartsgeneeskunde en voor het personeel van instellingen voor langdurig verblijf. Deze vorming moet worden opgenomen in het basisstudieprogramma en een voortgezette opleiding moet daarvoor worden voorzien.

N.B. In 2050 zal één patiënt op twee in het ziekenhuis ten minste 65 jaar oud zijn en één op drie 75 jaar.

b) Er moet worden voorzien in **specifieke opleidingen**:

- Instellen van een opleiding *specialisten in geriatrie*. Aangezien het zou gaan om een nieuw specialisme, is het wenselijk **dat zij buiten de algemene quota's blijven**, zoals voor de maatregelen ten gunste van de kinderpsychiatrie.
- Organiseren van een specifieke opleiding voor het *herkennen van functionele fragiliteit* voor huisartsen (cfr. 1.8.2).
- Uitwerken van een passende opleiding voor de verzorgenden (zorgkundigen) om het verplegend personeel bij te staan:
 

Hun specifieke bekwaamheden zouden moeten worden benut, namelijk door de erkenning van hun functies (het behalen van een opleidingsgetuigschrift in één of andere module zou een voorwaarde zijn om als verzorgende te mogen werken in de overeenstemmende dienst). Een ruimere opleiding, een betere financiering van hun activiteiten, en een uitklaring van de overlap respectievelijk complementariteit van verzorgenden – zorgkundigen zou deze werksoort (ondersteuning voor ADL en voor IADL) verder dienen te ontwikkelen. Het zou de werkloosheid van minder geschoolde werknemers kunnen terugdringen.
- Opleiding van gespecialiseerde paramedische beroepsbeoefenaars, inzonderheid verpleegkundigen (bijvoorbeeld evaluatie van zorgnood), ergotherapeuten (aanpassing woningen bijvoorbeeld), en kinesitherapeuten (bijvoorbeeld oefeningen in groep).

### c) Arbeidskrachten en numerus clausus in de geneeskunde

Ten minste naleving van het criterium goedgekeurd door de Planningscommissie in 1996 om op nationaal niveau de arbeidskrachten te stabiliseren, wat niet neerkomt op het verhogen van het aanbod, maar wat (ten minste als overgangsmaatregel) een zekere uitbreiding van de quota's inhoudt; op te merken valt dat deze oplossing de geleidelijke toenadering van de densiteiten tussen de Gemeenschappen mogelijk maakt, dankzij de sleutel 40/60.

### 18.1.2. Infrastructuur en voorzieningen

- Voor het *ziekenhuispark*: de voorziene stijging zal vrij traag zijn; ze zal waarschijnlijk geleidelijk kunnen worden opgevangen door een betere productiviteit en door middel van aanpassingen (cfr. infra); geen enkele bijkomende investering lijkt dus thans nodig, globaal beschouwd.

MAAR dergelijk moratorium vereist *aanpassingen*, namelijk:

- Verhoging van het *aantal geriatrische G-bedden*.
- Financiering van het *geriatrisch programma* van de ziekenhuizen.
- Optimaliseren van de *verblijfsduur van hoogbejaarden* (oorzaak van een stijging van de verpleegdagen ver boven die van het aantal opnames), of zelfs vermindering van deze duur indien de veiligheidsvoorwaarden vervuld zijn, namelijk door ze meteen door te verwijzen naar aangepaste voorzieningen en door hun alternatieven aan te bieden zoals geriatrische daghospitalisatie, geriatrisch dagcentrum, diensten voor middellang verblijf en revalidatie, diensten voor geriatrische palliatieve verzorging en ondersteuning van palliatieve thuisverzorging, ...
- Bijzondere aandacht besteden aan personen met dementie : specifieke opleiding van het personeel, oprichting van aangepaste structuren voor een lang verblijf (« Cantous ») en oprichting van specifieke opvangstructuren in het ziekenhuis (oprichting van eenheden “medische problemen bij dementerende patiënten”).
- Herziening van de *personeelsnormen* en van de *financieringsvoorwaarden* aangezien de belasting per bed zal verhogen.
- Analyse van de impact van de stijgende vraag naar éénpersoonskamers op de ziekenhuisinfrastructuur. Moeten zij niet in het basispakket van de ziekteverzekering opgenomen worden? Wat zijn daarvan de budgettaire implicaties en de impact op de financiering van de ziekenhuizen?

