

Houdbare ouderenzorg

Ervaringen en lessen uit andere landen

Florien Kruse en Patrick Jeurissen (IQ healthcare)
Tineke Abma en Elena Bendien (Leyden Academy)
Iris Wallenburg, Hester van de Bovenkamp (ESHPM)

Met medewerking van:

Hugo Peeters, Hanna Stalenhoef, Gijs Steinmann
en Oemar van der Woerd (ESHPM)

WRR

Houdbare ouderenzorg

Ervaringen en lessen uit andere landen

Projectteam:

Florien Kruse
Patrick Jeurissen
Tineke Abma
Elena Bendien
Iris Wallenburg
Hester van de Bovenkamp

Met medewerking van:

Hugo Peeters
Hanna Stalenhoef
Gijs Steinmann
Oemar van der Woerd

Correspondentie:

IQ healthcare, Radboudumc
Florien Kruse, projectleider
Postbus 9101, 114 IQ healthcare, 6500 HB Nijmegen
T: 31 (024) 366 68 71
E: florien.kruse@radboudumc.nl

Leyden Academy on Vitality and Ageing
E: bendien@leydenacademy.nl

Erasmus School of Health Policy & Management
E: vandebovenkamp@eshpm.eur.nl

De serie 'Working Papers' omvat studies die in het kader van de werkzaamheden van de WRR tot stand zijn gekomen. De verantwoordelijkheid voor de inhoud en de ingenomen standpunten berust bij de auteurs. Een overzicht van alle Working papers is te vinden op www.wrr.nl.

Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid

Buitenhof 34
Postbus 20004
070-356 46 00
info@wrr.nl
2500 EA Den Haag
wrr.nl

Vormgeving binnenwerk: Today, Utrecht
Omslagafbeelding: Today, Utrecht
Working Paper nummer 42

e-ISBN 978-94-90186-91-3

© Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid,
Den Haag 2021

De inhoud van deze publicatie mag (gedeeltelijk) worden gebruikt en overgenomen voor niet-commerciële doeleinden. De inhoud mag daarbij niet veranderen. Citaten moeten altijd aangegeven zijn.

Houdbare ouderenzorg

Ervaringen en lessen uit andere landen

Florien Kruse en Patrick Jeurissen (IQ healthcare)
Tineke Abma en Elena Bendien (Leyden Academy)
Iris Wallenburg, Hester van de Bovenkamp (ESHPM)

Met medewerking van:
Hugo Peeters, Hanna Stalenhoef, Gijs Steinmann
en Oemar van der Woerd (ESHPM)

WRR

WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID

Ten geleide

WRR Working Paper 42 *‘Houdbare ouderenzorg – Ervaringen en lessen uit andere landen’* is geschreven door Florian Kruse en Patrick Jeurissen (IQ healthcare), Tineke Abma en Elena Bendien (Leyden Academy), Iris Wallenburg, Hester van de Bovenkamp, Hugo Peeters, Hanna Stalenhoef, Gijs Steinmann en Oemar van der Woerd (Erasmus School of Health Policy & Management).

De WRR vroeg de auteurs te onderzoeken hoe andere landen hebben geprobeerd de langdurige en sociale zorg betaalbaar te houden en tegelijkertijd kwalitatief goed en toegankelijk met behoud van maatschappelijk draagvlak. Daarbij vroeg de raad specifiek te kijken naar de drie dimensies van houdbaarheid – financiële, maatschappelijke en personele – die de WRR onderscheidt binnen het advies-traject *Houdbare Zorg*.

In dit Working Paper brengen de auteurs de ervaringen uit Denemarken, Duitsland, Engeland en Japan in kaart. Deze landen zijn geselecteerd omdat ze vanuit hun cultureel-historische context en hun verzorgingsstaat uiteenlopende antwoorden vonden op het vraagstuk van de langdurige zorg, en omdat ze qua demografische ontwikkeling relevant zijn voor Nederland. Op basis van deze landeninventarisatie reflecteren de auteurs op de vraag wat de bevindingen betekenen voor de houdbaarheid van de langdurige ouderenzorg in Nederland.

Het onderzoek is op 29 november 2020 afgerond.

De serie ‘Working Papers’ omvat studies die in het kader van de werkzaamheden van de WRR tot stand zijn gekomen. De verantwoordelijkheid voor de inhoud berust bij de auteurs.

Prof. mr. J.E.J. (Corien) Prins
Voorzitter WRR

Prof. dr. F.W.A. (Frans) Brom
Secretaris WRR

Inhoudsopgave

Ten geleide	5
Samenvatting	9
1. Inleiding	13
1.1 Houdbaarheid van de ouderenzorg als een <i>wicked problem</i>	13
1.2 Financiële houdbaarheid	14
1.3 Houdbaarheid van kwaliteit en personeel	16
1.4 Maatschappelijke houdbaarheid	16
1.5 Methodologie	18
2. Contextbeschrijving	21
2.1 Inleiding	21
2.2 Inrichting Verzorgingsstaat	21
2.3 Demografische ontwikkelingen	22
2.4 Kosten langdurige zorg	24
2.5 Organisatie Langdurige zorgsystemen	26
3. Kostenbeheersingsbeleid	31
3.1 Inleiding	31
3.2 Analytisch kader	33
3.3 De vier typen kostenbeheersingsbeleid	33
3.4 Conclusie	52
4. Kwaliteit en toegankelijkheid en personele houdbaarheid	55
4.1 Inleiding	55
4.2 Toegankelijkheid tot verpleeghuiszorg en ondersteunende zorgvoorzieningen	55
4.3 Verbinden van zorg en welzijn	60
4.4 Wie moet de zorg leveren? Tekort aan formele en informele zorgverleners	62
4.5 Sturing op kwaliteit: een pendelbeweging tussen centralisatie en decentralisatie	64
4.6 Kwaliteitsverantwoording	66
4.7 Conclusie	69

5.	Maatschappelijk draagvlak	71
5.1	Inleiding	71
5.2	Denemarken	71
5.3	Duitsland	78
5.4	Engeland	84
5.5	Japan	91
5.6	Maatschappelijk draagvlak voor de eigen verantwoordelijkheid	99
5.7	Conclusie	100
6.	Discussie	101
6.1	Keuzes met betrekking tot financiële houdbaarheid, personele houdbaarheid en kwaliteit en maatschappelijke houdbaarheid	102
6.2	Aandachtspunten voor succesvolle aanpassing van beleid	106
7.	Conclusie	111
8.	Literatuurlijst	113
	Auteursgegevens	127
	Bijlage 1	131
	Bijlage 2	133
	Bijlage 3	135

Samenvatting

De houdbaarheid van de langdurige zorg voor ouderen staat in Nederland al lange tijd op de beleidsagenda. Het gaat hierbij om intensieve zorg voor ouderen, zowel intramuraal als extramuraal, vormgegeven in een formeel systeem met (deels) collectieve financiering. Eerder onderscheidde de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) verschillende dimensies van houdbaarheid: financiële houdbaarheid, personele houdbaarheid en maatschappelijke houdbaarheid.¹ In dit working paper bouwen we voort op deze multidimensionale benadering. Niet alleen de politiek en beleidsmakers maar ook partijen in de samenleving worstelen immers met de vraag hoe deze zorg betaalbaar te houden (financiële houdbaarheid), hoe te zorgen voor voldoende en goed opgeleid personeel – ook om de kwaliteit van zorg te waarborgen en liefst te verbeteren (houdbaarheid van personeel en kwaliteit) – en hoe het maatschappelijk draagvlak voor de organisatie van de langdurige zorg voor ouderen te behouden en te verstevigen (maatschappelijke houdbaarheid). Nederland staat hierin niet alleen. Ook andere landen worstelen met dit vraagstuk en hebben verschillende beleidskeuzes gemaakt om hiermee om te gaan.

In dit Working Paper beschouwen we de houdbaarheid van de langdurige zorg als een zogeheten *wicked problem*: een ongestructureerd en complex probleem waarvoor op dit moment geen eenvoudige oplossing bestaat. Het is een multidimensionaal vraagstuk met sociaal-politieke, economische en ethische aspecten, zoals wat een rechtvaardige verdeling is van schaarse middelen. Het vraagstuk is meerledig doordat het op complexe wijze samenhangt met andere ingewikkelde vraagstukken, waardoor elke oplossing vaak weer nieuwe problemen creëert die vooraf niet of moeilijk waren te voorzien. Er zijn bovendien vele actoren bij betrokken, met verschillende belangen bij uiteenlopende perspectieven op het probleem. Een *wicked problem* kent meervoudige antwoorden en oplossingen. Juist daarom is het interessant en belangrijk om te verkennen hoe andere landen in de wereld met dit vraagstuk omgaan. Immers, ook in die landen voltrekt zich een proces van vergrijzing en ook zij worden geraakt door onzekerheden als gevolg van de COVID-19-pandemie en alle economische gevolgen hiervan.

In dit Working Paper brengen we de ervaringen uit Denemarken, Duitsland, Engeland en Japan in kaart om daar lessen uit te trekken voor Nederland. Deze landen zijn geselecteerd omdat ze vanuit hun cultureel-historische context

¹ <https://www.wrr.nl/adviesprojecten/houdbare-zorg/documenten/verslag/2020/03/20/verslag-hs-beter-kiezen-van-sprekkamer-tot-tweede-kamer>

en hun verzorgingsstaat uiteenlopende antwoorden vonden op het vraagstuk van de houdbaarheid van de langdurige zorg. De onderzoeksvraag die in dit Working Paper centraal staat, is: *Hoe hebben andere landen geprobeerd de langdurige en sociale zorg betaalbaar te organiseren en tegelijkertijd de zorg kwalitatief goed en toegankelijk te houden en het maatschappelijk draagvlak daarbij te behouden?* We hebben het beleid en de ervaringen daarmee onderzocht door middel van literatuur- en documentonderzoek, aangevuld met interviews met experts uit de vier onderzochte landen. Denemarken, Duitsland, Engeland en Japan belichamen verschillende typen verzorgingsstaten die hun langdurige zorg op verschillende manieren hebben georganiseerd. Dit beschrijven we kort in hoofdstuk 2.

In hoofdstuk 3 richten we ons vervolgens op het kostenbeheersingsbeleid (financiële houdbaarheid). Daar wordt duidelijk dat alle vier onderzochte landen net als Nederland kampen met het probleem van een almaar toenemende zorgvraag en de roep om meer kwaliteit. Beleid heeft in de regel de neiging om deze groei te beperken en te kanaliseren, en niet zozeer om de kosten te verminderen. Daarbij maken de door ons onderzochte landen soms opvallende keuzes. Ten eerste, door te variëren in de zorgpremie op basis van een aantal kenmerken die niet inkomensgerelateerd, maar juist persoonsgerelateerd zijn (Duitsland, Japan). Ten tweede, door de budgettaire kaasschaaf in te zetten om de kosten van de verpleeghuiszorg te beheersen, iets dat juist in zorgsystemen die (sterk) afhankelijk zijn van staatsfinanciering (Denemarken, Engeland en in mindere mate Japan) vaker lijkt te gebeuren. Ten derde, door een grote rol toe te kennen aan systemen van indicatiestelling en het opleggen van restricties om de toegang tot langdurige zorg te beperken. In alle landen wordt geprobeerd het beroep op verpleeghuizen te beperken door langer thuis wonen te stimuleren en een enkele keer zelfs door de intensieve verpleeghuiszorg af te schalen middels revalidatie (Duitsland). Ten vierde door in te zetten op (steeds meer) inkomensafhankelijke eigen bijdragen (alle vier de landen). In geen van de landen komen de kosten voor levensonderhoud en wonen geheel voor rekening van de publieke voorzieningen voor langdurige zorg. Tot slot is in alle vier de landen ingezet op meer ‘markt’, meer privatisering en meer competitie om de langdurige zorg betaalbaar te houden. Aan de financieringskant is dit niet gelukt; nergens spelen private verzekeringen een substantiële rol bij het financieren van de kosten voor langdurige zorg. In Engeland en Duitsland zijn wel substantiële delen van de aanbiederskant (verpleeghuissector) geprivatiseerd. Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid de kosten helpen reduceren, maar het overgrote deel van het beschikbare onderzoek maakt ook duidelijk dat de kwaliteit, de financiële stabiliteit en de continuïteit van private en commerciële huizen achterblijft bij die van – vooral – non-profitverpleeghuizen.

Hoofdstuk 4 gaat in op het kwaliteitsbeleid van de langdurige ouderenzorg (houdbaarheid van kwaliteit en personele houdbaarheid). Daarin komen vijf thema's in relatie tot kwaliteit naar voren waarin de verschillende landen verschillende beleidskeuzes maken: 1) toegankelijkheid, 2) verbinden van zorg en welzijn, 3) de samenhang tussen formele en informele zorg, 4) de beweging tussen centralisatie en decentralisatie, en 5) kwaliteitsverantwoording. In alle landen is er een permanente zoektocht om de zorg toegankelijk te maken en te houden, binnen de aanwezige maatschappelijke en financiële kaders. Japan is daarbij de meest opvallende casus. Hier is relatief recent de weg ingeslagen naar meer intramurale zorg om de kwaliteit van zorg en de kwaliteit van leven van ouderen te verbeteren, maar werd al snel aangelopen tegen financiële grenzen. Langer thuis wonen kent naast een financiële ook een kwaliteitscomponent. In dat kader wordt benadrukt dat langer thuis wonen meer aandacht mogelijk maakt voor zowel medische als sociale ondersteuning door professionals en mantelzorgers. Dit is een manier om het welzijn van ouderen meer aandacht te geven. Langer thuis betekent niet per definitie minder zorg, maar het blijkt een uitdaging om het langer thuis blijven goed te organiseren. De beroepsbevolking neemt in alle landen af. De informele zorg, die past binnen de ordeningsprincipes van decentralisatie en langer thuis, is niet toereikend. Om hiermee om te gaan maken de verschillende landen andere keuzes. De Duitse casus, waar de inzet van arbeidsmigranten in de informele zorg wordt gedoogd, springt daarbij het meest in het oog. Om te sturen op kwaliteit hebben alle landen een gelaagd stelsel ontwikkeld, waarbij pendelbewegingen te zien zijn tussen een nadruk op centraal en een nadruk op decentraal. Ook als het gaat om verantwoording is een zoektocht gaande en zijn meerdere actoren betrokken bij het toezicht op de kwaliteit, waarbij informele zorg en het verbreden van de kwaliteit van zorg naar welzijnsdimensies zich lastig laten meten.

Hoofdstuk 5 analyseert het maatschappelijk debat in de vier landen (maatschappelijke houdbaarheid). Hoewel zowel de beleidskeuzes als de normatieve, culturele en historische contexten verschillen, blijken de landen ook hier vergelijkbaar te zijn als het gaat om de thema's die terugkeren in het debat: 1) de verhouding tussen de eigen bijdragen en betaling uit publieke middelen; 2) de verschuiving van formele en intramurale zorg naar informele zorg en zorg in de gemeenschap; 3) de personeelstekorten in de langdurige ouderenzorg. In dit hoofdstuk kijken we ook naar de manier waarop publieke debatten over de langdurige ouderenzorg worden gevoerd, aangezien deze medebepalend zijn voor de mate van maatschappelijk draagvlak. Deze analyse laat het belang zien van een langetermijnvisie, ruimte voor aanpassingen en het vormen van duurzame coalities, het aansluiten bij de normatieve en culturele kaders in het land en het erkennen van de complexiteit van het vraagstuk en daar open over zijn.

In hoofdstuk 6 reflecteren we vervolgens op de bevindingen uit de verschillende hoofdstukken en op de vraag wat deze betekenen voor het vraagstuk van houdbaarheid van de langdurige ouderenzorg in Nederland. Hier benadrukken we dat er geen pasklare antwoorden zijn; de vergelijking onderstreept dit. Het algemene beeld dat uit de onderzochte landen naar voren komt, is dat alle vier de landen continu op zoek zijn naar een balans tussen betaalbaarheid, solidariteit, kwaliteit van zorg, toegankelijkheid en maatschappelijk draagvlak. Deze continue zoektocht heeft te maken met het feit dat de houdbaarheid van de ouderenzorg een *wicked problem* is. Vanuit de literatuur wordt erop gewezen dat het belangrijk is te erkennen dat dit type problemen ‘onoplosbaar’ is. Reflectie op zowel het probleem als de gekozen oplossing ervan, inclusief de normatieve aannames die daaronder liggen, zijn dan extra belangrijk. In dit hoofdstuk doen we enkele handreikingen om deze reflectie mogelijk te maken. Ten eerste met betrekking tot de inhoudelijke keuzes, door de Nederlandse situatie te beschouwen vanuit de verschillende typen welvaartsstaten en de ontwikkelingen daarin. Ten tweede belichten we enkele aandachtspunten die van belang zijn bij mogelijke beleidsaanpassingen. We identificeren zes aandachtspunten voor beleidsmakers: (1) de hogere collectieve lasten van de Nederlandse ouderenzorg lijken vooral te worden veroorzaakt door de inzet van meer intramurale zorg, meer universele voorzieningen en lagere eigen bijdragen; (2) een heldere langetermijnvisie vormt een belangrijke basis voor duurzame beleidsaanpassingen en veranderingen; (3) tegelijkertijd creëert een incrementele introductie van aanpassingen ruimte voor (het behoud van) een breed maatschappelijk draagvlak; (4) het vormen van duurzame coalities is belangrijk; (5) evenals het actief zoeken naar continue aansluiting bij normatieve en culturele kaders via een brede maatschappelijke dialoog; (6) het benadrukken van de complexiteit doordat meerdere grote maatschappelijke vraagstukken samenkomen bij een visie op de ouderenzorg – eenduidige oplossingen zijn niet voor handen en zijn dat ook in de toekomst niet.

Om de Nederlandse langdurige zorg duurzaam te organiseren, moet rekening worden gehouden met de complexiteit of *wickedness* van het probleem, zo concluderen we in hoofdstuk 7. Daarbij moet worden nagedacht over hoe een balans te vinden tussen financiële houdbaarheid, de houdbaarheid van kwaliteit, en in het bijzonder de personele houdbaarheid, en de maatschappelijke houdbaarheid. De landenvergelijking laat zien dat er geen heilige graal is die alle dimensies van houdbaarheid kan optimaliseren. Om financiële houdbaarheid te prioriteren, moet er bijvoorbeeld vaak worden ingeleverd op kwaliteit en/of maatschappelijk draagvlak. Het zoeken naar deze balans vraagt dus om lastige politieke en maatschappelijke keuzes en een brede maatschappelijke dialoog om draagvlak te behouden en nieuwe oplossingsrichtingen te verkennen. Tot slot blijkt uit onze landenvergelijking dat het essentieel is om een realistische langetermijnvisie op de langdurige zorg te ontwikkelen.

1. Inleiding

De houdbaarheid van de ouderenzorg staat in de meeste landen van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) al lange tijd op de beleidsagenda. Deze landen worstelen met de vraag hoe deze zorg betaalbaar te houden, tegelijkertijd de kwaliteit ervan te waarborgen en liefst te verbeteren, en het maatschappelijk draagvlak voor de organisatie van deze zorg te behouden of te verstevigen. Nederland staat hierin niet alleen. Ook andere landen worstelen met dit vraagstuk. In dit Working Paper brengen we de ervaringen uit andere landen in kaart. De onderzoeksvraag die centraal staat is: *Hoe hebben andere landen geprobeerd de langdurige en sociale zorg betaalbaar te organiseren en tegelijkertijd de zorg kwalitatief goed en toegankelijk te houden en daarbij het maatschappelijk draagvlak te behouden?* En, ook relevant, slagen zij daarin?

1.1 Houdbaarheid van de ouderenzorg als een *wicked problem*

De WRR onderscheidt verschillende dimensies van houdbaarheid: financiële houdbaarheid, personele houdbaarheid en maatschappelijke houdbaarheid.¹ Financiële houdbaarheid heeft betrekking op de stijgende zorgkosten, mede in het licht van de mogelijke verdringing van andere typen zorg en van andere publieke en particuliere doelstellingen. De personele houdbaarheid betreft het vraagstuk wie de zorg moet leveren aan het toenemend aantal ouderen dat zorg nodig heeft. Knelpunten rondom het vinden van voldoende professionele en informele zorgverleners leiden ertoe dat de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg onder druk komen te staan. De maatschappelijke houdbaarheid, ten slotte, gaat over het draagvlak voor het zorgstelsel van langdurige zorg in algemene zin. Transparantie, duurzaamheid en solidariteit zijn daarbij belangrijke voorwaarden, net als ideeën over de legitimiteit van het stelsel, inclusief de gepercipieerde prestaties daarvan. Tezamen scheppen de drie houdbaarheden de randvoorwaarden voor een toegankelijke en kwalitatief goede ouderenzorg.