- Voor *de woongelegenheid en residentiële voorzieningen*

- De reconversie van rustoorden in rust- en verzorgingstehuizen voortzetten. In het midden van 2003, was 43% van de residenten B of C nog niet opgenomen in een RVT en had dus geen begeleiding die overeenstemde met hun bijstandsbehoefte en genoot evenmin van een daaraan aangepast verzorgingsforfait.
- Aanzienlijke *investeringen* voorzien voor de opening van *rustoorden en rust- en verzorgingstehuizen*, vooral in Vlaanderen (niet in Brussel); over het hele land aanzienlijke (en vooral in Brussel) investeringen voor de opwaardering van de kwaliteit van de infrastructuur (door bijvoorbeeld de meerpersoonskamers te laten verdwijnen, uitbouw van een modern woon- en zorgcentrum, upgrading naar zorgflats en serviceflats)
- Zorgen voor *alternatieve woonvormen* aangepast aan ouderen: serviceflatgebouwen, zorgflats, levensloopbestendige woningen, participatieve groepswoningen (Abbeyfield), steun voor aanpassingen aan de woning (interventie van de ergotherapeut thuis, domotica, telecare).

- Voor *de thuisvoorzieningen*

- Uitbreiding van de thuisverpleging, gelet op een zekere substitutie tussen thuisverpleging en opvang in een rustoord; dit beleid komt de levenskwaliteit ten goede en de uitgaven kunnen tevens onder controle worden gehouden.
- Ook het aanbod van de andere *thuisvoorzieningen* verbeteren.

Daartoe zal misschien met andere sectoren moeten worden onderhandeld, om sommige arbeidsvoorwaarden te verbeteren: veiligheid, parkings, ....

- *Organisatie van de verzorging:*

Bevorderen van maatregelen die beperkingen helpen voorkomen en op te vangen (cfr. afdeling 18.2),

### 18.1.3. Toenemende consumptie

De toenemende consumptie is een zware tendens van het systeem; ze wordt op alle leeftijden vastgesteld en is slechts gedeeltelijk het gevolg van de vergrijzing. Deze evolutie is normaal in een dienstenmaatschappij; ze schept welvaart en banen. Het stijgingsritme ervan moet niettemin onder controle worden gehouden, namelijk in een systeem waar de prijs niet zijn klassieke rol van regulator speelt, en dit blijktbaar zowel in een systeem dat publiek als privé wordt gefinancierd. Doelstelling moet blijven om effectiviteit, efficiëntie en spaarzaamheid in het systeem te blijven behouden, om alzo middelen vrij te maken voor nieuwe behoeften. Deze thematiek oversteeg de mogelijkheden van voorliggende onderzoeksopdracht en verdient een grondige verdere analyse. Toch geven wij reeds een aantal bedenkingen.

• **Beroep** van de bevolking op verzorging: in ons systeem wordt automatisch ingegaan op deze vraag. Deze vrijheid wordt op prijs gesteld. De toenemende consumptie in de sector zal dan ook voortduren. Men kan niettemin sommige evoluties ervan trachten in goede banen te leiden en hierover nu reeds de reflexie en het debat lanceren. Voorbeelden van vragen die zich stellen zijn:

- Hoe moet men reageren op het feit dat geleidelijk minder een beroep wordt gedaan op huisartsen? Is een echelonnering of ten minste een inschrijving nodig? Minder remgeld? Handelingen die voor de huisartsen zijn voorbehouden? Een opleiding en een handeling uit de nomenclatuur voor het herkennen van functionele fragiliteit?
- Het kleiner wordende aanbod in de Franse Gemeenschap zal stilaan wachtrijen doen ontstaan. In het begin zal daarmee een overproductie kunnen worden verminderd. Tot hoever mag men gaan?
- Voor de ouderen wordt een beroep gedaan op verzorging voor de helft op initiatief van de arts. Is dit adequaat?

• **Bijzondere verzorging:**

- Nadenken over de handelingen met weinig toegevoegde waarde op het gebied van de gezondheid.

Voorbeeld: preoperatieve röntgenfoto van de thorax; vanaf 1983 werd deze handeling als onnodig beschouwd door de WGO (behalve nauwkeurige indicaties); ze is niettemin 15 jaar lang op de eerste plaats van de hitparade gebleven.