In dit Working Paper benaderen we de houdbaarheid van de langdurige zorg als een zogeheten *wicked problem*. Een *wicked problem* is een ‘messy’ en complex probleem waarop moeilijk grip is te krijgen. Voor een *wicked problem* is geen bestaande, eenvoudige oplossing voorhanden. Het is een multidimensionaal vraagstuk met sociaal-politieke, economische en ook ethische aspecten. Het kent meerdere lagen en door de interdependentie met andere ingewikkelde vraagstukken zijn de consequenties van ingrijpen onbekend. Bij dit type

¹ <https://www.wrr.nl/adviesprojecten/houdbare-zorg/documenten/verslag/2020/03/20/verslag-hs-beter-kiezen-van-spreekkamer-tot-tweede-kamer>

vraagstukken zijn bovendien vele actoren betrokken, met verschillende belangen bij en uiteenlopende perspectieven op het probleem, die ook de oplossingsrichting kleuren. Waarden, overtuigingen en gewoonten zijn daarmee onderdeel van het probleem. Een *wicked problem* kent geen enkelvoudige oplossing. Er zijn meervoudige antwoorden en oplossingsrichtingen mogelijk en nodig. Juist daarom is het zo interessant te verkennen hoe andere landen met dit vraagstuk omgaan. Immers, ook daar voltrekt zich een proces van vergrijzing en spelen vragen rondom houdbaarheid van de zorg. Het houdbaarheidsvraagstuk wordt in de nabije en verdere toekomst nog eens verergerd door de economische gevolgen vanwege de COVID-19-pandemie.

In lijn met deze definitie van *wicked problem* richten we ons in dit rapport op de verschillende dimensies van houdbaarheid van de langdurige zorg die de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) eerder heeft onderscheiden.² Daarbij verbreden we personele houdbaarheid naar de houdbaarheid van kwaliteit. Voldoende en goed opgeleid personeel is immers een primaire voorwaarde voor goede zorg, maar er zijn ook andere aspecten van kwaliteit die van belang zijn voor de houdbaarheid van de sector, zoals de inzet en ondersteuning van informele zorgverleners, de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen en de monitoring en verantwoording van de kwaliteit van zorg.³

1.2 Financiële houdbaarheid

Langdurige en sociale zorg wordt steeds duurder. Gemiddeld genomen zijn in alle OESO-landen de langdurige zorgkosten in vergelijking met andere sectoren, zoals de medische zorg en farmacie, tussen 2009 en 2017 harder gestegen.⁴ De voornaamste redenen achter deze stijging zijn: stijgende loonkosten, demografische veranderingen (onder andere vergrijzing en lagere geboortecijfers) en de formalisering van (voorheen) informele zorg in familieverband. Nederland is dus niet het enige land dat met dit probleem wordt geconfronteerd; andere landen zitten in hetzelfde schuitje.⁵ Voor ons land zijn deze problemen des te pregnanter omdat hoge uitgaven samengaan met een op dit moment nog relatief lage graad van vergrijzing⁶, waarbij echter al wel grote regionale verschillen zichtbaar zijn.⁷ In bijvoorbeeld Japan en Duitsland is de vergrijzing van de samenleving al verder gevorderd.⁸

² Zie WRR 2019.

³ Wallenburg et al. 2020.

⁴ OESO 2019a.

⁵ Mosca et al. 2017.

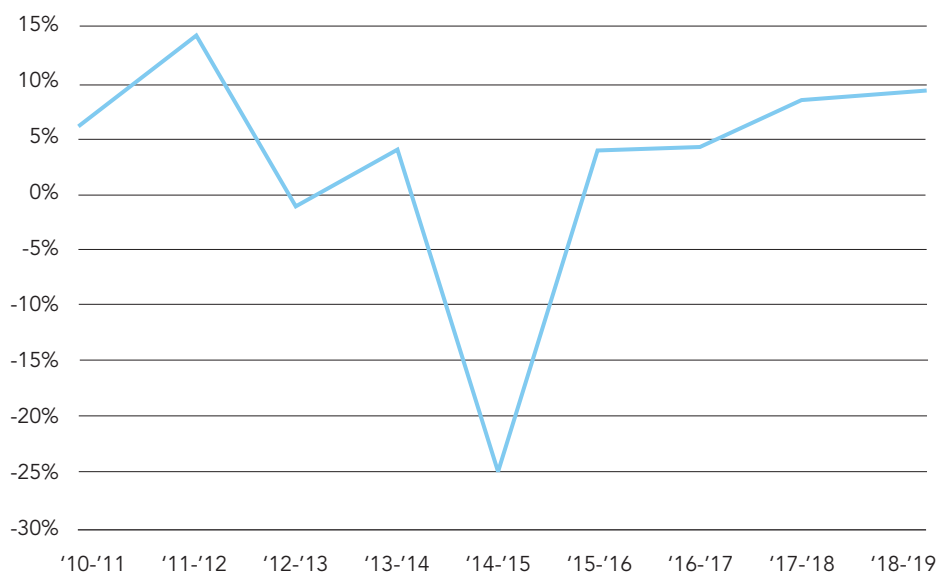
⁶ OESO 2019a.

⁷ Wallenburg et al. 2020.

⁸ OESO 2019a.

In Nederland hebben meerdere kabinetten geprobeerd de stijgende zorgkosten te temperen. De hervorming van de langdurige zorg in 2015 heeft onder andere beoogd de stijgende kosten van de (toenmalige) Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) structureel te verminderen. Daarbij werd flink bezuinigd (zie figuur 1.1). Lichtere zorg werd niet meer intramuraal vergoed⁹, en begeleiding en dagbesteding verschoven naar de gemeenten, die hiervoor echter wel een substantieel lager budget ontvingen.

Figuur 1.1 Jaarlijkse percentuele verandering in de uitgaven aan langdurige zorg: intramurale zorg (Verpleging & Verzorging), extramurale zorg (Verpleging & Verzorging) en volledig pakket thuis (VPT)



Bron: Calculaties auteurs, data CBS 2020 <https://mlzopendata.cbs.nl/#/MLZ/nl/dataset/40025NED/table?dl=3A652>

Inmiddels lijkt duidelijk te worden dat het budgettaire effect eenmalig was (in figuur 1.1 blijkt dit uit de groei van de uitgaven na 2016). Gemeenten kampen momenteel met grote overschrijdingen op de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)¹⁰ en de overheid heeft veel geld bijgelegd in de intramurale langdurige zorg, nadat kritische geluiden aangaven dat de kwaliteit onder de

9
10

Maarse en Jeurissen 2016.
Steiner 2018; Onstenk et al. 2019.

maat zou zijn.¹¹ De kosten van de langdurige zorg zijn inmiddels dan ook weer één van de snelst stijgende in vergelijking met andere zorgsectoren.¹²

1.3 Houdbaarheid van kwaliteit en personeel

De vraag rondom de financiële houdbaarheid van het stelsel wordt verder gecompliceerd door de wens om de kwaliteit van de ouderenzorg verder te verbeteren. Een belangrijke vraag is daarbij wie die zorg moet leveren, gegeven het feit dat er in de zorg, zeker in bepaalde regio's, personeelstekorten spelen en er niet altijd genoeg mantelzorgers te vinden zijn die zorgtaken kunnen overnemen.¹³ Er wordt bovendien gezocht naar manieren om de zorg persoonsgerichter te maken; langer thuis is onderdeel van deze beleidsagenda, net als 'thuis in het verpleeghuis'. Goede ondersteuning thuis en het persoonsgerichter maken van de zorg met aandacht voor het welzijn van ouderen vraagt echter om een extra kwaliteitsimpuls en andere manieren van werken.¹⁴ Bovendien speelt de vraag hoe deze zorg het beste kan worden georganiseerd. De grote decentralisatieoperatie had een kostenbesparing tot doel maar was ook ingegeven door de wens om de zorg dichterbij burgers te organiseren en deze zo beter af te stemmen op individuele behoeften. Tegelijkertijd zien we dat gemeenten worstelen met hun nieuwe taken.¹⁵ Meer persoonsgerichte zorg en meer zorg thuis roepen ook vragen op over verantwoording. Deze zorg wordt immers minder gestandaardiseerd en vindt meer plaats buiten het zicht; hoe daarover verantwoording af te leggen?¹⁶ Kortom, er spelen belangrijke vragen rondom het duurzaam organiseren van de kwaliteit van de ouderenzorg.

1.4 Maatschappelijke houdbaarheid

Behalve de stijgende kosten en vragen rondom de kwaliteit van de zorg is de vraag hoe het maatschappelijk debat en het draagvlak voor de langdurige zorg zich ontwikkelen. De afgelopen jaren is in Nederland een maatschappelijke discussie ontstaan als reactie op de bezuinigingen. Nadat er eerst veel werd verwacht van de participatiesamenleving, komt er de laatste jaren meer kritiek op de eerdere maatregelen. In de herfst van 2019 staakte het verplegend en verzorgend personeel, trokken huisartsen en psychiaters aan de bel en roerden mantelzorgers zich.

¹¹ De Jonge 2019.

¹² CBS 2020.

¹³ Schuurmans et al. 2019.

¹⁴ Van de Bovenkamp et al. 2020.

¹⁵ De Klerk et al. 2019.

¹⁶ Van de Bovenkamp et al. 2020.

Meerdere onderzoeks- en adviesrapporten wijzen op de grenzen aan de inzet van mantelzorgers¹⁷, op overschatting van het ‘doenvermogen’ van mensen¹⁸, op het tussen wal en schip vallen van kwetsbare groepen¹⁹, op het gebrek aan arbeidspotentieel, op de onevenredige verdeling van de beroepsbevolking (met name vrouwen) over de sectoren²⁰, op de tweedeling die ontstaat door de inzet van commerciële zorgpartijen als zorgaanbieders – waardoor kapitaalkrachtige mensen gemakkelijker zorgdiensten kunnen kopen dan minder gefortuneerde mensen –, en op de paradox van preventie.²¹ Tegelijk wordt gewezen op het onderbenutte potentieel van ouderen, intergenerationele solidariteit en de wil tot goed doen.²²

Onderliggende spanningen tussen diverse waarden komen hierin tot uitdrukking, zoals kwaliteit versus betaalbaarheid, betaalbaarheid versus gepaste salarisering van zorgmedewerkers, kortetermijnbesparingen versus preventie/*public health*, (vrouwen)emancipatie en arbeidsinzetbaarheid versus informele zorg, en publieke zorg voor iedereen versus private zorg met tweedeling. Beleid is normatief; het streeft bepaalde doelen en waarden na. Er worden keuzes gemaakt. Bovendien kunnen effecten niet altijd goed worden voorspeld. Andere waarden komen daarmee onder druk te staan, en kunnen groepen (onbedoeld) negatief raken en tegenreacties oproepen. Hoe te laveren tussen meerdere waarden die van belang zijn voor een bevolking? Wat betekent het bijvoorbeeld als radicaal wordt gekozen voor *public health*? Of als meer wordt verwacht van de inzet van familie en het sociale netwerk, of de inzet van commerciële private partijen?

Bovenstaande beschrijving laat zien dat de vraag hoe de Nederlandse langdurige en sociale zorg voor de toekomst duurzaam kan worden georganiseerd, een complex vraagstuk is waarbij rekening moet worden gehouden met de financiële houdbaarheid, de houdbaarheid van kwaliteit en personeel en de maatschappelijke houdbaarheid. Dit politieke vraagstuk is voorgelegd aan de WRR. Dit Working Paper valt binnen deze opdracht en gaat specifiek over de langdurige ouderenzorg over de landsgrenzen.

17 De Boer et al. 2019.
 18 WRR 2017.
 19 Weele et al. 2019; Tonkens et al. 2008.
 20 SER 2019.
 21 Gunning-Schepers 1998.
 22 RVS 2020b.

1.5 Methodologie

Definitie langdurige en sociale zorg

In deze studie definiëren wij de langdurige en sociale zorg als intensieve zorg voor ouderen, zowel intramuraal als extramuraal en vormgegeven in een formeel systeem met (deels) collectieve financiering. In de Nederlandse context zijn dit bijvoorbeeld de mensen die zorg ontvangen vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz), de wijkverpleging uit de Zorgverzekeringswet (Zvw) of de Wmo. De gehandicaptenzorg, jeugdzorg en geestelijke gezondheidszorg (GGZ) nemen we in dit onderzoek dus niet mee.

Landenselectie

Wij hebben vier landen geselecteerd op basis van het type systeem voor de langdurige en sociale zorg, de mate van vergrijzing, de zorgkosten, en het type zorglandschap. Het doel was een zo breed mogelijk palet van zorgsystemen mee te nemen en zo verschillende visies op de langdurige en sociale zorg te bieden. Zo kwamen we tot een keuze voor de volgende landen: Duitsland, Denemarken, Engeland en Japan. Deze landen verschillen in de mate van vergrijzing, de publieke uitgaven en de organisatie van de langdurige zorg. Duitsland en Japan hebben hun langdurige zorg in de afgelopen 20 jaar structureel hervormd, Denemarken heeft het langdurige zorgsysteem incrementeel aangepast richting ‘community care’, en in Engeland speelt al jaren de wens om de langdurige en sociale zorg structureel te hervormen maar blijkt dit lastig te realiseren.

Onderzoeksaanpak

Gezien de beperkte omvang van de onderzoeksopdracht (‘een snel doch diepgaand inzicht in mogelijk te leren lessen uit andere landen’), hebben we bestaand onderzoek als uitgangspunt genomen. Daarbij is de bestaande kennis van de drie onderzoeksgroepen die verantwoordelijk zijn voor dit Working Paper, als uitgangspunt genomen; zij bouwen alle drie op jarenlange ervaring met onderzoek naar deze thematiek. Deze bestaande kennis is aangevuld met literatuur- en documentonderzoek. De documenten (zowel *peer-reviewed* wetenschappelijke literatuur als beleidsrapporten en professionele documenten) zijn thematisch onderzocht op de betaalbaarheid en kwaliteit van de langdurige en sociale zorg en het maatschappelijk debat hierover. Vervolgens hebben we experts in de vier landen geïnterviewd voor een *membercheck* en verdieping van de inzichten (de lijst met geïnterviewden is te vinden in bijlage 1; de topiclijst in bijlage 2). Experts zijn geworven via academische en beleidsnetwerken (waaronder International Longevity Centres Global Alliance) en geselecteerd op basis van de wetenschappelijke publicaties die zij over dit onderwerp hebben geschreven; de meesten waren op korte termijn bereid tot een interview. De verkregen data is vervolgens geanalyseerd door middel van triangulatie, waarbij documenten, literatuur en interviewdata op elkaar zijn betrokken.

De data-analyse verliep iteratief; bevindingen zijn regelmatig binnen de onderzoeksgroep gedeeld, en interviews vonden veelal plaats in duo's, wat het mogelijk maakte de drie deelonderwerpen (betaalbaarheid, kwaliteit en maatschappelijk draagvlak) steeds op elkaar te betrekken en inzichten te verdiepen. De resultaten beschrijven we in de empirische hoofdstukken 3, 4 en 5. In hoofdstukken 3 en 4 presenteren we de resultaten thematisch. In hoofdstuk 5 kijken we naar het maatschappelijk draagvlak van het beleid voor langdurige zorg. De uitkomst per land is sterk afhankelijk van de culturele en historische kaders van de landen. Daarom presenteren we deze telkens per land en niet thematisch voor alle vier de landen tegelijk. De presentatie gaat in twee stappen: eerst beschrijven we de inhoud van de debatten en vervolgens de manier waarop de debatten in de diverse nationale contexten worden gevoerd.

2. Contextbeschrijving

2.1 Inleiding

In dit WRR Working Paper analyseren we hoe vier verschillende landen hun langdurige zorg hebben georganiseerd. Uit deze casussen kunnen we lering trekken voor hoe de Nederlandse langdurige zorg duurzaam te organiseren. Deze vier landen – Denemarken, Duitsland, Engeland en Japan – belichamen verschillende typen verzorgingsstaten en hebben hun langdurige zorg op verschillende manieren georganiseerd. In dit hoofdstuk geven we kort de context van deze vier landen weer (in bijlage 3 staat een kort overzicht). Dat vormt de opmaat voor de diepgaander inzichten in de hoofdstukken 3-5.

2.2 Inrichting Verzorgingsstaat

Landen verschillen in de wijze waarop zij hun verzorgingsstaat hebben ingericht.¹ Het type verzorgingsstaat dat een land belichaamt, is van belang omdat dit een algemene houding van het land weergeeft ten opzichte van de organisatie van het zorgsysteem.

Duitsland staat voor de corporatistische verzorgingsstaat. Dit betekent dat werknemers- en werkgeversorganisaties een grote rol spelen bij de financiering en de verzorging van publieke voorzieningen. Hoewel de staat desalniettemin relatief veel geld uitgeeft aan de financiering van publieke voorzieningen, is zijn wettelijke rol beperkt. De publieke ondersteuning die burgers ontvangen, hangt nauw samen met de hoogte van hun inkomen. De staat leunt echter sterk op het idee dat de familie als vangnet moet kunnen fungeren.

Denemarken daarentegen volgt grotendeels de sociaaldemocratische verzorgingsstaat. Publieke voorzieningen leunen sterk op de staat. De staat financiert niet alleen publieke voorzieningen, maar deze voorzieningen zijn vaak ook publiek eigendom. Er is een hoge mate van sociale zekerheid en de publieke voorzieningen zijn universeel toegankelijk. Dit systeem discrimineert minder op inkomensniveaus dan bijvoorbeeld het Duitse.

De verzorgingsstaat in Engeland wordt getypeerd door een liberaal systeem. De staat speelt een kleine rol als het gaat om het voorzien in financieren van publieke voorzieningen. Het liberale systeem leunt sterk op individuele verantwoordelijkheden en de markt. De markt wordt gezien als een efficiënte manier om publieke voorzieningen onder de bevolking te verdelen. De overheid reguleert het functioneren van de markt en stuurt bij waar nodig.

¹ Esping-Andersen 1990.

Japan symboliseert de corporatistische, conservatieve (Oost-Aziatische) verzorgingsstaat.² Hierin spelen de familie en de markt een grote rol; de staat reguleert op afstand. In dit type verzorgingsstaat wordt minder beroep gedaan op de individuele verantwoordelijkheid dan in bijvoorbeeld een liberale verzorgingsstaat. Bovendien wordt de verzorgingsstaat hier niet gebruikt om op grote schaal inkomens te verevenen.

Tabel 2.1 Ideaaltypische beschrijvende statistiek van de vier casussen voor de karakteristieken van de verzorgingsstaat

	Duitsland	Denemarken	Engeland	Japan
Type verzorgingsstaat	Corporatistisch	Sociaal-democratisch	Liberaal	Corporatistisch/conservatief
Rol van het individu	Latent	Dominant	Dominant	Latent
Rol van de familie	Dominant	Latent	Latent	Dominant
Rol van de staat	Dominant	Dominant	Latent	Latent
Rol van de markt	Latent	Latent	Dominant	Dominant

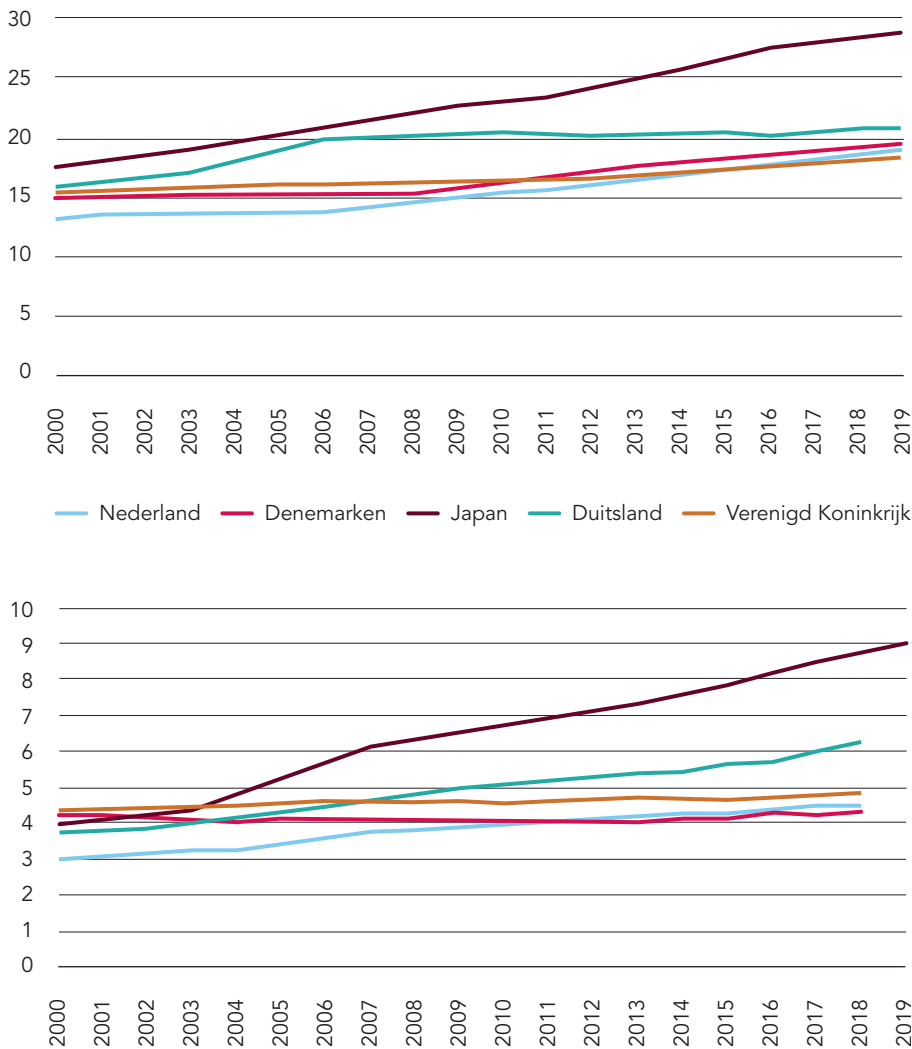
Bron: Esping-Andersen (1990) en Aspalter (2006)

2.3 Demografische ontwikkelingen

Veel westerse landen (inclusief Duitsland, Denemarken, Engeland, Japan en Nederland) worden geconfronteerd met een vergrijzende populatie. Het percentage aandeel personen ouder dan 65 (65-plussers) of 80 (80-plussers) neemt over de jaren gestaag toe (zie figuur 2.1). In Japan is de vergrijzing inmiddels het meest prominent; in 2019 was het aandeel 65-plussers ongeveer 28 procent en het aandeel 80-plussers ongeveer 9 procent van de totale bevolking. Ook Nederland, Engeland³, Denemarken en Duitsland volgen deze trend (figuur 2.1).

² Aspalter 2006.
³ Om een indruk te geven van de Engelse situatie geven wij de cijfers voor het Verenigd Koninkrijk (dus inclusief Wales, Schotland en Noord Ierland) aangezien de OESO-cijfers de data niet per land opsplitsen.

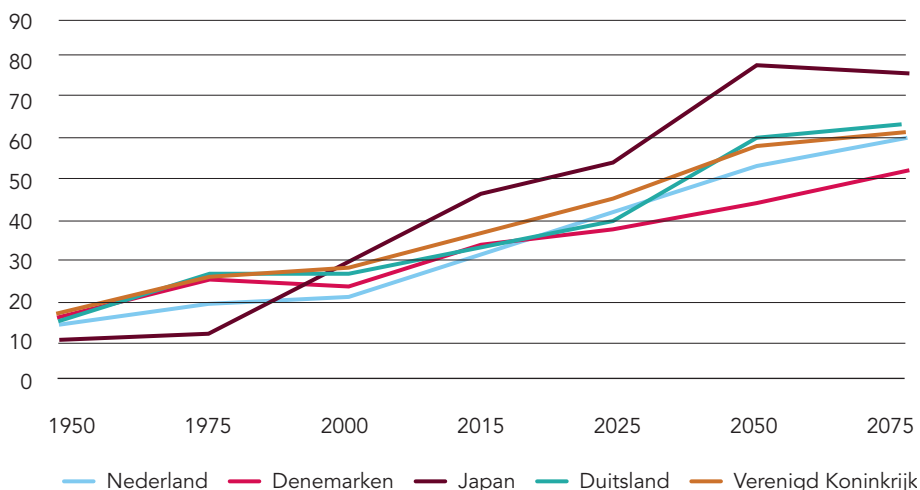
Figuur 2.1 Percentage 65+ over de totale bevolking (boven) en percentage 80+ over de totale bevolking (onder)



Bron: OESO (2020) <https://doi.org/10.1787/data-00547-en>

De verwachting is dat het aantal 65-plussers de komende jaren verder toeneemt en dat de omvang van de beroepsbevolking daalt. Dit verhoogt de druk op de werkzame bevolking aangezien deze de niet-beroepsbevolking moet onderhouden middels belastingen en pensioencontributies. Figuur 2.2 geeft van deze zogenoemde grijze druk (aantal 65-plussers over honderd mensen die kunnen participeren in de arbeidsmarkt, leeftijd van 20-64) een historisch verloop en een toekomstvoorspelling weer.

Figuur 2.2 Weergave grijze druk, historische ontwikkeling en projectie



Bron: OESO (2017) http://dx.doi.org/10.1787/pension_glance-2017-en

2.4

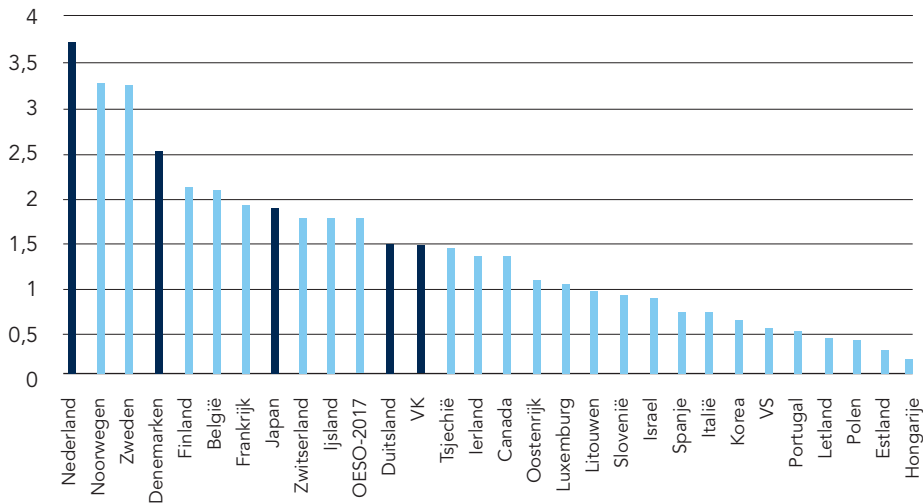
Kosten langdurige zorg

Ten opzichte van alle andere landen van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) betaalt Nederland het meest voor de langdurige zorg, namelijk 3,7 procent van het bruto binnenlands product (BBP) (zie figuur 2.3). Denemarken volgt op de vierde plaats, met 2,5 procent. In Japan is de langdurige zorg 1,8 procent van het BBP. Japan betaalt dus relatief minder dan Nederland en Denemarken, maar wel meer dan het OESO-gemiddelde. Duitsland en het Verenigd Koninkrijk betalen voor de langdurige zorg minder dan het OESO-gemiddelde: 1,5 procent van het BBP gaat daar naar de publieke financiering van langdurige zorg.

Box 2.1 Kanttekening OESO-cijfers

Het is belangrijk om een kanttekening te plaatsen bij deze OESO-cijfers omdat de categorieën per land kunnen verschillen. Hierdoor is het lastig om landen op basis van cijfers te vergelijken. Uit onderzoek van de kennisorganisatie Vilans komt naar voren dat het verschil tussen de uitgaven van Nederland en Denemarken veel minder groot is dan de OESO-cijfers lijken te suggereren.⁴ De reden hiervoor is dat de interpretatie van de reikwijdte van de ‘langdurige zorg’ tussen landen verschilt. Denemarken neemt bijvoorbeeld niet alle welzijnsgerelateerde uitgaven mee.⁵

Figuur 2.3 Aandeel publieke langdurige zorgkosten over het bbp (2017)



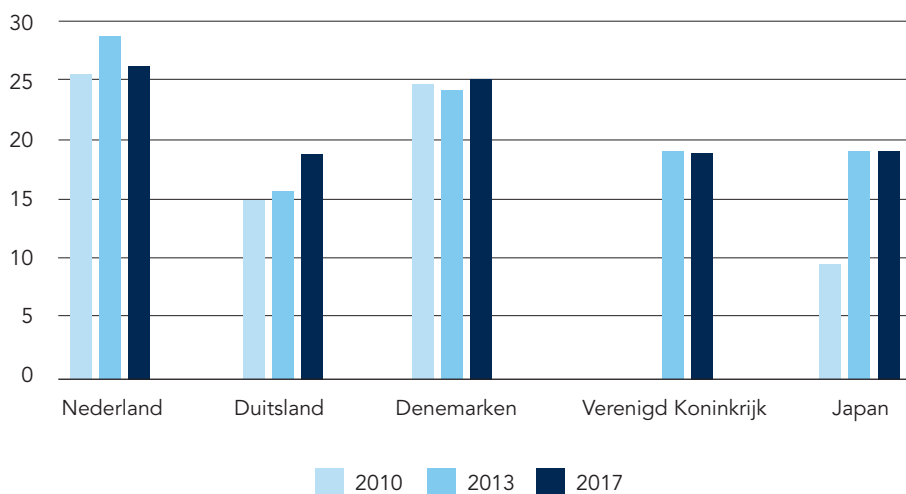
Bron: OESO (2019) <https://doi.org/10.1787/888934018773>

Medisch-specialistische zorg is in de meeste zorgsystemen de grootste kostenpost. Het aandeel van de langdurige zorgkosten in de totale zorgkosten varieert sterk per land (zie figuur 2.4). De langdurige zorg in Nederland en Denemarken legt, met ongeveer 25 procent, percentueel meer beslag op de zorgkosten dan die in de andere landen. In het Verenigd Koninkrijk en Japan neemt de

4 Pomp et al. 2020.
5 Idem.

langdurige zorg ongeveer 18 procent van de totale zorgkosten voor zijn rekening. Het aandeel van de langdurige zorgkosten in de totale zorgkosten is hier dus relatief klein ten opzichte van Nederland en Denemarken: 15 procent (2010) en 18 procent (2017) van de totale zorgkosten gaat naar de langdurige zorg. Het aandeel nam over de jaren (2010-2017) wel toe.

Figuur 2.4 Percentueel aandeel van de langdurige zorgkosten van de totale zorgkosten (2010, 2013, 2017)



Bron: OESO (2020): <https://doi.org/10.1787/data-00349-en>, Eurostat (2020) https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/product/view/HLTH_SHA11_HC

2.5 Organisatie Langdurige zorgsystemen

Duitsland

In Duitsland wordt de langdurige zorg sinds 1995 gefinancierd via een sociale verzekering. Deelname aan deze sociale zorgverzekering is verplicht. De zorgpremie wordt afgetrokken van het inkomen van de werkzame beroepsbevolking. Gepensioneerden moeten ook meebetalen, zij het met een gereduceerd tarief.⁶ Daarnaast wordt een (klein) deel van de langdurige zorg gefinancierd via een private (non-profit) zorgverzekering. De inwoners van Duitsland hebben dus de keuze tussen de sociale zorgverzekering en een private verzekering. De sociale zorgverzekering is gekoppeld aan hun medische verzekering. Duitse inwoners zijn dus verplicht zich bij één van de twee verzekeringen aan te

sluiten. De (sociale) zorgverzekeringen dekken echter niet alle langdurige zorgkosten; publieke financiering (voor lagere inkomens) en/of eigen betalingen financieren de rest.

De toegang tot de langdurige zorg is universeel. In principe zijn de burgers die langdurige zorg nodig hebben, vrij om te kiezen tussen een persoonlijk budget (*benefits in cash*) of zorg in natura (*benefits in kind*). Het merendeel kiest voor een persoonlijk budget; in 2017 was dit ongeveer 80 procent.⁷

De verpleeghuizen in Duitsland zijn grotendeels privaat eigendom; 42,6 procent is winstgeoriënteerd en 52,7 procent is onderdeel van een stichting (2017).⁸

Denemarken

In Denemarken speelt de overheid een grote rol bij het financieren, organiseren en leveren van langdurige zorg. Het langdurige-zorgsysteem wordt grotendeels georganiseerd en gefinancierd op regionaal niveau.⁹ Dit is opgedeeld in 98 bestuurlijke gemeenten. Weliswaar stelt de centrale overheid de contouren van de langdurige zorg vast, maar de precieze invulling hiervan wordt sterk gedefinieerd in het regionaal beleid.¹⁰ Het gaat hierbij om hoeveel zorg wordt geleverd, door wie en onder welke condities.¹¹

Toegang tot de langdurige zorg is universeel maar gereguleerd op basis van de behoeften van de cliënt. Afgezien van het feit dat elke gemeente een ander protocol aanhoudt, wordt gekeken naar bijvoorbeeld de functionele beperkingen (Barthel-index¹²), de sociale context en de mate waarin de woning geschikt is voor een zorgbehoevende.¹³

In Denemarken ligt veel nadruk op het de-institutionaliseren van de langdurige zorg. De ambitie is om ouderen zo lang mogelijk in hun eigen woning te ondersteunen.¹⁴ Er wordt bijvoorbeeld sterk geïnvesteerd in het aanbieden van thuiszorg.¹⁵

7 Statistisches Bundesamt 2019; Federal Ministry of Health Germany 2018.

8 GBE-Bund 2020.

9 Kvist 2018.

10 Idem.

11 Idem.

12 De Barthel-index is een invulijst die wordt gebruikt als meetinstrument om te bepalen in hoeverre iemand de algemene dagelijkse levensverrichtingen zelfstandig kan uitvoeren. Deze lijst wordt toegepast om te bepalen in hoeverre iemand zorg nodig heeft.

13 World Health Organization Regional Office for Europe 2019.

14 Schulz 2010a.

15 Spasova et al. 2018.

Het grootste gedeelte van de verpleeghuizen in Denemarken is publiek eigendom. Er zijn echter ook private verpleeghuizen: 12 procent van deze private huizen zijn stichtingen en maar een klein aandeel is winstgeoriënteerd (0,8 procent).¹⁶

Engeland

De langdurige zorg in Engeland heeft nooit een substantiële hervorming doorgemaakt maar is stapsgewijs over de tijd aangepast. De langdurige zorg is anders georganiseerd dan de National Health Service (NHS).¹⁷ In tegenstelling tot de NHS – die volledig publiek wordt gefinancierd en grotendeels publiek wordt geleverd –, leunt dit systeem sterk op de eigen verantwoordelijkheid. De financiering van de langdurige zorg in Engeland fungeert alleen als vangnet (iets dat, in tegenstelling tot de NHS, goed past binnen de opvatting van de klassieke liberale verzorgingsstaat). Financiële mogelijkheden voor publieke ondersteuning worden vastgesteld op basis van inkomen en bezit (inclusief huisbezit). Een klein aandeel van de gebruikers van langdurige zorg wordt vanuit de NHS betaald, mits de zorgvraag medisch van aard is. De inkoop van de langdurige zorg is gedecentraliseerd naar gemeenteniveau. Gemeenten ontvangen budgetten van de centrale overheid om langdurige zorg in te kopen voor de zorgafnemers in hun regio.

De langdurige zorg wordt grotendeels geleverd door private verpleeghuizen. In de verpleegsector is 83 procent van de verpleeghuizen winstgeoriënteerd, 13 procent is een stichting, en 4 procent van de voorzieningen is publiek eigendom van de gemeenten (Competition & Markets Authority (CMA), 2017).

Japan

Japan hervormde in 2000 de langdurige zorg tot een sociale zorgverzekering. De hervormingen in Japan zijn ingegeven door de herstructurering van de financiering van de langdurige zorg in Duitsland. Japan heeft echter bepaalde aspecten significant anders aangepakt dan Duitsland.

Deze sociale verzekering wordt beheerd door gemeenten en ondersteund door de nationale overheid. De verzekering betaalt voor de thuiszorg, respijtzorg, verpleeghuiszorg, hulpmiddelen voor zorg en welzijn, en aanpassingen aan het huis.¹⁸ De helft van de inkomsten wordt betaald uit nationale en regionale belastingen, een derde uit de premies die mensen van 40-64 jaar inleggen (1 procent

¹⁶ Eurofound 2017.

¹⁷ Cylus et al. 2015.

¹⁸ Matsuda 2020.

van hun inkomen), en een zesde komt uit premies van 65-plussers.¹⁹ Het aandeel van een private zorgverzekering voor de langdurige zorg is klein in Japan.²⁰

Toegang tot de langdurige zorg in Japan is universeel, maar deze is primair opgezet om zorg te verlenen aan de oudere populatie, dus 65-plussers. Volwassenen tussen de 40-64 jaar kunnen weliswaar een beroep doen op de langdurige zorgverzekering, maar alleen voor ouderdomsziekten (bijvoorbeeld dementie).²¹ Dit verschilt van de praktijk in bijvoorbeeld Duitsland en Nederland, waar deze restrictie niet geldt.

De meeste aanbieders in de langdurige zorg zijn private aanbieders. Doordat de verpleeghuizen in Japan vrijwel allemaal stichtingen zijn, zijn er nauwelijks winstgeoriënteerde partijen actief op deze markt. In tegenstelling tot de verpleeghuissector kent de thuiszorgsector wel winstgeoriënteerde instellingen; 47 procent van de thuiszorgorganisaties is een winstgeoriënteerde instelling.²²

19 Fernández en Nadash 2015.
 20 Robertson et al. 2014.
 21 Fernández en Nadash 2015; Colombo et al. 2010.
 22 Matsuda 2020.

3. Kostenbeheersingsbeleid

Florien Kruse en Patrick Jeurissen

3.1 Inleiding

Door demografische ontwikkelingen zullen de zorgkosten voor de langdurige ouderenzorg in de komende decennia nog (veel) verder stijgen en in sommige landen zelfs verdubbelen.¹ Prominent op de bestuurlijke agenda's zal dan ook blijven staan hoe deze groei te financieren. De meest principiële vraag daarbij hangt nauw samen met de politieke keuze in hoeverre de langdurige zorg voor ouderen überhaupt collectief moet worden gefinancierd. Het betaalbaarheidsvraagstuk zou immers ook kunnen worden 'opgelost' door geheel af te zien van collectieve financiering van de langdurige zorg (of van de stijgende uitgavengroei daarvan). Om allerlei redenen is dat echter niet opportuun. Zo is langdurige zorg maar moeilijk verzekeraar op de private markt (later hierover meer), kunnen kwetsbare groepen deze zorg veelal niet zelf betalen en ontstaan er negatieve effecten voor de formele arbeidsmarkt (minder aanbod). De meeste westerse landen kiezen er dan ook voor om de langdurige zorg tot op zekere hoogte collectief te financieren – de mate van collectieve financiering en de wijze waarop deze vorm krijgt, verschillen echter sterk tussen landen.² Het centrale vraagstuk verschuift dan van 'of' er collectieve financiering nodig is, naar 'hoe' de schaarse publieke middelen het beste kunnen worden ingezet om zoveel mogelijk kwalitatief goede en noodzakelijke langdurige zorg te kunnen organiseren (doelmatigheid), en er daarnaast voor te zorgen dat beperkte eigen middelen geen reden zijn om noodzakelijke langdurige zorg te mijden (rechtvaardigheid). Deze principes spelen ook een prominente rol bij het gevoerde kostenbeheersingsbeleid voor de langdurige zorg.

In de huidige (sterk) vergrijzende samenlevingen is het doorvoeren van een effectief kostenbeheersingsbeleid in de langdurige zorg niet eenvoudig.³ Daarvoor bestaan meerdere redenen. In de eerste plaats zorgt de vergrijzing voor een sterke opwaartse druk op de vraag naar ouderenzorg; vooral het aandeel 80-plussers in de bevolking stijgt snel. Een tweede oorzaak is het zogenoemde Baumol-effect.⁴ Deze theorie stelt dat het relatief lastig is om de productiviteit in de langdurige zorg substantieel te verhogen. De zorg is namelijk een arbeidsintensieve sector; het leveren van zorg aan ouderen bestaat grotendeels uit menselijk contact en aandacht, en kan daardoor moeilijk geautomatiseerd en

¹ Comas-Herrera et al. 2006.

² OESO 2019a; Colombo et al. 2010.

³ Mosca et al. 2017.

⁴ Baumol 2012.