Zijn er soortgelijke voorbeelden? Hoe kunnen ze worden geïdentificeerd? Hoe kan de vervanging van verouderde handelingen of producten ten gunste van andere die meer doeltreffend/doelmatig zijn, worden aangemoedigd?

- Consensusgroepen organiseren (met buitenlandse deskundigen): handleidingen met goede praktijken alsook incentieven (verplichte affichering, nomenclatuur, ...)

• Ontwikkelen van generische **geneesmiddelen**, zorgen voor een betere voorlichting van de voorschrijver en van de bevolking, de voorschrijver responsabiliseren. Onderzoek te verrichten over de omvang van de verpakkingen, de doeltreffendheid, de prijs en de terugbetaling van geneesmiddelen.

(N.B. De geneesmiddelen met «onvoldoend medische effecten» zijn sterk vertegenwoordigd in het voorschrijfgedrag van artsen in Frankrijk, volgens een studie van het IRDES)

• Organiseren van een werkgroep over de financieringsmodaliteiten van het systeem: welke zijn de beste mogelijkheden om de groei mogelijk te maken; hoe kan men de middelen optimaliseren zonder het concurrentievermogen van onze ondernemingen in het gedrang te brengen? Moeten aanvullende financieringen worden aangemoedigd? Te bespreken voorbeelden: moduleren van het remgeld naar gelang van het inkomen? Accijnzen op dikmakende producten?

## 18.2. Doel, strategieën en tactieken ten opzichte van beperkingen

### ✠ Doel : Morbiditeit en beperkingen terugdringen en de levenskwaliteit verbeteren

**De voorrang geven aan de levenskwaliteit** (« meer leven voor de levensjaren »), in de plaats van het leven tegen elke prijs te willen verlengen, moet het objectief worden . Daartoe moeten de gezondheidstransities begeleid worden, moet de klinische drempel voor chronische ziekten en ongeschiktheden worden verlegd, moet onverantwoorde therapeutische hardnekkigheid vermeden worden.

Voordelen: - voor de individuen (levenskwaliteit) en  
- voor de overheidsfinanciën: verlichting van de stijgende langdurige zorgbehoeften

### ✠ Strategieën :

Gezondheidsbevordering (gezond leven)

*Gezondheidsopvoeding, gezamenlijke acties en structurele maatregelen*

Preventie intensifiëren

*Vroegtijdig herkenning en ageren op voorafgaande risicofactoren*

Behandeling van chronische ziekten en de nawerkingen ervan voorkomen

*Levenskwaliteit en functionaliteit verbeteren*

*Ervoor zorgen dat verloren functies in een ruimere mate worden teruggewonnen*

Verbetering van het sociaal welzijn

Zorgen voor een leefomgeving die meer aan de behoeften van ouderen is aangepast

### ✠ Tactieken - Oriëntaties (gericht op de overgangperiode naar beperkingen)

#### a) *Op het vlak van de gezondheidspolitiek*

##### ◆ De gezondheid bevorderen

Een gezonde levensstijl bevorderen: gezonde attitudes op het vlak van *lichaamsbeweging*, *voeding*, en *sociale activiteiten* gelden als bevorderlijk voor een optimale veroudering. Ze kunnen worden aangemoedigd, niet alleen aan de hand van *informatieve* en *educatieve* programma's, maar ook door het organiseren van *groepsactiviteiten* op lokaal vlak en door nieuwe *wetgeving* (bijvoorbeeld het heffen van belastingen op schadelijke producten, anti-rookcampagnes, misbruik alcohol, ...).



### ◆ Preventieve acties uitwerken

De preventiemaatregelen (vaccinaties e.d.) blijven doeltreffend op gevorderde leeftijd. Het is nooit te laat om aan preventie te doen; het zijn zelfs de meest kwetsbaren die er het meeste baat bij hebben.

- Het opsporen en bestrijden van de **risicofactoren voor chronische ziekten** (bijvoorbeeld: arteriële hypertensie, voorkamerfibrillatie), waarvan de behandeling de evolutie naar hartinsufficiëntie kan voorkomen.
- Het opsporen en bestrijden van de **fragiliteit en het risico op functionele achteruitgang** (cfr. infra).
- **Preventie, opsporing en behandeling van de chronische ziekten die leiden tot invaliditeit:** de klemtoon leggen op hartinsufficiëntie, osteoporose, dementie, cerebro-vasculaire aandoeningen en Parkinson. Gerichte evaluatie- en preventieprogramma's bevorderen om ziekenhuisopnames en opnames in instellingen te vermijden en de levenskwaliteit van de patiënten en de mantelzorgers te verbeteren.
- Lokale programma's voor **lichaamsbeweging in groep**, georganiseerd door een kinesist (primaire en secundaire valpreventie).
- Nadenken over en antwoorden formuleren op **problemen die tot ongeschiktheid leiden** (valpartijen, ondervoeding, verlies van spiermassa,<sup>7</sup> ...).
- **Herstel- en revalidatieprogramma's** (omkeerbare ongeschiktheden): *revalideren, gebruik van mechanische en technologische hulpmiddelen.*

### ◆ De verzorging integreren en coördineren

- Het **geriatrisch programma van de ziekenhuizen** organiseren, uitbouwen en ondersteunen. **Integratie** bevorderen
- **Extramurale netwerken** uitbouwen.
- **Ziekenhuizen en instellingen transversaal integreren.**
- Hiertoe **referentiecentra opstarten:** evaluatie van de zorgbehoefte, opmaak van zorg- en coördinatieplannen

### ◆ Specifieke formele voorzieningen uitbouwen en diversifiëren

- Aangepaste woonvormen (cf. hierboven, deel 18.1.2.: woongelegenheid);
- Thuishulp en verpleegkundige diensten aan huis: te organiseren op basis van het geïntegreerd zorgmodel (H Bergman, 2003, R Bernabei, 1998);
- Geriatrische evaluatie-eenheden financieren (zorgplannen);
- Aanmoediging van de preventie van heropnames (vertrekplannen);
- In instellingen (voor verblijven van middellange en lange duur): toelatingsevaluaties en zorgplannen invoeren; integreren met het zorgnetwerk.
- Opsporing, evaluatie en bestrijding van de fragiliteit:  
Gedurende de fase die voorafgaat aan de beperkingen of de toename ervan, is de bejaarde "fragiel" (7 à 15% van de ouderen). Het gaat om een stap in de geriatrische

<sup>7</sup> Vallen kan gedeeltelijk vermeden worden aan de hand van multidimensionele interventieprogramma's (Tinetti); het acute verwardheidssyndroom in het ziekenhuis kan voorkomen worden aan de hand van eenvoudige programma's (Inouye) ; ondervoeding kan opgespoord en gecorrigeerd worden aan de hand van aangepaste programma's (Vellas), enz.

evaluatie die bekend gemaakt moet worden bij de huisartsen. Vanaf een (te bepalen) drempel, moeten interventies worden georganiseerd om de functionele achteruitgang te voorkomen en dus de plaatsingen en de ziekenhuisopnames te vermijden/uit te stellen:

- in netwerken gericht op thuiszorg (geïntegreerde zorg), in samenwerking met extramurale geriatrie-evaluatie- en oriëntatie-eenheden en gekoppeld aan transmurale geriatrie-programma's;
- in het ziekenhuis is het risico significant bij 41% van de opgenomen personen ouder dan 70; de toename van bijkomende verstrekkingen kan waarschijnlijk verminderd worden door het programma "geriatrie", geïntegreerd met de andere eenheden en met een geriatrie-evaluatie van bij de opname.
- In het algemeen: instrumenten voor de evaluatie ontwikkelen, een nomenclatuurnummer toekennen.

#### ***b) Op het vlak van het ouderenbeleid : informele voorzieningen en structurele maatregelen***

##### **◆ Informele voorzieningen ontwikkelen:**

- **De mantelzorgers ontlasten:** financiële en materiële ondersteuning (uitkeringen, fiscale regeling),
- **Nieuwe experimenten** op het vlak van ondersteunde informele hulp aanmoedigen (voorbeeld: de "baluchonneuses" in Québec – respijtzorg die de informele thuiszorg een aantal weken thuis komt vervangen).
- Bijstand voor ondersteunende verenigingen, valorisatie van het **vrijwilligerswerk** (een speciaal statuut voorzien voor de vrijwilligers<sup>8</sup>; voorbeelden: terugbetaling van de kosten, minimumuitkeringen), stimuleren van het vrijwilligerswerk bij de jongeren;