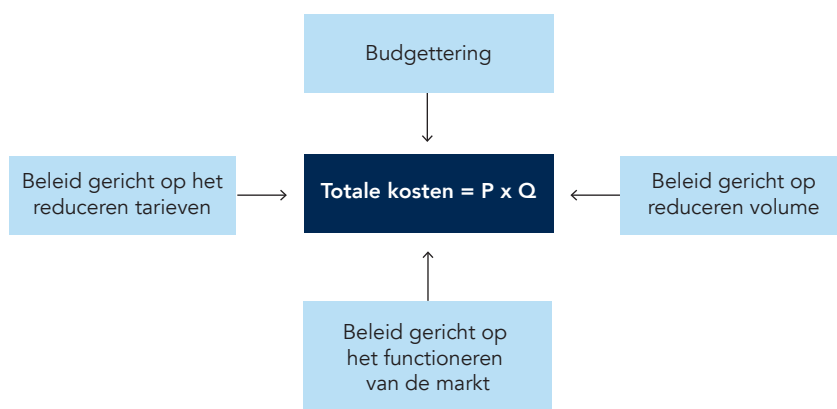
gestroomlijnd worden. De productiviteit van de langdurige zorg gaat daardoor op den duur achterlopen bij die van andere sectoren binnen de economie, zoals de auto-industrie. Omdat de werknemers in de langdurige zorg zich spiegelen aan de lonen in die andere sectoren, zullen de loonkosten in deze sector stijgen zonder dat dit in dezelfde mate uit productiviteitsverbetering kan worden gefinancierd als in andere sectoren. Binnen de Nederlandse zorg is dit geformaliseerd in het zogenoemde convenant Overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA), waarbinnen wordt uitgegaan van een productiviteitsontwikkeling van 0 procent. Het gevolg van vergrijzing en Baumol is dat een aanzienlijk deel van de beschikbare middelen opgaat aan het 'op peil houden' van het huidige kwaliteitsniveau. Daarmee belanden we bij een derde reden voor de opwaartse druk op de kosten van langdurige zorg. In een steeds welvarender samenleving verwachten cliënten namelijk ook steeds hogere kwaliteits- en serviceniveaus; denk aan meer vierkante meters, meer privacy, meer keuzemogelijkheden rondom dagindeling en maaltijden en meer handen aan het bed. Uiteraard kosten al deze zaken extra geld. Wordt niet aan deze verwachtingen voldaan, dan zullen vooral mensen met een hoog inkomen de langdurige zorg mijden en op zoek gaan naar een privaat alternatief. Dit heeft dan weer een dempend effect op de collectieve kosten voor langdurige zorg, en wellicht op de betalingsbereidheid hiervoor. Aan de andere kant leiden aantrekkelijke publieke financieringsarrangementen juist tot extra vraag (persoonsgebonden budgetten, abonnementstarief Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)): meer mensen gaan dan een beroep doen op de publieke financiering die dit anders niet zouden hebben gedaan. Dit wordt ook wel het 'woodwork effect' genoemd.⁵ Een vierde en laatste oorzaak voor de stijgende kostenontwikkeling binnen de langdurige zorg ligt in de wederzijdse afhankelijkheden tussen informele en formele langdurige zorg. Een groot deel van de feitelijke langdurige zorg betreft 'gratis' informele zorg. Deze staat echter onder druk door veranderende familieomstandigheden en een krimpende pool van mantelzorgers. Tegelijkertijd zet het aantrekkelijk maken van het leveren van extra informele zorg, bijvoorbeeld via een substantiële monetarisering, de betaalbaarheid van deze zorg rechtstreeks onder druk. Overigens is het volledig informeel/privaat leveren van langdurige zorg zeker ook niet gratis. Behalve dat het leidt tot grote verschillen, vallen dan ook ouderen buiten de boot. Daarnaast kan dit de vrouwelijke arbeidsparticipatie belemmeren (aangezien zij vaak nog de informele zorg op zich nemen) en is het de vraag of mantelzorgers altijd over de juiste vaardigheden beschikken om hun naasten met bijvoorbeeld vergevorderde dementie van de juiste zorg te voorzien. Onderzoek laat bovendien zien dat onvoldoende publieke financiering van langdurige zorg leidt tot (grijze) arbeidsmigratie van (voornamelijk) vrouwen uit

minder economisch welvarende landen, die bereid zijn te werken voor een laag salaris. Dit komt in het volgende hoofdstuk nader aan de orde.

3.2 Analytisch kader

Om onze bevindingen rond het kostenbeheersingsbeleid een kader te geven gebruiken we de typologie in figuur 3.1.⁶ Het kader categoriseert vier typen kostenbeheersingsbeleid: (1) budgetteren; (2) beleid dat is gericht op het beheersen van volume; (3) beleid dat is gericht op het beheersen van tarieven; en (4) beleid dat is gericht op het functioneren van de ‘markt’.

Figuur 3.1 Vier typen kostenbeheersingsstrategieën



3.3 De vier typen kostenbeheersingsbeleid

Hoe het collectieve langdurige zorgbudget wordt vastgesteld, verschilt per land. Dit is afhankelijk van politieke keuzen, en van de institutionele vormgeving van het budgettaire proces. In Nederland raamt het Centraal Planbureau (CPB) als onafhankelijk instituut de benodigde budgettaire groei en hier gaat vervolgens een sterk ankereffect vanuit. In de meeste landen is dit echter niet zo; daar speelt het ministerie van Financiën een grote rol en hangt de ‘raming’ meer samen met de budgettaire ruimte. In landen zoals Engeland en Denemarken, waar lokale overheden een groot deel van de langdurige zorg financieren, is de lokale en regionale budgettaire ruimte van groot belang (en deze is vaak beperkt). Het invoeren van ‘budgettaire normen en regels’ om de collectieve uitgaven te beheersen – feitelijk een afspraak over een macrouitgavenplafond en een aantal regels om overschrijdingen daarvan te voorkomen – vormen een manier om ook de zorgkosten op macroniveau te bedwingen.⁷ Dat gaat in de

⁶ Stadhouders et al. 2016.

⁷ Schakel et al. 2018.

regel niet zonder aanvullend kostenbeheersingsbeleid. Daarover gaat dan ook de rest van dit hoofdstuk.

Budgettering

Budgettering komt overal voor, maar de vorm ervan hangt nauw samen met de wijze waarop de publieke financiën zijn georganiseerd. Daarom geven we hier een korte beschrijving en weergave van de financieringsstromen per land.

In **Duitsland** is 90 procent van de burgers verzekerd via een publieke sociale verzekering voor langdurige zorg, de zogenoemde ‘Pflegesatzversicherungsgesetz’. Het overige deel van de Duitsers kan een private langdurige zorgverzekering afsluiten (circa 10 procent). Deze verdeling tussen sociale en private verzekeringen is vergelijkbaar met de wijze waarop de medische zorg is verzekerd.⁸ De hoogte van de contributies voor de publieke sociale zorgverzekering is afhankelijk van het inkomen. De premies worden geheven via loonheffingen, die zowel door de werkgevers als door de werknemers (3,05 procent van het inkomen, en 3,30 procent voor werknemers zonder kinderen) worden betaald. Ook gepensioneerd dienen deze premies te betalen en maken 3,05/3,30 procent van hun pensioen over aan de collectieve zorgverzekering.⁹ Net als bij de Nederlandse Wet langdurige zorg (Wlz) wordt deze premie centraal vastgesteld; er zijn dus geen verschillen tussen de uitvoerende zorgverzekeringen. Werknemers die minder dan 450 euro per maand verdienen, studenten, en huisvrouwen/-mannen hoeven geen premie te betalen voor deze sociale verzekering.¹⁰ Andere inkomensbronnen, zoals vermogen, tellen niet mee bij het vaststellen van de premie. De percentuele contributies worden betaald tot een jaarlijks inkomen van maximaal 56.250 euro in 2020.¹¹ De premie voor de private verzekering hangt af van het risicoprofiel van de cliënt (ouderen betalen bijvoorbeeld meer dan jongeren); wel is er een plafond aan de maximale hoogte van de private premies (135 euro per maand voor werknemers in de private sector en 69,90 euro voor ambtenaren).¹² Bovendien is er een acceptatieplicht en mogen private verzekeraars geen mensen weigeren.¹³ In figuur 3.2 staat een schematische weergave van de financieringsstromen in Duitsland.

De invoering van de ‘Pflegesatzversicherungsgesetz’ was ook een middel om de Länder te ontlasten voor hun toenemende kosten. Door demografische ontwikkelingen (toename van de arbeidsparticipatie van vrouwen, toename

8 Busse en Blümel 2014.

9 Busse et al. 2017.

10 Milstein et al. 2020.

11 Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz 2019.

12 Milstein et al. 2020.

13 Rothgang 2010.

van het aantal ouderen en afname van het aantal geboortes) nam de vraag naar langdurige zorg sterk toe en deze kwam terecht op het bordje van de Länder. Het ‘Pflegesatzversicherungsgesetz’ was een reactie hierop en beoogde dat de langdurige zorg minder beroep zou doen op de publieke middelen – en met succes.¹⁴ In 2013 werd een hervorming doorgevoerd in de langdurige zorg die voorschrijft dat de premies en de financiële steun voor mensen in de langdurige zorg elke drie jaar opnieuw moeten worden herzien; economische factoren zoals werkgelegenheid en inflatie kunnen bij die herziening worden meegewogen.¹⁵ Deze plannen (in de regel een stijging van premies en middelen) worden getoetst op hun financiële haalbaarheid, mede in relatie tot de bredere economische ontwikkelingen. Door deze periodieke herzieningen zijn de premies in 2015 met 0,3 procentpunten verhoogd, en in 2017 nog eens met 0,2 procentpunten.¹⁶ Voorheen groeiden de bijdragen en uitkeringen namelijk nauwelijks mee met de economische situatie, wat zorgde voor grote financiële tekorten in de financiering van de langdurige zorg.¹⁷ De langdurige zorg wordt door deze hervorming inmiddels veel centraler aangestuurd dan andere sociale verzekeringen, zoals werkloosheidsverzekeringen en de ziekenfondsverzekering. Desalniettemin is ook hier het corporatistische en in de Grondwet vastgelegde principe van de zelfregulering (‘Selbstregulierung’) van groot belang. Besluiten worden in de regel pas genomen na intensieve afstemming en overleg met de verschillende organisaties en instanties binnen de langdurige zorg; dit geldt voor zowel het federale niveau als het niveau van de deelstaten.¹⁸

¹⁴ Götze en Rothgang 2013.

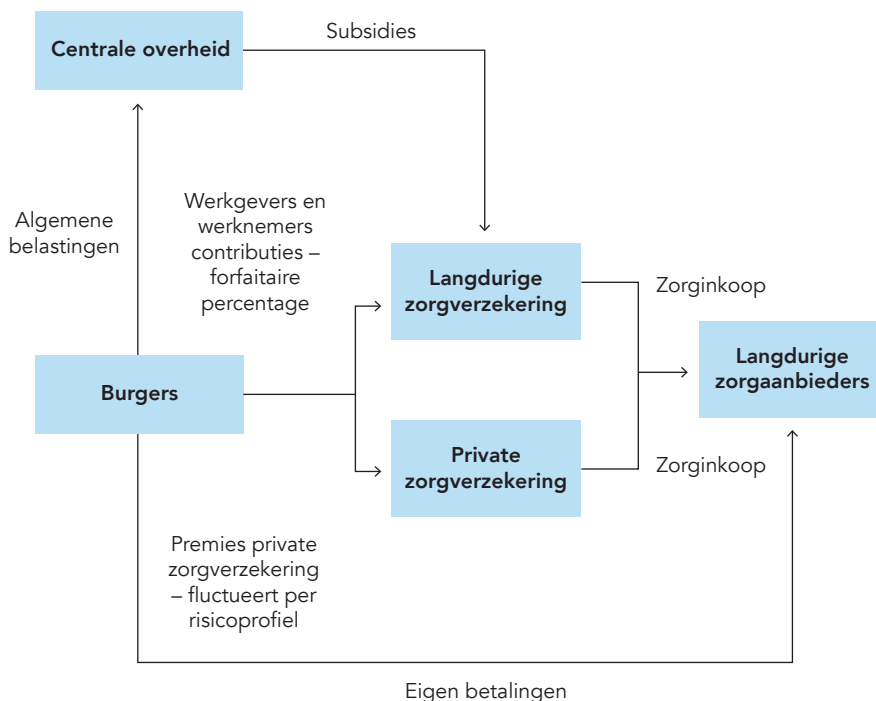
¹⁵ Joshua 2017.

¹⁶ Idem.

¹⁷ Götze en Rothgang 2013.

¹⁸ Busse en Blümel 2014.

Figuur 3.2 Eenvoudige schematische weergave financiële stromen, Duitsland



De publieke financiering van de **Deense langdurige zorg** komt uit het budget van de centrale overheid, en middels cofinanciering ook uit lokale middelen. Via de nationale en de lokale belastingen betalen de burgers dus mee aan de financiering van de langdurige zorg. De 98 gemeenten ('kommuner') zijn verantwoordelijk voor het regelen van de langdurige zorg binnen hun gebied en voor de inkoop van de noodzakelijke zorg bij zorgverleners. De centrale middelen worden in zekere mate herverdeeld over de gemeenten op basis van sociaal-demografische factoren, om al te grote discrepanties te voorkomen.¹⁹ Figuur 3.3 biedt een schematische weergave van de financieringsstromen in Denemarken.

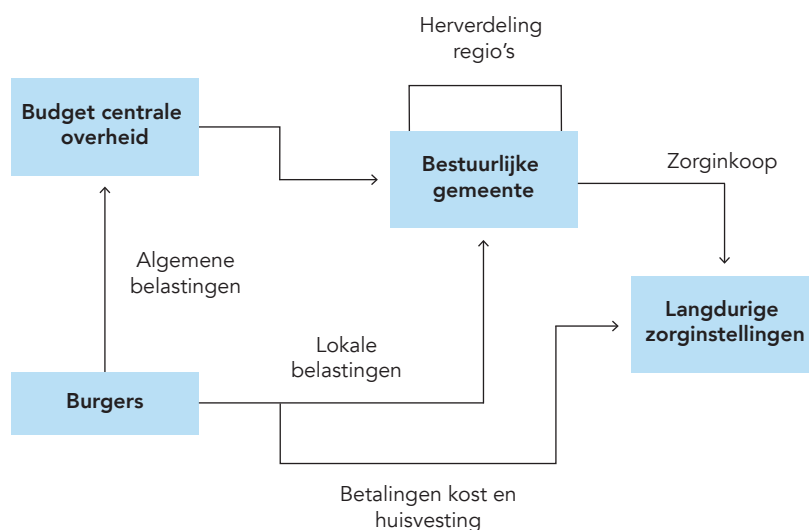
Denemarken heeft reglementen opgesteld aan de hand waarvan de hoogte van het budget voor de langdurige zorg wordt vastgesteld. Binnen die reglementen zijn ook afspraken opgenomen over de automatische sancties als deze budgetten worden overschreden. Het gaat hierbij om financiële sancties die zowel individueel (60 procent) als collectief (40 procent) tussen de regio's moeten worden

¹⁹

Vrangbæk 2020.

gedragen.²⁰ (Deze budgettaire spelregel voor de middellangetermijn bleek erg effectief.)²¹ Het beschikbare budget wordt uitonderhandeld in een jaarlijkse overeenkomst tussen de drie regio's, de 98 bestuurlijke gemeenten en de centrale overheid. Deze laatste moet onder andere het gevoerde kostenbeheersingsbeleid coördineren.²² De budgetten die door de gemeentes centraal worden herverdeeld, worden onder andere vastgesteld op basis van de demografische samenstelling en de sociale structuur van de regio en het aantal zorgafhankelijke patiënten en het aantal diagnoses daarbinnen.²³ Dit soort allocatieformules maakt het beschikbare budget echter niet immuun voor bezuinigingen. Zo is tijdens de meest recente grote economische crisis flink gekort op de budgetten vanwege algemene bezuinigingen.²⁴

Figuur 3.3 Eenvoudige schematische weergave financiële stromen, Denemarken



In **Engeland** zijn gemeenten ('local authorities') primair verantwoordelijk voor het organiseren en contracteren van de langdurige zorg. Een belangrijk verschil met de Deense situatie is dat private betalingen hier een belangrijke rol spelen. Mensen met midden- en hogere inkomens moeten de langdurige zorg grotendeels zelf betalen (meer hierover later in dit hoofdstuk).

²⁰ Bæk et al. 2016.

²¹ OESO 2019b.

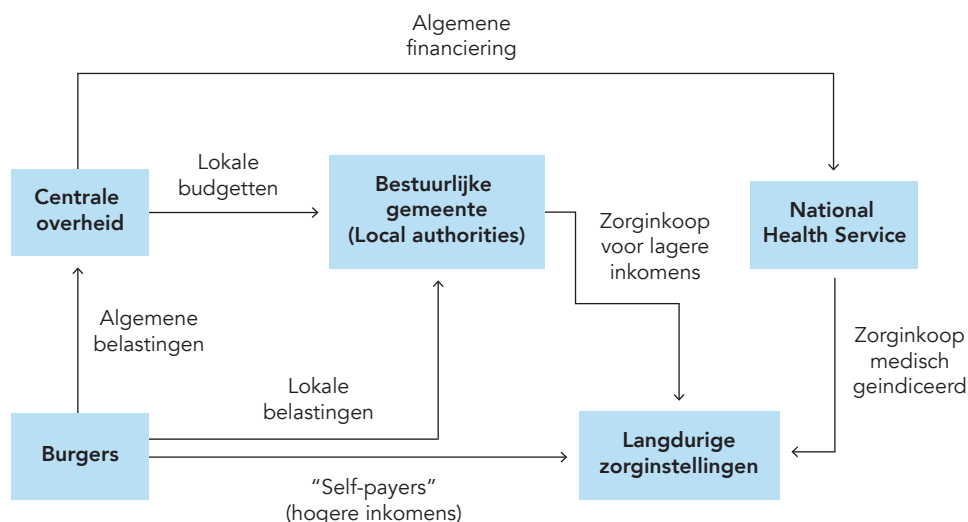
²² Vrangbæk 2020.

²³ Nies et al. 2019.

²⁴ Kvist 2018.

Gemeenten krijgen naast hun inkomsten uit de lokale belastingen jaarlijks een budget van de centrale overheid. De omvang van dit budget hangt af van de samenstelling van de bevolking. Deze budgetten worden echter al sinds 2005 steeds verder teruggeschoefd wegens bezuinigingen, ondanks het feit dat de vraag naar langdurige zorg blijft stijgen. Tussen 2009-2010 en 2016-2017 werd het langdurigezorgbudget van de Engelse gemeenten met maar liefst 8 procent verlaagd, van 18,0 naar 16,5 miljard pond.²⁵ De uitgaven per persoon vallen nog lager uit aangezien de bevolking sinds 2009 is toegenomen. Dit komt neer op een daling van 13,5 procent.²⁶ Doordat de publieke financiering terugloopt, leunen steeds meer langdurige zorginstellingen op kruissubsidies vanuit 'self-payers' die relatief hoge bijdragen betalen (komt later in dit hoofdstuk uitgebreider aan bod). Ten slotte bekostigt de National Health Service een klein deel van de langdurige zorg, namelijk mensen die op basis van een medische indicatie deze zorg nodig hebben, bijvoorbeeld wegens een handicap of ziekte – dementie wordt echter niet gezien als zo'n ziekte. Figuur 3.4 biedt een schematische weergave van de financieringsstromen in Engeland.

Figuur 3.4 Eenvoudige schematische weergave financiële stromen, Engeland



In **Japan** is leeftijd een belangrijk aspect als het gaat om het bepalen van de hoogte van de bijdrage voor langdurige zorg. Mensen tussen de 40 en 60 jaar

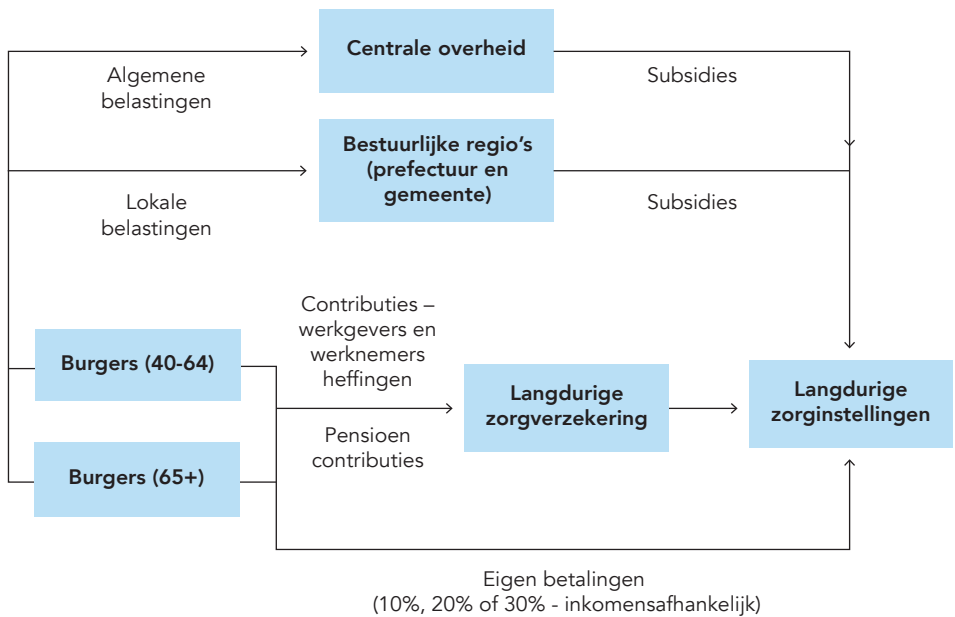
²⁵ Simpson 2017.

²⁶ Idem.

betalen meer dan 65-plussers. De 40-60-jarigen dragen bij via loonheffingen, waarvan werkgevers en werknemers ieder de helft voor hun rekening nemen.²⁷ De 65-plussers dragen via hun pensioenen ook bij. Het totale publieke budget voor de langdurige zorg wordt echter maar voor de helft door premies gefinancierd, de andere helft wordt rechtstreeks betaald uit de belastingmiddelen.²⁸ De gebruikers moeten ook meebetalen aan hun langdurige zorg, zowel via een systeem van cofinanciering van de zorg als voor de kosten van huisvesting en levensonderhoud. Afhankelijk van de hoogte van het precieze inkomen is de cofinanciering 10, 20 of 30 procent.²⁹

Sinds de introductie van de sociale verzekering voor langdurige zorg zijn de kosten daarvan sterk toegenomen en is het ‘woodwork effect’ opgetreden. Om de langdurige zorg te bekostigen, heeft de overheid daarom onder andere de bijdragen van de groep 40-64 jarigen in 2019 verhoogd naar 1,73 procent.³⁰ Daarnaast zijn ook de belastingen bestemd voor de langdurige zorg verhoogd.³¹ Figuur 3.5 biedt een schematische weergave van de financieringsstromen in Japan.