##### **◆ Een positief en realistisch beeld scheppen van de vergrijzing en het sociaal welzijn verbeteren**

- **Dedramatiseren van de impact van de vergrijzing op de duurzaamheid van de publiek financiën en de hypotheek op de intergenerationele solidariteit;**
- **De inbreng van de ouderen valoriseren:** sensibiliseren van de publieke opinie (de nieuwe indicator voor intergenerationele solidariteit van de ouderen aannemen, de sociale, economische en culturele inbreng van de ouderen becijferen, ...);
- **De intergenerationele solidariteit versterken, waaronder:**  
De ouderen, waaronder de ouderen met beperkingen, integreren, De contactnetwerken bevorderen: activiteiten organiseren in het verenigingsleven, adoptie van grootouders, "matching" van geografisch verspreid levende kinderen, intergenerationele programma's en plaatsen waar meerdere generaties elkaar treffen, ...

<sup>8</sup> Een wet betreffende het vrijwilligerswerk is in voorbereiding:  
Kamer, "Wetsontwerp betreffende de rechten van vrijwilligers", Doc.51/K0455/001,  
<http://www.dekamer.be/FLWB/pdf/51/0455/51K0455001.pdf>

◆ **Acties op het vlak van de levensomstandigheden:**

- Opwaardering van het Gewaarborgd inkomen voor ouderen (één van de laagste in Europa volgens Béa Cantillon, 2004), welvaartvastheid van de pensioenen, verbetering van de overlevingspensioenen
- Het statuut van de mantelzorger
- Urbanistische leefbaarheid (stad en platteland): vervoer en openbaar vervoer, rustplaatsen, aanpassing van voetpaden, signalisatie, nabijheid diensten...

## 19. Prioritaire onderzoeksthema's

Uit de vele interessante onderzoeksthema's (cfr. volledig verslag), zijn de prioritaire thema's hieronder weergegeven.

### 19.1. Demografie en relevante coëfficiënten

- Modulering van de **pensioenleeftijd**:
  - o **criteria** : duur van de loopbaan? levensverwachting?
  - o **systeem**: bonus-malus, cumulatie van activiteit en pensioen, juridische, sociaal-economische en financiële *gevolgen*.
- Modaliteiten voor **het aan het werk houden van de oudere werknemers**: grotere voordelen (om ze aan te trekken) of geringere voordelen (gezien de verminderde gezinslasten); de bedrijven meer aansporen om oudere werknemers aan het werk te houden. Voor- en nadelen: invloed op de tewerkstelling van jongeren, invloed op de consumptieprofielen en de gezondheid van de ouderen, invloed op de gezondheidsuitgaven en de pensioenlast.

### 19.2. Indicatoren voor levensverwachting, morbiditeit en afhankelijkheid

- Het verhelderen van de **complexe verhoudingen tussen chronische morbiditeit en beperkingen** en de uitwerking van een nieuwe indicator, nl. **de levensverwachting zonder multimorbiditeit** (LVZM) of zonder toegenomen risico op verzorging.

### 19.3. Levenskwaliteit van de ouderen

- **Integratie**:
  - o Inschakeling van de ouderen in het *economisch leven*, rol op economisch vlak, met name de inbreng van de ouderen en de gevolgen op economisch vlak.
  - o Inschakeling in het *sociaal en cultureel leven*, intergenerationele relaties, verbetering van het sociaal welzijn en gevolgen op het vlak van de gezondheid en de gezondheidsuitgaven.