Figuur 3.5 Eenvoudige schematische weergave financiële stromen, Japan



27 Joshua 2017.
28 Idem.
29 Matsuda 2020.
30 Ikegami 2019.
31 Idem.

Volume

Uit deze vergelijkingsstudie komt naar voren dat het grootste deel van het kostenbeheersingsbeleid binnen de langdurige zorg zich richt op het beheersen van het volume, door: (1) restricties voor de toegang tot de publieke financiering; (2) eigen betalingen; (3) substitutie; en (4) preventie.

Restricties voor de toegang tot publieke financiering

In alle landen, behalve Japan, is de langdurige zorg toegankelijk voor alle leeftijdsgroepen die wegens fysieke, psychische of mentale gezondheid hulp nodig hebben bij het uitvoeren van hun dagelijkse activiteiten, zoals eten, drinken en wassen. Japan kent de restrictie dat het publieke langdurige zorgstelsel alleen toegankelijk is voor mensen met specifieke ouderdomsziektes (bijvoorbeeld Alzheimer en Parkinson). Tevens is in alle vier de landen de hoogte van de publieke financiering verbonden met de ernst van de zorgbehoefte. Zo bestaan in Duitsland vijf zorgprofielen waar iemand met een zorgbehoefte in kan vallen. Om toegang te krijgen tot de publieke langdurige zorg wordt op basis van de vijf budgettaire gradaties in zorgzwaarte een indicatie gesteld of iemand zorg nodig heeft, en, zo ja, welk type zorg dat is. De Japanse langdurige zorg kende tot 2006 voor 65-plussers weinig aanvullende restricties voor het ontvangen van publieke langdurige zorg.³² In 2006 zijn dergelijke restricties echter doorgevoerd voor mensen met een lage zorgbehoefte.³³ Een nieuwe budgettaire categorie werd gecreëerd voor mensen met weinig zorgbehoefte en de zorginstellingen ontvingen voor deze categorie in het vervolg een lagere vergoeding. Deze maatregelen hebben echter maar een marginaal effect gehad op het terugdringen van de zorgkosten. Mensen met een lage zorgbehoefte vormden in eerste instantie immers maar een klein aandeel van de totale populatie.³⁴

Ook in Duitsland is het beroep op het publieke langdurige zorgstelsel beperkt. Duitse burgers kunnen alleen een beroep doen op de publieke sociale verzekering voor langdurige zorg als ze minstens twee jaar premie hebben betaald.³⁵

Eigen betalingen

Eén van de kostenbeheersingsinstrumenten is om zorggebruikers direct mee te laten betalen aan hun eigen langdurige zorg. De invulling en omvang van deze bijdrage wisselen sterk tussen de vier onderzochte landen. Denk bijvoorbeeld aan de mate waarin de zorg en de huisvesting worden vergoed. De gemene deler is wel dat elk land eigen betalingen inzet om grip te blijven houden op de

³² Colombo et al. 2010.

³³ Campbell et al. 2015.

³⁴ Ikegami 2019.

³⁵ Busse et al. 2017.

publieke zorgkosten. Meer dan in de curatieve sector geldt binnen de langdurige zorg het motief van medefinanciering. De langdurige zorgkosten worden verdeeld tussen staat en burger. Dat wordt billijk gevonden omdat burgers, ook als ze geen beroep hoeven te doen op langdurige zorg, een deel van de hiermee gemoeide kosten zelf betalen, zoals de kosten voor wonen en levensonderhoud.

In Denemarken hoeven langdurige zorggebruikers niet zelf mee te betalen aan de directe zorg die ze ontvangen. Zorggebruikers moeten echter wel betalen voor hun levensonderhoud en inwoning binnen de intramurale langdurige zorg.³⁶ Alleen mensen met een laag inkomen en weinig vermogen worden hiervan (grotendeels) vrijgesteld. In Denemarken is langdurige thuiszorg, net als in Nederland, gratis; er is geen eigen bijdrage verschuldigd. Is de thuiszorg echter tijdelijk van aard, dan betalen de Denen wel een eigen bijdrage.

Engeland kent een tegenovergesteld model. Hier betalen de gebruikers van langdurige zorg een hoge eigen bijdrage. Burgers met een wat hoger inkomen en met eigen vermogen (spaargeld en kapitaal) boven de 23.250 pond (2019/2020) betalen hun zorgkosten zelf; wel is er een vangnet voor mensen met een laag inkomen.³⁷ Dit kan vooral nadelig uitpakken voor mensen die een relatief laag inkomen hebben, maar wel een aardige spaarpot bezitten.³⁸ De vergoeding voor thuiszorg is genereuzer: mensen met een hoog inkomen kunnen tot wel een derde van deze kosten publiek vergoed krijgen.³⁹

In 2011 is de Dilnot Commissie ingesteld om aanbevelingen te doen over de hervorming van de langdurige en sociale zorg in het Verenigd Koninkrijk. Deze commissie stelde voor om het afkappunt waarbij burgers zelf verantwoordelijk zijn voor deze kosten, te verhogen van 23.250 pond naar 100.000 pond.⁴⁰ Een andere aanbeveling was een algeheel plafond van 72.000 pond voor wat burgers zelf maximaal betalen voor hun langdurige zorg. Beide maatregelen waren bedoeld om extreem hoge private kosten te voorkomen.⁴¹ Mede omdat deze aanbevelingen met hoge kosten voor de overheid gepaard zouden gaan, zijn deze hervormingen op de lange baan geschoven en inmiddels lijken de plannen van de Dilnot Commissie geheel van tafel. Het is Engeland tot op heden dus nog niet gelukt de middenklasse te beschermen tegen ‘catastrophic costs’ als ze langdurige zorg nodig hebben.⁴²

36 Schulz 2010a.

37 Department of Health en Social Care 2019.

38 Muir 2017.

39 Idem.

40 Dilnot et al. 2011.

41 Idem.

42 Mosca et al. 2017.

Box 3.1 'Dementia tax'

Ook Theresa May deed een poging om de langdurige zorg te hervormen. Zij stelde voor de kosten voor het gebruik van langdurige zorg gedeeltelijk te financieren uit de waarde van het huis nadat de zorggebruiker was overleden. Hierdoor zouden de initiële kosten voor langdurigezorggebruikers kunnen worden verminderd (na vrijstelling van de eerste 100.000 pond kan de staat dan de resterende waarde van het huis claimen). Dit werd echter snel gelabeld als de 'dementia-tax' en de conservatieven werden uiteindelijk gedwongen dit plan te laten vallen.

Ook Duitsland kent hoge eigen betalingen. Hier financiert de 'Pflegsatzversicherung' slechts ongeveer 50 procent van de totale kosten voor langdurige intramurale, extramurale en sociale zorg.⁴³ De kosten voor bijvoorbeeld huisvesting en levensonderhoud moeten in ieder geval uit de eigen portemonnee worden betaald.⁴⁴ Alleen mensen die deze financiële last niet kunnen dragen, worden bijgestaan door gemeenten (met bijstand) en soms door maatschappelijke organisaties.⁴⁵ De eigen betalingen kunnen in Duitsland dus flink oplopen. De Duitse overheid introduceerde in 2013 daarom een initiatief om burgers te stimuleren zichzelf beter tegen deze kosten te beschermen. De overheid gaf een subsidie van 5 euro per maand voor het afsluiten van een supplementaire private verzekering (dus additioneel aan de bestaande sociale zorgverzekering) om de eigen betalingen in de langdurige zorgkosten te dekken.⁴⁶ Dit heeft effect gehad; meer mensen hebben nu een private supplementaire zorgverzekering, al blijft het totale aandeel laag. In 2015 had bijvoorbeeld nog maar 4 procent van de Duitse bevolking zo'n supplementaire langdurige zorgverzekering.⁴⁷ Bedenk daarbij bovendien dat al voordat deze subsidie werd geïntroduceerd, het aantal mensen met een private supplementaire zorgverzekering toenam.⁴⁸

In Japan betaalt iedereen die een beroep doet op langdurige zorg, minimaal 10 procent zelf. Sinds 2015 is dat aandeel voor de hogere inkomens 20 of 30 procent. Daarnaast komen sinds 2005 ook de kosten voor huisvesting en

43 Busse et al. 2017; Campbell et al. 2015.

44 Nadash en Cuellar 2017.

45 Idem.

46 Bahr en Calsyn 2014; Nadash en Cuellar 2017.

47 Nadash en Cuellar 2017.

48 Idem.

levensonderhoud voor eigen rekening.⁴⁹ Dit heeft grotendeels de vorm van een vast forfaitair bedrag, maar het totaal is ook deels afhankelijk van het inkomen.⁵⁰ In het algemeen hoeven mensen met een lager inkomen dus minder zelf bij te dragen aan de kosten voor de langdurige zorg.⁵¹ Het opgebouwde vermogen wordt betrokken bij de bepaling van de hoogte van de eigen betaling.⁵² Voorts bestaat in Japan een zekere markt voor private verzekeringen; deze verzekeringen hebben het karakter van een substituut voor de sociale verzekering of meer een supplementaire verzekering.⁵³ In 2000 was ongeveer 3 procent van alle 40-plussers privaat verzekerd voor langdurige zorg.⁵⁴

Box 3.2 Private verzekeringen voor langdurige zorg

De markt voor private verzekeringen voor de langdurige zorg is marginaal. In de Verenigde Staten lijkt deze markt nog het grootst. Toch wordt ook daar maar 7 procent van de totale langdurige zorguitgaven gedekt door private zorgverzekeringen.⁵⁵ De reden waarom de private verzekering voor langdurige zorg nog zo triviaal is, wordt toegeschreven aan meerdere factoren. Enkele belangrijke factoren lichten we hier toe.

1. Marktfalen is een probleem, en in het bijzonder de informatie-asymmetrie tussen de verzekeraar en de verzekerden. Dit vertaalt zich door in averechtse selectie (selectie van mensen waarvan de kans groot is dat ze langdurige zorg gaan gebruiken)⁵⁶ en 'moral hazard' (verzekerden geven meer uit dan dat ze zonder verzekering zouden hebben gedaan – ze zijn immers verzekerd).⁵⁷
2. Zowel vraag als aanbod wordt belemmerd. De kosten zijn lastig te voorzien voor zorgverzekeraars, en voor de verzekerden is de waarde van een private verzekering beperkt. De premies zijn immers hoog en de uitkeringen beperkt.⁵⁸

49 Ikegami 2019.
 50 Idem.
 51 Fernández en Nadash 2015.
 52 Muir 2017.
 53 Colombo et al. 2010.
 54 Idem.
 55 Colombo et al. 2010.
 56 Sloan en Norton 1997.
 57 Pauly 1990.
 58 Brown en Finkelstein 2007.

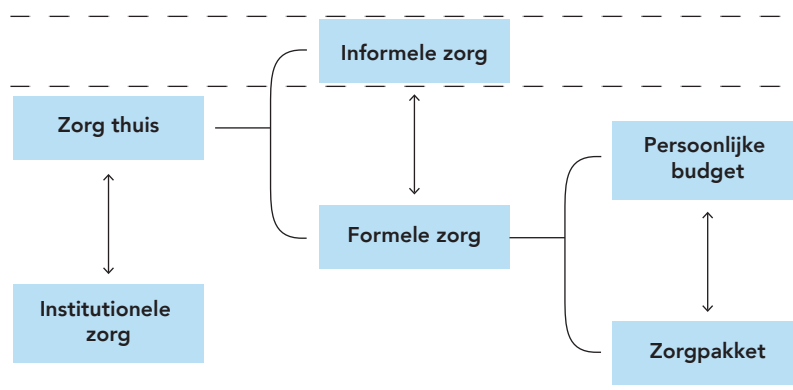
3. Voor burgers is het lastig om de financiële risico's van de langdurige zorg in te schatten. Er bestaat bijvoorbeeld een mate van irrationaliteit met betrekking tot het verzekeren van risico's die ver in de toekomst liggen.⁵⁹ Bovendien heeft de doorsneeburger maar beperkte kennis over de (hoge) eigen betalingen voor de langdurige zorg.⁶⁰

Er is dan ook weinig bewijs dat private langdurigezorgverzekeringen een effectieve oplossing vormen voor de financiering van de langdurige zorg.⁶¹

Substitutie

De vier landen die wij onderzochten, hebben allemaal geprobeerd een betere balans te vinden tussen het aanbieden van institutionele langdurige zorg en het faciliteren van zorg thuis. In de praktijk gaat het er dan om te stimuleren dat mensen zo lang mogelijk thuis blijven wonen. Niet alleen sluit zorg thuis vaak beter aan bij de wensen van burgers, ook stellen veel beleidstheorieën dat zorg thuis interessant is op basis van het veronderstelde lagere beslag op de kosten. Institutionele zorg is erg duur en zorg thuis kan dan (in sommige gevallen) goedkoper uitvallen.⁶² Wanneer dat precies het geval is, is echter niet altijd even duidelijk. Onderzoek duidt erop dat de kosten bij mensen met een zware zorgbehoefte of mensen die in afgelegen gebieden wonen, zeker niet altijd goedkoop uitvallen.⁶³ Het faciliteren van zorg thuis kan op verschillende manieren worden gestimuleerd. Het meest genoemd zijn: 1) het ondersteunen van mantelzorgers; of 2) het investeren in formele thuiszorg. Hiervoor bestaan grof genomen twee financieringsopties: 1) het leveren van vaste zorgpakketten (zorg in natura) of 2) het aanbieden van persoonsgebonden budgetten of andere cliëntgebonden directe financiering. Figuur 3.6 geeft weer hoe vormen van zorg elkaar kunnen vervangen.

59 Kunreuther 1978.
 60 Colombo et al. 2010.
 61 Bottery 2019.
 62 Kok et al. 2015.
 63 Naomi et al. 2012.

Figuur 3.6 Visualisatie substitutie

Met name Denemarken heeft heel sterk ingezet op substitutie en op het financieren van langdurige zorg buiten het verpleeghuis.⁶⁴ Figuur 3.7 illustreert dit met behulp van de statistieken van de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO). Deze figuur illustreert ook dat de Nederlandse ouderenzorg nog relatief sterk leunt op intramurale bedden in het verpleeghuis. Behalve Denemarken spenderen ook Duitsland en Engeland het merendeel van hun budgetten voor langdurigezorgkosten aan zorg buiten het verpleeghuis. In Japan worden net als in Nederland nog de meeste kosten gemaakt voor de zorg in de verpleeghuizen. In Japan wordt de zorg thuis grotendeels nog geleverd door mantelzorgers. Daarnaast is het belangrijk ons te realiseren dat de langdurige zorg niet in een vacuüm opereert in de richting van de curatieve zorg. Wanneer mensen langer thuis wonen of wanneer er minder formele langdurige zorg beschikbaar is, kan het beslag op de curatieve zorg bijvoorbeeld toenemen. Zo heeft de lange gemiddelde ligduur in Japanse ziekenhuizen ook een relatie met het feit dat een deel van de patiënten niet of nog niet naar een instelling voor langdurige zorg kan. Deze lange ligduur is weliswaar significant verminderd ten opzichte van 2000, maar de Japanse ziekenhuiszorg heeft nog steeds één van de langste ligduren in vergelijking met andere OESO-landen (2017).⁶⁵ In Duitsland spelen vergelijkbare processen. In een vergelijking van de kosten van Duitse versus Nederlandse 65-plussers bleek dat beiden ongeveer een even groot beslag legden op het totale ziekenhuisbudget, maar dat dit in Duitsland voor een veel groter deel de curatieve zorg betrof, en in Nederland juist de langdurige zorg.⁶⁶ We moeten ons dus steeds afvragen

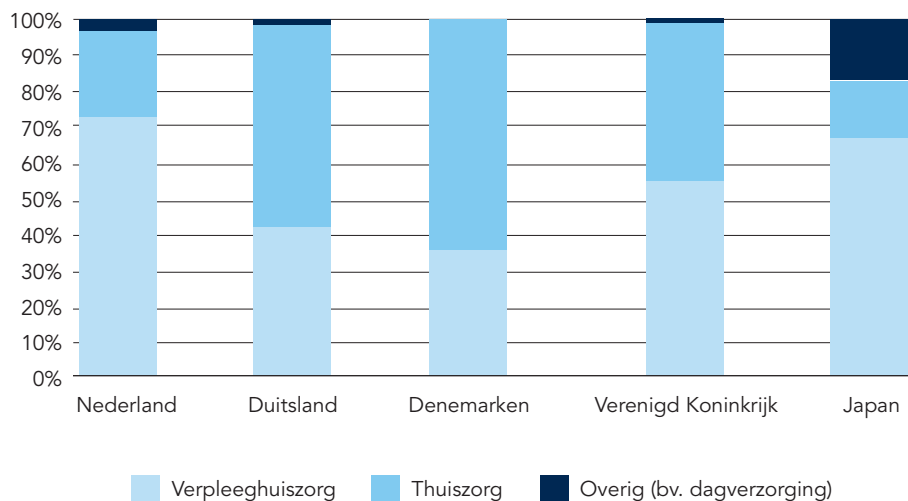
⁶⁴ World Health Organization Regional Office for Europe 2019.

⁶⁵ OESO 2019a.

⁶⁶ Bijenhof en Slobbe 2013.

in hoeverre besparingen doordat potentiële verpleeghuiscliënten langer thuis wonen, teniet worden gedaan door een extra beroep op andere vormen van zorg en ondersteuning.

Figuur 3.7 Percentuele verdeling langdurige zorgkosten: verpleeghuiszorg, thuiszorg en overig (2017)



Bron: OESO (2019) <https://doi.org/10.1787/888934018792>

Om zorg thuis aantrekkelijker te maken zetten steeds meer landen ook in op persoonsgebonden financiering. Gebruikers krijgen dan zelf een budget en kunnen bepalen waar ze hun zorg inkopen. Het idee is dat de zorggebruiker uiteindelijk het beste zelf kan beoordelen welke zorg het beste bij hem of haar past (in andere woorden, betere allocatieve efficiëntie). Bovendien kan zo op de formele kosten worden bespaard, omdat 1) de inkoop- en administratiekosten naar de budgethouder worden verschoven, en omdat 2) er flink minder hoeft te worden uitgegeven aan gebouwen en andere infrastructuur. Aan de andere kant kunnen persoonsgebonden financieringsvormen de kosten juist ook verhogen omdat er (veel) meer mensen een beroep zullen doen op deze budgetten ('woodwork effect'). Zij hebben immers volledige keuze over de zorg; de drempels om geen niet-toegesneden reguliere zorg te consumeren vallen weg. De balans tussen deze beide factoren (meer volume versus lagere prijzen) hangt in de praktijk sterk samen met de hoogte van het budget. Hoe meer het persoonsgebonden budget één op één spoort met de reguliere zorg, des te hoger de extra vraag en dus de hiermee gemoeide kosten.

In Duitsland is gekozen voor een systeem waarin het relatief makkelijk is om vormen van persoonsgebonden financiering te krijgen, maar hier liggen de vergoedingen (veel) lager. Het model heeft daardoor eerder het karakter van vergoeding en compensatie voor informele zorg. De informele zorgverleners worden dan gecompenseerd voor de zorg die zij leveren. Dat dit een populaire optie is, blijkt uit het feit dat ongeveer 72 procent van de mensen die thuis wonen en zorg nodig hebben, gebruik maakt van deze optie in plaats van te kiezen voor een zorgpakket thuis.⁶⁷ Het belang dat Duitsers hechten aan mantelzorg, blijkt ook uit het feit dat mensen (23+) die geen kinderen hebben, een hogere premie betalen. De logica hierachter is dat mensen met kinderen een bijdrage in natura verlenen aan (toekomstige) mantelzorg, en daarmee aan de houdbaarheid van de ‘Pflegesatzversicherung’, wat een lagere premie zou rechtvaardigen. De juridische legitimering van dit verschil tussen mensen met en zonder kinderen is door het Duitse Hooggerechtshof toegestaan omdat de Grondwet de staat expliciet opdraagt families te beschermen.⁶⁸ In tegenstelling tot Engeland en Duitsland worden in Japan geen persoonlijke zorgbudgetten of geldbedragen uitgekeerd aan zorggebruikers; alles wordt geleverd in vaste zorgpakketten.⁶⁹ In Japan kwam het verzet tegen dit soort uitkeringen vooral uit feministische hoek. Zij zouden de arbeidsparticipatie van vrouwen belemmeren, aangezien de meeste mantelzorgers vrouw zijn.⁷⁰

De financiële ondersteuning van mantelzorgers is niet alleen afhankelijk van persoonsgebonden budgetten. Deze wordt door elk van de vier landen verschillend georganiseerd. Als mantelzorgers in Denemarken aan een aantal criteria voldoen – bijvoorbeeld dat zij een goed alternatief voor formele zorg kunnen bieden⁷¹ –, dan kunnen zij door gemeenten worden ingehuurd om formele zorg te bieden. Of zij een geldelijke vergoeding krijgen, hangt dan wel af van het feit of diegene voorheen participeerde op de arbeidsmarkt. Deze regeling geldt verder voor maximaal zes maanden en voor een salaris dat is gebaseerd op het gemiddelde nationale jaarlijkse inkomen per inwoner of het door de mantelzorger verloren inkomen.⁷² Daarnaast kunnen Deense mantelzorgers een beroep doen op een inkomensafhankelijke financiële ondersteuning voor respijtzorg. Ook in Engeland kunnen mantelzorgers een beroep doen op een financiële vergoeding (‘Attendance Allowance’). In dat geval moeten zij wel ten minste 35 uur (per week) gedurende ten minste zes maanden zorg leveren aan

67 Campbell et al. 2010.

68 Robertson et al. 2014.

69 World Health Organization Regional Office for Europe 2019.

70 Campbell et al. 2010.

71 World Health Organization Regional Office for Europe 2019.

72 Idem.

hun naasten.⁷³ In het Verenigd Koninkrijk is in 2008 ook specifiek beleid voor mantelzorgers geformuleerd. Hiermee probeert de overheid de respijtzorg uit te breiden en mantelzorgers te ondersteunen bij het succesvol terugkeren naar de arbeidsmarkt.⁷⁴ In Japan is de steun voor mantelzorg minder expliciet geformaliseerd. Wel bestaat er betaald verlof dat 40 procent van het salaris compenseert. Dit wordt via werknemersverzekeringen gefinancierd tot maximaal 93 dagen.⁷⁵ Het is interessant hierbij te vermelden dat de mate waarin iemand een beroep kan doen op mantelzorg, niet wordt meegenomen in de beoordeling of iemand ook toegang krijgt tot het publieke langdurigezorgsysteem.⁷⁶

Preventie

Om het zorgvolume te verlagen kan er tot slot ook worden ingezet op preventie. De overheid kan bijvoorbeeld investeren in het voorkomen dat mensen intensieve(re) langdurige zorg nodig hebben. Denk bijvoorbeeld aan op herstel gerichte revalidatieprogramma's. De Duitse regering heeft in 2008 een 'carrot-and-stick'-beleid geïntroduceerd om zorgverzekeraars te stimuleren langdurige zorggebruikers uit de verpleeghuizen te verplaatsen naar 'lower-care settings'.⁷⁷ Daarnaast heeft dit programma als doel zorgverzekeraars te laten investeren in de (geriatrische) revalidatie van ouderen.⁷⁸ Sinds 2008 krijgen verpleeghuizen een bonus van 1.536 euro als zij de zorgbehoefte van één bewoner kunnen verlagen.⁷⁹ De andere kant van deze medaille is dat zorgverzekeraars een boete krijgen als ze de revalidatie van deze cliënten weigeren te betalen. Voorheen bestonden er geen financiële prikkels om mensen via revalidatie uit het verpleeghuis te krijgen.⁸⁰

Denemarken zet in op preventie door mensen tijdig thuishulp te verlenen en zodoende het aantal ziekenhuisbezoeken te reduceren. Daarnaast wordt ingezet op herstelgerichte zorg ('reablement') om de vaardigheden van ouderen om zelfstandig te kunnen leven te verbeteren en te ondersteunen.⁸¹ Het idee is dat hiermee de vraag naar langdurige zorg wordt verminderd, met positieve gevolgen voor de kosten.⁸² De effectiviteit van dit programma is echter nog niet wetenschappelijk aangetoond.⁸³

73 Muir 2017; Mosca et al. 2017.

74 UK HM Government 2008.

75 Colombo et al. 2010.

76 Robertson et al. 2014.

77 Colombo et al. 2010.

78 Idem.

79 Rothgang 2010.

80 Idem.

81 World Health Organization Regional Office for Europe 2019; Rostgaard 2016.

82 Rostgaard 2016.

83 Legg et al. 2016.

Prijs

Kostenbeheersingsbeleid dat zich richt op het expliciet ‘verlagen’ en ‘reguleren’ van de kosten per plek in een verpleeghuis, lijkt bij de door ons onderzochte landen minder populair te zijn. Er is wel veel debat over de vraag of technologie (domotica, robotica, enzovoort) de ‘prijs’ van zorg kan verlagen, maar deze technologie staat in de praktijk nog steeds in de kinderschoenen.⁸⁴

Box 3.3 Technologie in de langdurige zorg

Technologie in de langdurige zorg kan worden ingezet om het zorgpersoneel te ondersteunen bij het leveren van zorg, maar technologie kan ook ouderen ondersteunen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen.⁸⁵ Het doel van technologie in de langdurige zorg is momenteel dus niet om de persoonlijke zorg zelf te vervangen. Technologie heeft in de toekomst niet alleen de potentie om de kosten te drukken, maar zeker ook om de personeelstekorten op te lossen.⁸⁶

Japan staat bekend om zijn open cultuur ten aanzien van het gebruik van robots.⁸⁷ Dit geldt ook voor de langdurige zorg, waar al wordt ingezet op robotica.⁸⁸ De Japanse overheid presenteerde in 2010 haar visie op de implementatie van ‘care robots’ en nam deze op als onderdeel van een bredere groeistrategie.⁸⁹ Ook in andere strategieën ziet de Japanse overheid technologische ontwikkelingen als een manier om de langdurige zorg duurzaam te organiseren.⁹⁰ Verschillende publieke subsidies kwamen beschikbaar om deze technologische ontwikkelingen te stimuleren.⁹¹

Het hanteren van de budgettaire kaasschaaf is daarentegen wel een strategie die vaak wordt toegepast om de ‘prijs’ van de langdurige zorg te verlagen. In Engeland moesten de gemeenten (‘local authorities’) sterk bezuinigen op de langdurige zorg door een serie van budgetkorting. Gemeenten hebben geprobeerd dit deels te verhalen door te besparen op andere begrotingsposten.⁹²

84 Mori et al. 2012.

85 Colombo et al. 2010.

86 Ishiguro 2018; Dethlefs en Martin 2006.

87 Schodt 1988.

88 Dethlefs en Martin 2006.

89 Ishiguro 2018.

90 Idem.

91 Idem.

92 ADASS 2018.

Desalniettemin kampen de verpleeghuizen met steeds lagere tarieven en hebben zij steeds meer moeite hun operationele kosten te dekken.⁹³ De verpleeghuizen zijn daardoor steeds afhankelijker van kruissubsidies en proberen daarom 'self-funders' aan te trekken. De tarieven van de 'self-funders' liggen gemiddeld ongeveer 43 procent hoger dan de vergoedingen door de gemeenten.⁹⁴ Japanse verpleeghuizen moeten zich eveneens conformeren aan door de lokale overheid opgelegde tarieven. Om deze zorgkosten te bedwingen verlaagde de (centrale) overheid in 2003 en 2006 de tarieven. Deze tariefverlaging had echter maar beperkte impact op de totale kosten aangezien het volume sterk bleef doorgroeien.⁹⁵ Daarnaast ondervond de Japanse overheid de moeilijkheid dat lagere tarieven voor verpleeghuizen doorwerken in de salarissen van de werknemers, waardoor de tekorten op de arbeidsmarkt alleen maar zouden toenemen.⁹⁶

Markt

Sommige landen hebben geprobeerd de kosten voor langdurige zorg te bedwingen door marktmechanismen te introduceren.⁹⁷ In de meeste landen ging dit via privatisering van zorgaanbieders en/of het stimuleren van allerlei private partijen om langdurige zorg aan te bieden.

Engeland is het meest klassieke voorbeeld. Al tijdens het bewind van Thatcher werd de langdurige zorg meer georganiseerd op basis van marktprincipes om zodoende de stijgende uitgaven te kunnen bedwingen.⁹⁸ Thatcher introduceerde competitie op prijs en kwaliteit van de langdurige zorg. Veel publieke verpleeghuizen zijn vervolgens geprivatiseerd en het aandeel van de private sector in de langdurige zorg groeide sterk. De overheid stimuleerde dit vanuit het idee dat private verpleeghuizen doelmatiger waren. Deze privatiseringen droegen inderdaad bij aan kostenreducties, maar hadden tegelijkertijd een negatieve impact op de kwaliteit van de zorg⁹⁹ en bij tijd en wijle ook op de financiële instabiliteit van de grote verpleeghuisketens.¹⁰⁰ Momenteel domineert de private (*for-profit*) verpleeghuissector, met een marktaandeel van 83 procent.¹⁰¹

93 CQC 2017.

94 CMA 2017.

95 Ikegami 2019.

96 Idem.

97 Bertelsen en Rostgaard 2013.

98 Player en Pollock 2001.

99 Forder en Allan 2014.

100 Harrington et al. 2017b.

101 CMA 2017.

Box 3.4 Winstgeoriënteerde verpleeghuizen en *private-equity*-partijen

Op basis van de internationale literatuur lijken *private (for-profit)* verpleeghuizen goedkoper langdurige zorg te kunnen leveren dan *non-profit*-verpleeghuizen; dit gaat echter wel ten koste van de kwaliteit van de zorg.¹⁰² Deze bevindingen komen voornamelijk uit de Verenigde Staten. De rol van de *private* sector kan echter erg verschillen tussen landen en dit kan weer invloed hebben op hoe zij presteren ten opzichte van de 'traditionele' sector.

In verschillende landen is er momenteel ook een toename van *private-equity*-investeerders in de verpleeghuiszorg waarneembaar.¹⁰³ Het voordeel is dat *private-equity*-bedrijven op korte termijn grote investeringen kunnen losmaken; het nadeel is dat ze financiële instabiliteit veroorzaken (lage solvabiliteit) bij verpleeghuisconcerns en de marktconcentratie vergroten.¹⁰⁴ Een bekend voorbeeld is Southern Cross, een grote *private-equity*-verpleeghuisketen in het Verenigd Koninkrijk, die 750 verpleeghuislocaties met 37.000 bewoners had.¹⁰⁵ Southern Cross kwam in 2011 ernstig in financiële problemen doordat de *private-equity*-partij de keten met schulden had gevuld en in stukjes had geknipt, om deze met winst te kunnen verkopen.¹⁰⁶

Door de introductie van een sociale verzekering voor langdurige zorg ontstond zowel in Japan als in Duitsland een nieuwe 'markt' voor (private) langdurige zorgaanbieders. De zorgaanbieders moesten nu met elkaar in competitie. In Duitsland zijn publieke, *non-profit*- en *for-profit*-verpleeghuizen door de komst van de 'Pflegesatzversicherung' op gelijke voet gesteld.¹⁰⁷ Dit heeft de *for-profit*-verpleeghuissector geen windeieren gelegd; deze is sindsdien sterk gegroeid.¹⁰⁸ In Japan lijkt meer competitie een positieve impact te hebben gehad op de keuzevrijheid van cliënten, terwijl tegelijkertijd de kostengroei lijkt te zijn beperkt.¹⁰⁹ Ook in de sterk op de publieke sector georiënteerde Deense langdurige zorg zijn in 1996 marktmechanismen geïntroduceerd. Financiering en zorgaanbod werden van elkaar gescheiden waardoor zorgaanbieders met

102 Bos et al. 2017.
 103 Harrington et al. 2017a; Bos 2020.
 104 Appelbaum en Batt 2020; Bos 2020.
 105 Scourfield 2011.
 106 Idem.
 107 Theobald et al. 2018.
 108 Theobald 2012.
 109 Colombo et al. 2010.

elkaar in competitie moesten – niet zozeer op prijs, maar voornamelijk op de kwaliteit van de zorg. Het ‘grotere’ idee achter deze Deense hervorming was om beter grip te krijgen op de toelatingseisen tot de publieke financiering en zo meer uniformiteit te creëren tussen regio’s.¹¹⁰ Daarnaast moest deze hervorming leiden tot meer efficiëntie.¹¹¹ In 2003 werd bovendien een wet doorgevoerd die vastlegde dat de Denen keuzevrijheid kregen tussen verschillende aanbieders in de thuiszorg. Hierdoor konden private aanbieders voortaan thuiszorg leveren.¹¹² Tot op heden is deze keuzevrijheid tussen private en publieke partijen er voor de verpleeghuissector nog niet. De private (commerciële) sector speelt ook maar een kleine rol bij het leveren van verpleeghuiszorg. Wel is in 2007 beleid geformuleerd om de gemeenten te stimuleren private partijen te contracteren; de gemeenten zijn echter niet verplicht om dit te doen.¹¹³ De private sector speelt ook een grote rol bij het leveren van additionele diensten – diensten die niet door publieke voorzieningen worden gedekt – zoals extra schoonmaakdiensten of zelfs extra tijd voor sociale contacten.¹¹⁴

3.4 Conclusie

De vier onderzochte landen kampen net als Nederland met het probleem dat de vraag naar langdurige zorg alsmaar toeneemt. Het beleid heeft in de regel de neiging om deze groei te beperken en te kanaliseren, en niet zozeer om de uitgaven aan de langdurige zorg te beperken. De hervorming van de langdurige zorg in ons land (2015) lijkt in die zin eerder een uitzondering te zijn. Andere landen hebben juist nieuwe financieringsbronnen voor langdurige zorg ontwikkeld. Dit geldt dan vooral voor de sociale verzekeringen in Duitsland en Japan. In Nederland bestond zo’n sociale verzekering al sinds 1967: de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Opvallend is wel dat beide landen daarbij, meer dan Nederland, de premie laten variëren afhankelijk van een aantal niet-inkomensgerelateerde persoonskenmerken. In Duitsland moeten werknemers zonder kinderen meer bijdragen; in Japan hangt de hoogte van de bijdrage af van de leeftijd. In Engeland en Denemarken hebben dit soort hervormingen niet plaatsgevonden. Hier moeten gemeenten de alsmaar stijgende vraag accommoderen. Wij hebben enige indicaties gevonden dat juist landen met een zorgsysteem dat sterk afhankelijk is van financiering door de staat (Engeland, Denemarken en in mindere mate Japan), relatief vaker de budgettaire kaasschaaf gebruiken om de kosten van de verpleeghuiszorg te beheersen. In alle landen zijn er inmiddels systemen van indicatiestelling, en restricties tot de toegang tot

¹¹⁰ Bertelsen en Rostgaard 2013.

¹¹¹ Idem.

¹¹² Idem.

¹¹³ Idem.

¹¹⁴ Idem.

publieke middelen lijken een grotere rol te krijgen. Hierbij wordt in het algemeen ook steeds meer gekeken naar de benodigde zorgzwaarte. Restricties die samenhangen met andere criteria (hoe lang heeft iemand premie betaald, kan iemand een beroep doen op mantelzorg, of heeft iemand een curatieve aandoening), spelen minder een rol.

Een andere bevinding is dat alle landen inzetten op (steeds meer) zelf betalen en dat deze private betalingen overal een (stuk) hoger liggen dan in Nederland. In geen van de landen komen de kosten voor levenshoud en wonen voor rekening van de publieke voorzieningen voor langdurige zorg. Met name in Engeland zijn de eigen betalingen bij verblijf in het verpleeghuis zo hoog dat middeninkomens en hogere inkomens hun verpleeghuiszorg (grotendeels) zelf moeten financieren; via kruissubsidies dragen ze daarnaast bij aan de tekorten die verpleeghuizen hebben op de publieke tarieven. In alle landen zijn de specifieke modellen voor eigen betalingen overigens sterk inkomensafhankelijk.

Om de langdurige zorg betaalbaar te houden zetten alle vier de landen voorts in op meer markt, op meer privatisering en op meer competitie. Aan de inkomstenkant is dit niet gelukt; nergens spelen private verzekeringen een substantiële rol bij het financieren van de kosten voor langdurige zorg. Dit ligt echter heel anders bij de aanbieders. In Engeland en Duitsland zijn substantiële delen van de verpleeghuissector geprivatiseerd. Dit heeft naar alle waarschijnlijkheid bijgedragen aan een kostenreductie, al maakt het overgrote deel van het beschikbare onderzoek ook duidelijk dat de kwaliteit van private en commerciële huizen achterblijft. Daarnaast spelen er problemen met de financiële stabiliteit en continuïteit van verpleeghuisketens. In Denemarken is dit type hervormingen overigens veel minder ver doorgevoerd.

Overal probeert de overheid ook het beroep op verpleeghuizen te beperken door langer thuis wonen te stimuleren of zelfs de intensieve verpleeghuiszorg middels revalidatie af te schalen (Duitsland). In Denemarken is dit het meest zichtbaar; de langdurige zorg is daar voor een groot deel thuiszorg. In Engeland en Duitsland gebeurt dit meer indirect, bijvoorbeeld door de persoonsgebonden financiering te verruimen, die in de praktijk bijna altijd thuis wordt geleverd. Dit soort regelingen is – net als in Nederland – erg populair. Een andere beleidsrichting om vooral het langer thuis wonen te stimuleren is het adequaat ondersteunen van mantelzorgers. Alle landen maken daar in meer of mindere mate werk van.

4. Kwaliteit en toegankelijkheid en personele houdbaarheid

*Hester van de Bovenkamp, Hugo Peeters, Hanna Stalenhoef,
Gijs Steinmann, Iris Wallenburg, Oemar van der Woerd*

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan we stil bij de kwaliteit en toegankelijkheid van de ouderenzorg in de vier onderzochte landen, waarbij personele houdbaarheid een centraal vraagstuk is. We richten ons op de belangrijkste thema's die uit de analyse naar voren zijn gekomen en die relevant zijn voor de discussie over de kwaliteit en toegankelijkheid van de ouderenzorg in Nederland. Dit zijn achtereenvolgens: toegankelijkheid tot de verpleeghuiszorg en ondersteunende zorgvoorzieningen, de conceptualisering en verschillende percepties van de kwaliteit van zorg, formele en informele zorgverlening, de sturing op de kwaliteit van zorg, en de verantwoording over de kwaliteit van zorg. Wat opvalt uit de analyse, is dat alle landen worstelen met dezelfde vraagstukken: hoe toegankelijkheid te waarborgen voor een groeiende groep ouderen en hoe de kosten in de hand te houden met dezelfde of minder financiële middelen; hoe te zorgen voor toegankelijkheid en kwaliteit bij een gebrek aan (hoger opgeleide) professionals en informele zorgverleners; en hoe niet alleen aandacht te besteden aan medische zorg maar ook aan welzijn of 'sociale zorg'. In de verschillende landen zijn er verschillende en soms tegengestelde ontwikkelingen om met deze vraagstukken om te gaan. We gaan hieronder nader in op deze thema's en illustreren deze met de inzichten uit de landenstudies.

4.2 Toegankelijkheid tot verpleeghuiszorg en ondersteunende zorgvoorzieningen

In alle vier de landen is de beleidstrend er een van 'langer thuis'. Deze trend is in Denemarken het verst doorgevoerd, met de nadruk op *community care* als alternatief voor geïnstitutionaliseerde zorg in verpleeghuizen.¹ Het principe van *ageing in place* is sinds 1980 dominant in het Deense ouderenzorgbeleid. Doel is om het voor ouderen mogelijk te maken zo lang mogelijk in de eigen gemeenschap te blijven wonen.² Deze beleidstrend heeft geresulteerd in een ruim aanbod aan ondersteunende voorzieningen voor ouderen: preventieve maatregelen, revalidatie, thuiszorg, woonfaciliteiten en maaltijd- en schoonmaakdiensten.³ Permanente thuiszorg heeft de voorkeur boven zorg en ondersteuning in een verpleeghuis.

¹ Poškutė en Greve 2017; Schulz 2010a.

² Rostgaard 2012.

³ Kvist 2018: 5.

Het universalistische karakter van de ouderenzorg richt zich daarmee vooral op thuiszorg en in mindere mate op zorg en ondersteuning in verpleeghuizen.

De recente geschiedenis van Japan verschilt van die van de andere drie landen. Onder de banner *From care by family to care by society* was de stelselwijziging van 2000 (de langdurige zorgverzekeringswet, *Kaigo Hoken Ho*) in eerste instantie gericht op het versterken van de intramurale zorg. Deze stelselwijziging had tot doel burgers zorg uit handen te nemen en tegemoet te komen aan een behoefte aan structurele faciliteiten voor langdurige zorg.⁴ Voor die tijd verbleven veel ouderen langdurig in het ziekenhuis, een fenomeen dat bekend staat als *social hospitalisation*. Naast de hoge kosten die dit met zich meebracht, waren de ziekenhuizen ook niet ingesteld op een langdurig verblijf.⁵ Na de introductie van de langdurige zorgverzekeringswet steeg de vraag naar verpleeghuiszorg en de bijhorende hoge zorgkosten in Japan met onvoorziene snelheid. Dit leidde tot hervormingen in de vorm van eigen bijdragen, meer preventie en langer thuis wonen.⁶ Ook wordt sinds 2015 meer nadruk gelegd op het verlenen van geïntegreerde zorg in de gemeenschap, waarbij de aandacht ook uitgaat naar preventie.⁷

In Denemarken wordt de nadruk op eigen regie aangeduid als ‘re-enabling’.⁸ De intentie is dat ouderen (met een beperking) zo lang mogelijk in de eigen omgeving kunnen verblijven. In een sterk gedecentraliseerde verzorgingsstaat zijn de 98 gemeenten leidend in de ouderenzorg.⁹ In lijn met deze ontwikkeling is in afgelopen decennia het aanbod aan traditionele verpleeghuizen afgeschaald.¹⁰ Als alternatief zijn meer servicegerichte accommodaties ontwikkeld voor ouderen in nabijheid van de al bestaande verpleeghuizen om personeel, faciliteiten en voorzieningen – zoals thuiszorg en medische zorg – efficiënt in te kunnen zetten.¹¹ Om ziekenhuisopnames van ouderen te voorkomen worden tweejaarlijks preventieve bezoeken gebracht aan ouderen (75 jaar of ouder) thuis, waarin de functionele, psychologische, medische en sociale uitdagingen rondom een oudere in kaart worden gebracht.¹² Een casemanager in dienst van de gemeente voert deze huisbezoeken uit en ondersteunt de ouderen om het zelfstandig thuis wonen mogelijk te maken.