## 19.4. Voorzieningen voor de ouderen

- **Opsporing en geriatrische evaluatie**
  - a) **Fragiliteit:** uitwerken van samengestelde indicatoren (functionele en biologische) voor de fragiliteit en het risico op functionele achteruitgang.
  - b) **Opsporing van de fragiliteit:** testen van de uitvoerbaarheid van een eenvoudige jaarlijkse evaluatie van de risicofactoren m.b.t. de functionele achteruitgang door de huisarts. Het bekend maken van een dergelijke opsporing bij de huisartsen en de ziekenhuisartsen.
  - c) **Gestandaardiseerde instrumenten voor de functionele evaluatie:** voortzetten van het onderzoek naar en de invoering van instrumenten voor het beschrijven de verzorgingsbehoeften en het uitwerken van een verzorgingsplan (project INTERFACE).
- **Geïntegreerde thuis- en ziekenhuisverzorging:**
  - a) **Thuisverzorging:** op basis van lokale netwerken (thuisverzorging, huisartsen, G-diensten), testen van een geïntegreerd zorgtraject (in vergelijking met het klassieke zorgtraject) om het effect te onderzoeken op de functionele achteruitgang, de polymedicatie, het aantal ziekenhuisopnames en plaatsingen en het verbruik van medische en verpleegkundige verzorging van thuiswonende ouderen. Zorgen voor de middelen voor de uitwerking van een evaluatieproces en een proces voor multidisciplinaire thuisverzorging met de behandelende geneesheer (acties gecoördineerd door een gerontologisch verpleegster met multidisciplinaire bijstand: geriater, kinesist, psycholoog, maatschappelijk werker).
  - b) **Ziekenhuisverzorging:** testen van het effect van een geriatrische evaluatie in het ziekenhuis op de functionele achteruitgang en de latere medische consumptie. Dit project uitwerken in een proces van liaisongeriatrie bestuurd door het geriatrieprogramma en in samenwerking met de urgentiedienst. Is er voor de personen ouder dan 80 jaar die buiten de acute geriatrische ziekenhuisdiensten verblijven (bijna 200 000 in 2002) een geriatrische evaluatie geweest? Bestuderen van de epidemiologie van de ziekenhuisopnames vanuit de RVT's, de financiële gevolgen en de relevantie ervan. Richtlijnen uitwerken om ze te voorkomen en ze te optimaliseren.
- **Alternatieven voor de opname van ouderen in een instelling:** de soorten voorzieningen en de sociaal-economische evaluatie van hun effect, in het bijzonder analyse van tijdskrediet dat besteed wordt aan verzorging en de overeenkomstige besparing op het vlak van de formele verzorging.

## 19.5. Consumptie van verzorging en voorzieningen

- **Substituties** tussen voorzieningen die de afhankelijkheid tegengaan: thuisverpleging/thuiszorg-Ziekenhuisopname-RVT, evaluatie van de gevolgen op economisch vlak, beter begrip van de regionale verschillen en de optimalisering ervan bevorderen.
- Berekening van de **integralen van de verwachte consumptie** op verschillende leeftijden en in verschillende hypothesen (met en zonder preventie inzake beperkingen, met of zonder teruggang van de ernstige beperkingen). Onderscheid volgens het type consumptie (korte en lange termijn, met of zonder opname in een instellingen). Vaststellen of er een leeftijd (of leeftijdsgroepen) bestaat (of bestaan) met een "verhoogd risico op verzorging" (naast het gebruikelijker "verhoogd risico op ernstige beperkingen").
- Definitie en identificatie van de **gezondheidsvoorzieningen met weinig toegevoegde waarde**, de criteria voor de opsporing ervan en het beleid dat gevoerd dient te worden ten aanzien ervan.
- **Criteria voor overconsumptie en/of overproductie.** Berekening van de productieprofielen volgens het aantal patiënten (en niet per contact). Onderzoek van de ongewone profielen door geneesheren-revisoren. Overleg met de stakeholders over de dialoog in de sector, de werkwijze, de middelen om actiever de vastgestelde mankementen te remediëren.

## 20. Informatiesystemen

Om de evoluties te monitoren en het mogelijk te maken om beslissingen te nemen op basis van objectieve gegevens, is een informatiesysteem noodzakelijk. Het kan vier vormen aannemen:

- toegang tot relevante verslagen;
- de beschikbaarheid van "boordtabellen";
- de beschikbaarheid van relevante, geharmoniseerde, bijgewerkte (chronologische reeksen) en goed gedocumenteerde statistieken;
- zorgrekeningen op geaggregeerd niveau, per leeftijd, voor gezondheid en overige zorg, voor het Rijk en de Gewesten en Gemeenschappen.

Hoe dan ook, het systeem moet onderhouden en bijgewerkt worden, anders wordt het snel verouderd en gaat de investering verloren.

### 20.1. Verslagen

Er kan overwogen worden om een website uit te bouwen, gewijd aan de vergrijzing. Daarop zou het volgende geplaatst worden:

- een kopie van de relevante literatuur over de vergrijzing en
- links naar de meest relevante websites in België en het buitenland.

Dit type toegang moet "geïndexeerd" worden, d.w.z. dat er moet kunnen worden gezocht op sleutelwoorden, zodat de relevante documenten i.v.m. een problematiek van het ogenblik makkelijk gevonden kunnen worden.

### 20.2. Boordtabellen

Een boordtabel is een samenvattend document dat volgens een bepaald schema de stand van zaken in een bepaald domein opmaakt: stand van de kennis ter zake, evoluties (chronologische statistieken en recente evoluties), bepalen van becijferde doelstellingen te behalen voor de verbetering van de toestanden waarop de aandacht is gevestigd en strategieën om de doelstellingen te bereiken.

Nut:

- a) Referentiedocument (basis voor een debat): identificeert de problemen en doet voorstellen voor een beleid ad hoc.
- b) Opvolging van de gebeurtenissen, om adequate beslissingen te kunnen nemen met betrekking tot eventuele wijzigingen van de doelstellingen, aanpassing van de strategieën en/of de middelen die vrijgemaakt moeten worden.

### 20.3. Informatiesysteem voor gedocumenteerde statistieken (CD of internet)

Volgens doelstelling 35 door de WGO gesteld in "*Les buts de la santé pour tous*" (Gezondheidsdoelstellingen voor iedereen)<sup>9</sup>, zouden gezondheidsinformatiesystemen het "gezondheidsbeheer" moeten ondersteunen door de "evaluatie van de acties en de voorzieningen voor gezondheidsontwikkeling en de evaluatie van de gerealiseerde vooruitgang op nationaal vlak, regionaal vlak en wereldvlak in de richting van de Gezondheid voor iedereen" te vergemakkelijken en door relevante wetenschappelijke informatie te verstrekken.

De inhoud moet de demografische aspecten van de bevolking en de verschillende gebieden van het gezondheidssysteem bestrijken:

- De **bevolking** en de bevolkingsvooruitzichten;
- **Gezondheidsfactoren**: levensomstandigheden, gedragingen;
- **Gezondheidsindicatoren**: levensverwachting, mortaliteit, morbiditeit, parameters;
- **Gezondheidsvoorzieningen**: infrastructuur, personeel, activiteiten, profielen, MKG, ...
- De **Gezondheidseconomie**.

Voor de uitwerking ervan moeten er keuzes worden gemaakt op het vlak van informatica (relationele basis, ...) en moeten er geüniformeerde concepten worden goedgekeurd: tabellen/variabelen/criteria/waarden voor criteria/uitsplitsingen,...<sup>10</sup>.

Over de wereld zijn er verschillende systemen van dit type uitgewerkt. In België werd Info-Gezondheid uitgewerkt<sup>11</sup>; deze basis bevat 485 variabelen (onderverdeeld in 1 841 uitsplitsingen) en ± 900 pagina's documentatie. Info-Gezondheid is toegankelijk via generieke software (ARIS). Er zou een module "Vergrijzing" op kunnen worden geënt.

### 20.4. Belang van een systeem van 'zorgrekeningen'

Het debat over de impact van de vergrijzing op de zorguitgaven kan in al zijn dimensies, naar leeftijd, naar soort van uitgaven, naar financieringsstructuur, naar productiviteit en impact van human resources, naar prijs en volume-effecten, opgevolgd worden in een soort van 'nationale rekeningen' of 'satellietrekeningen' voor de gezondheidszorg en de overige zorguitgaven. Internationaal (OESO en Eurostat) wordt hiervoor het 'System of Health Accounts' (SHA) en 'Health Labour Accounts' (HLA) ontworpen. Deze systemen dienen bij voorrang verder uitgebouwd te worden in België, zodat ook een verdere beoordeling ('benchmarking') van het Belgische zorgstelsel op dit domein mogelijk wordt.

<sup>9</sup> Wereldgezondheidsorganisatie, *Les buts de la Santé pour tous, Buts de la stratégie régionale européenne de la Santé pour tous*, Kopenhagen, 1985, p. 161.

<sup>10</sup> Deliège D, Debacker Ch, Smeesters S, Knani H, Neirynck I, De Clercq E, *How to set up an Information System? Application to the health domain*, in: E-Health in Belgium and in the Netherlands, Studies in Health Technology and Informatics, vol. 93, IOS Press, 2002 : 9-17.

<sup>11</sup> [www.sesa.ucl.ac.be](http://www.sesa.ucl.ac.be), rubriek Info-Santé