4 Yong en Saito 2012.

5 Joshua 2017.

6 Ikegami 2019.

7 Saito et al. 2019.

8 Olejaz et al. 2012.

9 Kvist 2018.

10 Schulz 2010a.

11 Vrangbæk 2020.

12 Schulz 2010a.

Kostenoverwegingen spelen een belangrijke rol bij de nadruk op het langer thuis wonen. De toegankelijkheid tot de verpleeghuiszorg is, met deze focus, in alle landen afgenomen. Dit is duidelijk terug te zien in Duitsland. Bij de introductie van de verplichte zorgverzekering voor langdurige zorg in 1995 is gekozen voor een relatief hoge eigen bijdrage voor de verpleeghuiszorg.¹³ Doordat uitkeringen uit het ziekenfonds waarmee de verpleeghuiszorg wordt gefinancierd sinds 2008 niet zijn meegestegen met de lonen in de zorg en met de inflatie (zie ook hoofdstuk 3), dekt de langdurigezorgverzekering naar schatting nog maar ongeveer de helft van de kosten.¹⁴ Voor groepen ouderen vanaf een bepaald (door Medische Adviesraden bepaald) niveau van hulpbehoefvendheid springt de gemeente hier financieel bij.¹⁵ Dit geldt voor ongeveer 30 procent van de ouderen in verpleeghuizen (interview Rothgang). Groepen die zelfredzaam genoeg worden geacht, ervaren hierdoor echter een groeiende financiële barrière bij de toegang tot de verpleeghuiszorg, met als gevolg een groeiende markt voor hulp in het huishouden op de zogeheten 'grijze markt' (zie verder hieronder).¹⁶ Een expert die we spraken, noemt ook een tweede barrière voor de toegankelijkheid van de verpleeghuiszorg in Duitsland. Deze heeft te maken met de uitbetalingen voor mantelzorg die Duitse families ontvangen. Wanneer een oudere een plaats krijgt in een verpleeghuis, verliest de familie niet alleen aanzienlijke uitbetalingen uit het ziekenfonds, maar gaat ook het eigen vermogen van de oudere op aan de eigen bijdrage voor het verpleeghuis. Het komt voor dat ouderen om die reden een barrière ervaren om een verpleeghuis te betrekken (interview Rothgang).

De toegankelijkheid van de ouderenzorg in het kader van 'langer thuis' hangt samen met de mate waarin ouderen thuis zorg ontvangen. Deze ondersteuning is in de onderzochte landen in verschillende mate aanwezig. Het sterk universalistische karakter van de langdurige zorg in Denemarken, met een ruim aanbod aan ondersteuningsvoorzieningen voor ouderen, heeft volgens critici geresulteerd in hoge overheidsuitgaven.¹⁷ Door het toenemende aantal ouderen staat de 'brede verzorgingsstaat', en daarmee de toegankelijkheid van zorg, onder druk. Dit probleem speelt het meest in de rurale gebieden in Denemarken, waar een toenemend tekort aan huisartsen bestaat, terwijl het aantal ziekenhuisbedden daar is afgeschaald.¹⁸

13 Nadash et al. 2018.

14 Götze en Rothgang 2013; Blümel en Busse 2017; Nadash en Cuellar 2017.

15 Deze ontwikkeling is opmerkelijk, aangezien het systeem in 1995 juist werd opgericht om de fiscale druk op de gemeenten te verlichten. Zie Nadash en Cuellar 2017.

16 Theobald 2012; Nadash et al. 2018; Theobald en Luppi 2018.

17 Burau en Dahl 2013.

18 OESO 2019b.

In Engeland heeft het beleid om ouderen zo veel en zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen resultaat geboekt, maar hierbij moeten wel de nodige kanttekeningen worden geplaatst. Alhoewel het aantal bedden in de verpleeghuizen aanzienlijk is afgenomen, en tegelijkertijd het aantal thuiszorgdiensten sterk is toegenomen¹⁹, is er ook een trend zichtbaar waarbij steeds minder ouderen publiekelijk gefinancierde zorg krijgen.²⁰ Deze trend is bij uitstek zichtbaar in de thuiszorg. Daar is tussen 2009 en 2014 het aantal ouderen dat op door de staat gefinancierde thuiszorg kon rekenen, afgenomen met 30 procent (tegenover 4 procent minder in woonzorgcentra en 6 procent minder in verpleeghuizen).²¹ Steeds meer Engelse ouderen wonen langer zelfstandig, maar steeds minder Engelse ouderen krijgen hun thuiszorg vergoed.

De toegankelijkheid van de zorg wordt verder bepaald door de criteria aan de hand waarvan het recht op zorg wordt bepaald. Waar er in bijvoorbeeld Denemarken, Japan en Duitsland ruime toegang bestaat tot de zorg, leidt het deels publiek, deels privaat gefinancierde systeem in Engeland tot toegankelijkheidsproblemen voor de bevolkingsgroepen die tussen beide systemen vallen.²² In de afgelopen jaren zijn deze problemen verergerd, vooral doordat de bezuinigingsmaatregelen die de centrale overheid doorvoerde de toegankelijkheid van de publieke ouderenzorg in toenemende mate beknellen.²³ Dit, in combinatie met arbeidsmarktproblemen, zorgt ervoor dat een grote groep ouderen verstoeken blijft van hulp die ze wel nodig hebben.²⁴ Bovendien heeft dit tot gevolg dat deze ouderen vaker in het ziekenhuis worden opgenomen, wat leidt tot een ‘verkeerdebeddenproblematiek’.

Wat betreft de toegankelijkheidscriteria springt het voorbeeld van de verbreding van de definitie van ‘zorgbehoevend’ in Duitsland in het oog.²⁵ Tot 2017 werd de toegang tot de zorg hier bepaald aan de hand van fysieke belemmeringen op het gebied van persoonlijke hygiëne, mobiliteit, voeding en huishouding. Een steeds grotere groep dementerende ouderen had hiermee beperkte toegang tot thuishulp. De definitie werd in 2017, na een periode van aanzwellende kritiek, aangepast met een wetswijziging, waarbij zorgbehoevendheid werd gedefinieerd aan de hand van zelfredzaamheid op meer uiteenlopende levensgebieden.²⁶ Hierbij werd meer belang toegekend aan cognitieve factoren.

19 CQC 2019.

20 Humphries et al. 2016.

21 Humphries et al. 2016.

22 Iparraguirre 2020.

23 Humphries et al. 2016; Baxter et al. 2020; AgeUK, 2019b.

24 AgeUK 2019b; Vlachantoni 2019; Pickard 2015; Humphries et al. 2016.

25 Schulz 2012; Nadash et al. 2018; Vanella et al. 2020.

26 Büscher et al. 2011.

Deze wijziging van de toegankelijkheidscriteria had een dramatische toename tot gevolg van het aantal ouderen dat aanspraak maakt op langdurige zorg: tussen 2016 en 2017 groeide deze groep met ongeveer 20 procent, van respectievelijk 2,7 naar 3,3 miljoen ouderen.²⁷

In Japan doet zich een heel ander soort problematiek rondom toegankelijkheid voor. Een van de voornaamste redenen voor de implementatie van de langdurigezorgverzekeringswet in Japan was het verruimen van de toegang tot de formele zorg. Het vorige systeem was enkel gericht op ouderen met een laag inkomen. Dit resulteerde niet alleen in een beperkte beschikbaarheid, maar ook in een stigma van de ouderen die gebruik maakten van deze diensten.²⁸ In het huidige systeem komen alle Japanners boven de 65 jaar in aanmerking voor vergoedingen voor de langdurige zorg, ongeacht het inkomen of de beschikbare informele zorg. De hoeveelheid steun waarop zij aanspraak kunnen maken, vergelijkbaar met de Nederlandse zorgzwaartepakketten, wordt bepaald op basis van een gestandaardiseerde enquête.²⁹ Deze enquête geeft een initieel oordeel over de fysieke en mentale gesteldheid van een oudere en de bijbehorende zorgvraag. Indien noodzakelijk gevonden (ongeveer 30 procent van de casus) past een comité van medische professionals, op aangeven van de huisarts, dit automatische oordeel aan om zo een gelijke toegang tot langdurige zorg te borgen.³⁰

De toegankelijkheid tot de langdurige zorg kan echter per gebied verschillen. In Denemarken en Duitsland zijn er vooral problemen met het leveren van ouderenzorg in landelijke of afgelegen gebieden.³¹ Zo neemt het risico toe dat regionale variëteit leidt tot ongewenste verschillen in termen van toegankelijkheid en kwaliteit van zorg. In Engeland speelt dit probleem vooral in lage-inkomensgebieden, waar veel ouderen met relatief beperkte financiële middelen in aanmerking komen voor publieke ouderenzorg. Dit zorgt voor financiële problemen bij de gemeenten in kwestie, en bij zorgorganisaties omdat zij hun financiën niet kunnen compenseren met ouderen die hun zorg zelf betalen – vaak tegen hogere tarieven (voor meer informatie zie hoofdstuk 3).³² In Japan worden gemeenten met een hoog aantal hulpbehoevende ouderen ondersteund door fondsen van de landelijke overheid.

27 OESO/European Observatory on Health Systems and Policies 2019b.

28 Yong en Saito 2012.

29 Joshua 2017.

30 Tsutsui en Muramatsu 2005.

31 OESO/European Observatory on Health Systems and Policies 2019a; Kuppler en Wagner 2020.

32 Baxter et al. 2020; Humphries et al. 2016.

4.3 Verbinden van zorg en welzijn

In verschillende landen staat naast medische zorg aandacht voor het welzijn van ouderen op de agenda. Kwaliteit van zorg wordt daarmee breder geïnterpreteerd dan medische zorg alleen; ze behelst ook zaken zoals het tegengaan van eenzaamheid, de betrokkenheid van ouderen in actieve leefgemeenschappen en de inbedding van de stem van ouderen in de beleidsvorming op lokaal niveau (zie hieronder).³³ Dit laatste wordt in Denemarken omschreven als een belangrijke ontwikkeling om de democratische vertegenwoordiging van (kwetsbare) ouderen te borgen in de beleidsvorming.³⁴ Ook in Duitsland is er veel aandacht voor de verbinding tussen zorg en welzijn. Dit komt naar voren in de eerdergenoemde wijziging van criteria voor zorgbehoefte, waarin sociale en emotionele behoeften een sterker gewicht krijgen toegekend, maar ook in de ontplooiing van langetermijnzorgcentra, die als doel hebben samenwerking te faciliteren tussen partijen uit de gemeenschap, zorgverleners en het sociaal domein.

In Japan vallen welzijnswerk, ondersteuning en langdurige zorg onder dezelfde wet. De laatste jaren stuurt de overheid meer op het versterken van lokale gemeenschappen, het anders inrichten van de steden, preventiegericht gezondheidsprogramma's zoals sportclubs en dieetprogramma's.³⁵

Het integreren van gezondheidszorg en 'social care', plus het bevorderen van het algemene welzijn van ouderen, wordt in Engeland al jarenlang benadrukt. Desondanks blijkt het in de praktijk moeilijk om deze doelen te verwezenlijken. Regionale experimenten geven her en der hoopvolle signalen (zoals het Greater Manchester-initiatief), maar structurele financiering en institutionele inbedding zijn het grote probleem als het erom gaat geïntegreerde zorg te realiseren.

³³ Vrangbæk 2020.

³⁴ Idem.

³⁵ Cabinet Office Government of Japan 2018.

Box 4.1 Greater Manchester

Het *Greater Manchester Health and Social Care Partnership* is een regionale samenwerking van meerdere zorgaanbieders, tien lokale autoriteiten en andere stakeholders. Doel is de gezondheid en het welzijn binnen de stadsregio te verbeteren – met name door zorg en welzijn te integreren. Al heeft het samenwerkingsverband hiervoor extra fondsen kunnen werven, toch blijft de financiering van zorg en welzijn ook in dit verband een heikel punt. Het Manchester-project laat zien hoe de integratie van zorg en welzijn in Engeland kan worden bevorderd. Ondanks de potentiële effecten op de efficiëntie en de toegankelijkheid van de zorg, laat dit experiment ook zien dat integratie niet makkelijk van de grond komt vanwege organisatorische belangen. Bovendien is het relatief duur.³⁶

Ook in Denemarken staat welzijn al lange tijd op de beleidsagenda. Gemeenten zijn hier verantwoordelijk voor een breed palet aan zorg, waaronder ondersteunende diensten om ouderen zo lang mogelijk thuis te laten wonen. Om deze diensten beter op elkaar af te stemmen werken de gemeenten aan meer integratie ervan; gezamenlijke administratie, budgetten, heldere communicatieprocedures, het betrekken van ouderen en naasten en de verdere professionalisering van zorgverleners zijn hier onderdeel van.³⁷ Als gevolg van de gedecentraliseerde beleidsruimte die de landelijke overheid gemeenten biedt, zijn er echter onwenselijke verschillen ontstaan in het zorg- en welzijnsaanbod.³⁸ Gemeenten ontwikkelen eigen kwaliteitsstandaarden waarin zij beschrijven welke ondersteunende diensten voor welk type cliënt ('de indicatie') beschikbaar is. Dit heeft geleid tot een roep om meer centrale sturing bij het ontwikkelen van landelijke kwaliteitsstandaarden. Onderliggend probleem is dat het meten van de kwaliteit van zorg als complex wordt gezien; wat 'goede' zorg is, of wat acceptabele of 'goede' verschillen zijn, blijkt lastig te definiëren.

Ook in Duitsland is de afgelopen decennia meer aandacht gekomen voor integratie en netwerksamenwerking tussen partijen in de langdurige zorg. Het gaat hierbij om het reguliere ziekenfonds en het sociaal domein. Doel is om de zelfredzaamheid van ouderen met een zorgvraag te herstellen via zogenoemde 'rehabilitatie', en zo de intrede in de thuis- of verpleeghuiszorg zo lang mogelijk

36

Walshe et al. 2018.

37

Rudkjøbing et al. 2012.

38

Rostgaard 2012.

uit te stellen.³⁹ Een al eerdergenoemde wetswijziging uit 2008 voorziet hierin door zorgverzekeraars ertoe te verplichten (op verzoek van deelstaten) langetermijnzorgcentra op te richten. Binnen deze centra worden verschillende vormen van zorg en welzijn onder één dak samengebracht, waarbij wordt gezocht naar samenwerking met lokale vrijwilligersorganisaties of zelfhulpgroepen. De centra dienen tegelijk als basis voor verpleegkundige casemanagers, die individuele zorgvragers adviseren over passende zorg en een persoonlijk behandelplan opstellen. Sinds 2009 heeft iedere zorgvrager wettelijk recht op een persoonlijk advies van een casemanager werkzaam bij een langdurige zorgverzekeraar.⁴⁰ Daarnaast is er ook binnen het ziekenhuis steeds meer aandacht voor de coördinatie tussen ziekenhuiszorg en het sociaal domein. Speciaal hiervoor in het ziekenhuis aangestelde adviseurs onderzoeken hoe ontslag vanuit het ziekenhuis naar revalidatie-, thuis- of verpleeghuiszorg beter kan worden georganiseerd.⁴¹

4.4 Wie moet de zorg leveren? Tekort aan formele en informele zorgverleners

In de onderzochte landen is aan de aanbodkant een tekort waarneembaar aan zowel formele als informele zorg. De beweging naar 'langer thuis' gaat vaak samen met een grotere nadruk op de informele zorg, maar de mogelijkheden daartoe zijn in de praktijk veelal beperkt doordat er een tekort is aan informele zorgverleners. Het tekort hangt samen met demografische verandering: 'de vergrijzing', een gemiddeld lager aantal kinderen per huishouden, en culturele en geografische ontwikkelingen zoals meer tweeverdieners en urbanisatie. Het Duitse stelsel van langdurige zorgverzekering heeft de verantwoordelijkheid voor de ouderenzorg willen verdelen tussen het individu en de samenleving door slechts een deel van de nodige zorg te vergoeden vanuit de langdurigezorgverzekering, waarbij de familie de rest van de zorg op zich dient te nemen. In Japan was de verminderde beschikbaarheid van familieleden als mantelzorger juist een reden om te investeren in de formele zorg. Landen vinden dus verschillende manieren om met deze schaarste om te gaan.

Het tekort aan gekwalificeerde ouderenverzorgers in Duitsland is hoog. Voor elke opgeleide ouderenverzorger staan er volgens een geïnterviewde expert op dit moment maar liefst vijf open vacatures. In de dagelijkse realiteit van de verpleeghuizen worden veel taken op dit moment daarom overgenomen door ondersteunend personeel dat hiervoor niet is opgeleid (interview Rothgang). Tegelijkertijd zijn in Duitsland de vergoedingen voor mantelzorg, thuiszorg en verpleeghuiszorg steeds minder toereikend geworden doordat deze

39

Schulz 2010b; Schulz 2012.

40

Federal Ministry of Health Germany 2018.

41

Schulz 2010b.

achterbleven bij de stijgende lonen en de inflatie.⁴² In combinatie met een krimp van de groep mantelzorgers heeft dit geleid tot een groeiende private markt voor in- en uitwonende thuishulp.⁴³ In een onderzoek uit 2017 is de schatting dat van de groep ouderen die *buiten* het stelsel om thuiszorg ontvangt, 35 procent gebruik maakt van uitwonende hulp in de huishouding, terwijl 11 procent – een groep van vermogende, zeer kwetsbare ouderen – gebruik maakt van 24-uurs inwonende hulp door migranten uit voornamelijk Oost-Europese landen.⁴⁴ Hierbij maken private uitzendbureaus gebruik van Europese regels rondom het vrije verkeer van diensten om arbeid aan te bieden die beneden de standaard van de Duitse arbeidsmarktwetgeving ligt. Daarnaast zijn er indicaties van inzet van volledig ongedocumenteerde arbeid door arbeidsmigranten. Lutz en Palenga-Möllnbeck stellen dat de Duitse overheid dit type arbeid uit pragmatische overwegingen door de vingers ziet; zij spreken van een ‘publiek geheim’.⁴⁵ Noch op deze zorg noch op de arbeidsomstandigheden van deze werknemers is er toezicht. Door de grote vraag naar zorg en het tekort aan zorgverleners worden deze praktijken gedoogd. Dit geldt met name voor de rurale gebieden, waar de nood het hoogst is.

In vergelijking met de andere landen kent Japan een groter percentage informele zorg, mede ingegeven door de traditie van intergenerationele huishoudens. Dit potentieel is echter niet voldoende en neemt bovendien steeds verder af door veranderende sociale waarden en familiestructuren, en een toenemende arbeidsparticipatie door vrouwen. Zorgprofessionals hebben een lage status en worden weinig betaald. Japan heeft op dit moment een dringend tekort aan zorgprofessionals, dat met de toekomstige vergrijzing alleen nog maar groter zal worden.⁴⁶ Het toestaan van immigratie is een gevoelig thema, en de conservatieve Japanse politiek omarmt technologische innovatie graag als een alternatief.⁴⁷ Experts stellen echter dat technologische oplossingen alleen niet toereikend zijn, en het feit dat het conservatieve Japan sinds vorig jaar permanente verblijfsvergunningen aanbiedt aan zorgprofessionals getuigt van het tekort. Van toekomstige immigranten wordt verwacht dat zij op hoog niveau Japans spreken, en het Japanse *care professional*-diploma behalen voordat ze aan het werk kunnen (interview Ikegami).

42 Rothgang 2010; Nadash et al. 2018; Götze en Rothgang 2013.

43 Theobald en Luppi 2018.

44 Hielscher et al. 2017.

45 Lutz en Palenga-Möllnbeck 2010.

46 Wright 2019.

47 Robertson 2014

In Denemarken, waar de nadruk ligt op de rol van de gemeenschap, kunnen naasten van een (ernstig) zieke burger voor maximaal negen maanden betaald verlof krijgen om ondersteuning te verlenen.⁴⁸ Deze negen maanden mogen worden verdeeld tussen meerdere naasten. Onder bijzondere omstandigheden is het mogelijk om als informele zorgverlener voor maximaal zes maanden bekostigd te worden door de gemeente.⁴⁹ In Duitsland is dit sinds 2017 zes maanden fulltime en 24 maanden parttime.⁵⁰

Ook de langdurige zorg in Engeland kampt met arbeidsmarktproblemen. Naast een tekort aan zorgverleners en een hoog personeelsverloop bij de professionele instellingen, is er door de ‘versnelde vergrijzing’ ook hier een groeiend tekort aan informele zorgverleners. Dit terwijl de ouderen juist in toenemende mate afhankelijk zijn van deze informele, onbetaalde zorg (veelal verleend door een familielid). De terugtrekking van het Verenigd Koninkrijk uit de Europese Unie (EU) dreigt de huidige problematiek rond de professionele zorgverlening te verergeren. Naast de mogelijk negatieve economische gevolgen voor de publieke financiering van langdurige en sociale zorg, is er ook grote onzekerheid over de toekomst van arbeidsmigranten uit de EU, die gezamenlijk 5,2 procent vormen van de zorgprofessionals in de langdurige zorg.⁵¹ Opvallend voor het huidige beleidskader in Engeland is het grote gebrek aan een coherente strategie om de capaciteit van het zorgpersoneel in de langdurige zorg te verbeteren.⁵²

4.5 Sturing op kwaliteit: een pendelbeweging tussen centralisatie en decentralisatie

Om te sturen op kwaliteit en toegankelijkheid kan worden gekozen voor verschillende ordeningsprincipes. In Duitsland vindt de sturing plaats op centraal niveau, terwijl in Denemarken, Duitsland en Japan de gemeenten het voortouw nemen. Alle landen kennen echter in meer of mindere mate een gelaagd systeem. Bovendien maken alle landen in meer of mindere mate een pendelbeweging tussen centraliseren en decentraliseren. Het bewegen tussen centraal en decentraal lijkt een permanente zoektocht.

In Denemarken is de ouderenzorg belegd op lokaal niveau en zijn gemeenten de centrale speler geworden.⁵³ Deze indeling is niet zonder kritiek. Zo wordt er kritisch gekeken naar de verschillen die hierdoor ontstaan. Bovendien groeien de zorgtaken de lokale autoriteiten deels boven het hoofd (interview Greve).

48 Vrangbæk 2020.

49 Schulz 2010a.

50 Nadash en Cuellar 2017: 5.

51 Humphries et al. 2016.

52 Idem.

53 Rostgaard 2012.

Als reactie hierop zijn 21 regionale zorggezelschappen opgericht die de samenwerking tussen ziekenhuizen, gemeenten en zorgverleners moeten versterken. Op nationaal niveau worden kwaliteitsprogramma's geïnitieerd om de competenties van zorgverleners in de ouderenzorg te versterken en meer samenhang, nabijheid en kwaliteit te bewerkstelligen.⁵⁴

In Duitsland vond een verschuiving plaats van decentraal naar centraal, om de gemeenten te ontlasten. Tot de introductie van een universele langdurigezorgverzekering in 1995 waren de kosten voor langdurige zorg de verantwoordelijkheid van de individuele burger. Gemeenten en liefdadigheidsinstellingen waren verantwoordelijk voor ouderen die deze zorg niet zelf konden financieren.⁵⁵ Naarmate deze groep door toedoen van de vergrijzing groter werd, werden de gemeenten financieel steeds zwaarder belast. Politieke druk vanuit de gemeenten was een van de belangrijkste redenen om in 1995 een op nationaal niveau georganiseerd langdurig ziekenfonds in te voeren.⁵⁶ Het systeem wordt gekenmerkt door een gedeelde sturing met een hoge mate van centralisatie: ziekenfondsen, de federale overheid en Medische Adviesraden, die op landelijk niveau professionele normen voor langdurige zorg ontwikkelen en handhaven (zie verder hieronder).

In Japan zijn het alle drie de overheidslagen die de verantwoordelijkheid voor de langdurende zorg dragen. De landelijke overheid maakt het beleid, bepaalt de zorgtarieven en de kwaliteitsstandaarden en houdt toezicht op de uitvoering van deze richtlijnen in lokale programma's. De prefecturen certificeren en inspecteren de zorginstellingen. De gemeenten ten slotte voeren de programma's uit. Zij dragen zorg voor het plannen en uitvoeren van zorg- en welzijnsprogramma's, en treden op als verzekeraars in de *long term care insurance* (langdurigezorgverzekering, LTCI).⁵⁷ Japan kan daarmee gekarakteriseerd worden als een gedecentraliseerd maar tegelijkertijd gecentraliseerd systeem.

Het Engelse langdurigezorgsysteem is, zeker in verhouding tot de centrale rol van de National Health Service bij de gezondheidszorg, sterk gedecentraliseerd. Het zijn de 152 lokale autoriteiten die verantwoordelijk zijn voor de langdurige zorg. Hun rol is vooral gericht op het toewijzen van publiekelijk gefinancierde zorgbudgetten per zorgvrager, door middel van gestandaardiseerde evaluaties van enerzijds de financiële middelen en anderzijds de zorgbehoeften van ouderen die aanspraak willen maken op overheidsfinanciering. Alhoewel de

54
55
56
57

Kvist 2018.
Götze en Rothgang 2013.
Nadash et al. 2018.
Wiener et al. 2007.

centrale overheid deze standaarden wettelijk heeft vastgelegd, komt het er in de praktijk op neer dat de lokale autoriteiten – geconfronteerd met centrale bezuinigingsmaatregelen – zich genoodzaakt zien zich enkel te richten op diegenen met de meest vergaande en urgente zorgbehoeften, en anderen aan te moedigen zelfstandig te zijn.⁵⁸

4.6 Kwaliteitsverantwoording

De vier onderzochte landen organiseren de verantwoording over de kwaliteit van zorg op verschillende manieren. Die verantwoording heeft zowel betrekking op wie er toezicht houdt, als op hoe dat toezicht eruit ziet, en op wie er toezicht wordt gehouden.

In Denemarken zijn toezicht en verantwoording belegd op verschillende sturingsniveaus, met de nadruk op het de-institutionaliseren van de zorg.⁵⁹ Het algemeen toezicht, waaronder de beheersing van zorguitgaven, is belegd bij de landelijke autoriteiten.⁶⁰ Gemeenten dienen de kwaliteit in de gaten te houden; dit gebeurt door middel van toezicht door de gemeenteraad en zogenoemd ‘kwaliteitsonderzoek’ bij burgers. Onder de noemer van ‘Sociaal Toezicht’, een toezichtsprogramma dat is ondergebracht bij gemeenten, worden woongroepen op jaarlijkse basis gecontroleerd. De toezichthouders zelf zijn echter niet in dienst van de gemeente (gemeenten bleken immers niet in staat dit toezicht zelf te organiseren) (interview Greve). De gemeenten worden op hun beurt getoetst vanuit de landelijke overheid. De verschillende sturingslagen (nationaal, regionaal en gemeenten) spelen alle een rol bij het nationale kwaliteitsprogramma van de gezondheidszorg (The Danish Healthcare Quality Programma, DDKM). In dit programma worden de competenties van zorgprofessionals gemonitord in plaats van dat meer regels en benodigde administratieve registraties worden ingevoerd. Een verhoogde betrokkenheid van de patiënt is een expliciete doelstelling, die in de praktijk wordt gebracht door patiëntenverenigingen te betrekken.⁶¹ In vergelijking met andere landen is het opvallend dat Denemarken expliciet stuurt op de betrokkenheid van ouderen bij beleidsvorming (zie box 4.2).

⁵⁸ Humphries et al. 2016; Baxter et al. 2020; Vlachantoni 2019; Mortimer en Green 2016.

⁵⁹ Daatland et al. 2015.

⁶⁰ Poškutė en Greve 2017.

⁶¹ Vrangbæk 2020.

Box 4.2 Ouderenraden in Denemarken

Lokale ouderenraden zijn in vergelijking met andere landen een onderscheidende vorm van democratische verantwoording in de beleidsvorming.⁶² Waar de gemeenteraad de ouderenraad actief dient te informeren over beleidsthema's in de ouderenzorg, adviseren de ouderenraden over kwesties in die zorg. De ouderenraden worden voor vier jaar gekozen. Burgers mogen zich verkiesbaar stellen indien zij ouder zijn dan 60 jaar. Zoals het zorgaanbod verschilt tussen de 98 Deense gemeenten, zo verschillen ook de ouderenraden per gemeente van elkaar in organisatie en samenstelling.

Het Japanse systeem voor toezicht op en verantwoording van de kwaliteit van zorg concentreert zich vooral op de training en certificering van medewerkers. Tijdens inspectiebezoeken gaat de aandacht vooral uit naar formele criteria, zoals de aanwezigheid van het aantal gecertificeerde medewerkers, financiën en het voldoen aan wettelijke verplichtingen. Buiten deze formele inspectiebezoeken vertrouwt de Japanse overheid op *soft power mechanisms*, zoals bijeenkomsten voor zorgorganisaties georganiseerd door de gemeenten, de observaties van *care managers* en het uitwisselen van *best practices*.⁶³ Ook is de reputatie van zorginstellingen van groot belang bij het kiezen van een zorgverlener.

In Engeland is *The Care Quality Commission* (CQC) verantwoordelijk voor het toezicht op de kwaliteit van zorg. In 2013 heeft deze commissie een nieuw systeem geïntroduceerd: waar voorheen ouderenzorginstellingen werden geïnspecteerd op basis van 'minimale standaarden', worden daar nu meetinstrumenten en *benchmarks* voor ingezet. Gestandaardiseerde vragenlijsten zijn hierbij leidend. In aanvulling daarop wordt gebruik gemaakt van de zogenoemde 'mum-test', waarbij de betreffende inspecteur zich moet afvragen of hij of zij een geliefd familielid in de instelling zou willen laten opnemen.⁶⁴ Dit maakt dat er in het toezicht ook andere informatie wordt gebruikt dan de veel bediscussieerde 'vinklijstjes'.

In Duitsland bestaat er een gedeeld toezicht door ziekenfondsen, zorgverleners en medische adviesraden.⁶⁵ Ziekenfondsen mogen alleen contracten met zorg-

62 Vrangbæk 2020.

63 Wiener 2009.

64 Towers et al. 2019.

65 Schulz 2010b; Busse en Blümel 2014; OESO/European Observatory on Health Systems and Policies 2019b.

aanbieders afsluiten wanneer deze gebruik maken van professioneel ontwikkelde zorgstandaarden en een intern kwaliteitsmanagementsysteem. Ze zijn daarnaast verplicht om in langdurige zorgcentra (of andere zorglocaties) advies te organiseren voor (gesubsidieerde) mantelzorgers en training voor mantelzorgers en vrijwilligers (zie box 4.3). Verpleeghuizen en thuiszorginstanties zijn verplicht om een intern kwaliteitsmanagementsysteem in te voeren en beroepsstandaarden toe te passen. De uitkomsten van de kwaliteitscontroles moeten in begrijpelijke taal op een zichtbaar platform worden gepubliceerd. Deze data worden verzameld en overzichtelijk weergegeven op een publiek toegankelijke website. Ten slotte zijn de Medische Adviesraden verantwoordelijk voor het ontwikkelen van professionele standaarden voor verschillende zorgstandaarden en het uitvoeren van inspecties. Sinds 2011 zijn deze medische adviesraden verplicht om *alle* zorgaanbieders jaarlijks onaangekondigd te inspecteren.

Box 4.3 Kwaliteitssturing op informele zorg in Duitsland

Kwaliteitssturing vindt vaak plaats binnen verpleeg- en thuiszorginstanties. Opvallend is dat in Duitsland ook wordt gestuurd op de kwaliteit van mantelzorg. Mantelzorgers die een financiële bijdrage ontvangen vanuit het ziekenfonds zijn, afhankelijk van de zorgzwaarte van de ontvanger, verplicht ieder half jaar of kwartaal een gesprek aan te gaan met een zorgadviseur of een expert van het langdurig ziekenfonds.⁶⁶ Deze gesprekken zijn enerzijds bedoeld om mantelzorgers te ondersteunen met advies, maar hebben ook als doel om te controleren of de mantelzorg van voldoende kwaliteit is. Over de jaren is de adviesfunctie echter steeds sterker geworden, zodat er inmiddels niet meer wordt gesproken van een 'controle,' maar van een 'consult'. Bij het publiek bestaat weinig weerstand tegen deze vorm van informele sturing.

4.7 Conclusie

In dit hoofdstuk stond de kwaliteit van de ouderenzorg in de vier landen centraal. Uit het onderzoek kwamen vijf thema's in relatie tot kwaliteit naar voren: toegankelijkheid, verbinden van zorg en welzijn, de samenhang tussen formele en informele zorg, de beweging tussen centralisatie en decentralisatie, en kwaliteitsverantwoording. Uit de analyse blijkt dat landen permanent op zoek zijn naar manieren om de zorg toegankelijk te laten zijn binnen de aanwezige maatschappelijke en financiële kaders. Meest opvallend hierbij is de Japanse casus, waarbij de overheid pas relatief recent de weg is ingeslagen naar intramurale zorg om de kwaliteit van zorg voor en de kwaliteit van leven van ouderen te verbeteren, maar al snel aanliep tegen financiële grenzen. Langer thuis, waarbij aandacht is voor zowel medische als sociale ondersteuning door professionals en mantelzorgers, is nu in alle landen een ideaal, zowel vanuit het oogpunt van kwaliteit als vanuit het oogpunt van de toegankelijkheid van zorg. Bij de sturing op kwaliteit zijn pendelbewegingen waarneembaar tussen een nadruk op centraal en een nadruk op decentraal, maar alle landen kennen een gelaagd stelsel. De beroepsbevolking neemt in alle landen af, en dit knelt vooral in de rurale gebieden. De informele zorg, die past binnen het ordeningsprincipe van decentralisatie en langer thuis, is niet toereikend. Dit laat vooral de Duitse casus zien, waar inwoners in de informele zorg vaker gebruik maken van arbeidsmigranten. Ook als het gaat om verantwoording is een zoektocht gaande en zijn meerdere actoren betrokken bij het toezicht op de kwaliteit. Daarbij laten de informele zorg en de verbreding van de kwaliteit van zorg naar welzijnsdimensies zich lastig meten. We kunnen concluderen dat vooral de personele houdbaarheid een centrale kwestie is en de komende tijd ook blijft. Daarbij is het van belang dat personele houdbaarheid wordt gezien in relatie tot de informele zorg, en minder als losstaand daarvan.

5. Maatschappelijk draagvlak

Elena Bendien en Tineke Abma

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk staan de maatschappelijke discussies over langdurige en sociale zorg centraal die in de vier onderzochte landen worden gevoerd, evenals de manieren waarop een maatschappelijk draagvlak voor het gekozen beleid al dan niet vorm krijgt. De resultaten van de vergelijking presenteren we in tabel 5.1, waarna we ze per land in twee stappen beschrijven. Eerst volgt een inhoudelijke beschrijving van de gevoerde debatten en een inbedding daarvan in de historische, culturele en normatieve opvattingen van deze landen. Vervolgens geven we een toelichting op de manier waarop de debatten daarover worden gevoerd. Aan de hand van deze beschrijving bespreken we het maatschappelijk draagvlak dat onder meer als gevolg van deze debatten wordt gecreëerd.

In dit hoofdstuk hebben we ervoor gekozen de resultaten te presenteren aan de hand van de nationale contexten waarbinnen het beleid voor langdurige en sociale zorg wordt ontwikkeld (zie ook hoofdstuk 2). Elk maatschappelijk debat weerspiegelt het normatieve kader en de sociaal-culturele en historische context waarbinnen het plaatsvindt. Tevens speelt de geschiedenis van het land een belangrijke rol bij het doorgronden van de inhoud van de debatten en de manier waarop deze worden gevoerd.

5.2 Denemarken

Context

Het normatieve historische en culturele kader waarbinnen Denemarken zich in de afgelopen 150 jaar heeft ontwikkeld, is gebaseerd op universaliteit, gelijkheid, een platte hiërarchie in de organisaties en de gemeenschap.¹ Ten grondslag aan de Deense verzorgingsstaat ligt het doel om de samenleving homogeen en uniform te beheren, vooral op het gebied van de 'sociale rechten, een gelijkgetrokken ('equalised') inkomen en op vaste tarieven gebaseerde uitkeringen, die uit belastingopbrengsten worden gefinancierd'.² Daarnaast stoelt het normatieve kader van het Deense welzijnsmodel op zekerheid, veiligheid, vooruitdenken en reglementering van de zorg.

¹ Clotworthy 2020.

² Lidegaard 2009.

Tabel 5.1

	Normatief en cultureel kader	Relevante historische context	
Denemarken	– Uniformiteit; – eerlijkheid; – solidariteit; – autonomie.	– Wetgeving is overwegend consequent vanaf 1891; – Thuishulp wordt sinds 1920 aangeboden, => vrouwen zijn in staat om te werken; – 1980: neoliberale waarden geïntroduceerd; – 1995: Wet van preventieve huisbezoeken aan ouderen; – 1998: Social Services Act, aandacht voor individuele waarden van ouderen.	
Duitsland	– Transparantie; – eerlijke lastenverdeling; – familiariteit; – zorg door families; – genderrollen; – acceptatie van compromissen; – incrementele hervormingen.	1989-1990: bijzondere historische context als gevolg van hereniging van Duitsland. – Rond 1990: noodzaak om gezondheidszorg en LDZ³ te splitsen vanwege onvoldoende aandacht/ financiering voor LDZ; – lokale overheden kunnen de kosten voor LDZ niet meer uit publieke middelen dekken.	
Engeland	Oprechtheid en eerlijkheid (fairness), gelijkheid, sociale waarde van elk leven.	– Achtereenvolgende bezuinigingen bij de lokale overheidsinstanties; – Stijgend aantal ‘self-funders’, mensen die zelf moeten betalen; – Socialezorgdeficit bedroeg in 2019/2020 ca. £ 2,5 miljard⁴; – Gevolgen van Brexit: het tekort aan zorgwerkers loopt in 2025/2026 op tot 70.000⁵	
Japan	– Positief beeld van het ouder worden; – holistische benadering van gezondheid/veroudering; – gendered informele zorg; – filial piety⁶; – oprechtheid (fairness).	– Fors stijgend aantal ouderen; – Economische stagnatie vanaf 1990; – Meer vrouwen op de arbeidsmarkt; – Tot 2000: langer verblijf van ouderen in ziekenhuizen; – Vanaf 2000: uitgekende compilatie van sociale verzekering, belasting en meebetalen voor LDZ; – Weinig aanpassingen na de hervormingen in 2000.	

3 Afkorting voor ‘langdurige zorg’ in deze tabel
4 Nuffield Trust, The Health Foundation and The King’s Fund 2017.
5 Dayan 2017.
6 Respect voor en plicht om voor ouders te zorgen
7 Long-term care insurance

	Thema's van de publieke debatten	Maatschappelijk draagvlak voor het LDZ-beleid
	Het debat is latent: – zorg hoort bij het publieke domein; – omvang van de zorg waarop ouderen recht hebben, wordt besproken; – incidenteel ophef over misstanden in een zorginstelling; – laag opleidingsniveau en salariëring van het verzorgingspersoneel.	– Er is consensus dat zorg bij het publiek domein hoort. – Er is een maatschappelijk draagvlak voor het huidige LDZ-beleid.
	Het debat is actief: – herhaaldelijke stijging van contributie; – definitie van toelatingscriteria voor LDZ; – tekort zorgpersoneel en migratie.	Er is brede consensus en steun voor het LDZ-beleid. Incrementele veranderingen zorgen ervoor dat het maatschappelijk draagvlak stabiel blijft. Dit vraagt om meer tijd, want sommige oplossingen worden uitgesteld om geen schokgolven n.a.v. de verandering te veroorzaken.
	Het debat is zeer actief: – gebrek aan kennis onder ouderen over het huidige stelsel van LDZ; – inkomensafhankelijke betaling voor LDZ en sociale zorg is niet eerlijk; – ouderen worden geacht hun huis te verkopen om voor zorg te betalen; – in veel behoeften van kwetsbare ouderen wordt niet voorzien; ouderen worden ziek en takelen af; – personeelstekorten en een gebrek aan strategie inzake arbeidskrachten.	– Geen draagvlak voor het huidige systeem; – Consensus over noodzaak tot hervorming van LDZ en sociale zorg, wellicht vergelijkbaar met NHS. – Ouderen blijven nu zwaar meebetalen aan sociale zorg; – Aanpassingen en hervorming worden al 30 jaar geremd vanwege discontinuïteit in de landelijke politiek.
	Het debat is latent: – community zorg wordt door de beleidsmakers actief gepromoot; – ouderen worden consumenten die zelf beslissen over hun LDZ; – de intergenerationele kloof zal groter worden, o.a. vanwege stijgende premies; – LTCI⁷ moet familiale zorg verlichten, w.o. zorg die vrouwen leveren; – eenpersoonshuishoudens van ouderen blijven stijgen; – groot tekort aan zorgpersoneel leidt tot introductie van tot 2008 onbekend beleid m.b.t. migranten.	De samenleving steunt het LTCI-beleid: een langetermijnvisie en mechanismen voor kortetermijnaanpassingen. Het maatschappelijk draagvlak is gevoelig voor culturele en normatieve kaders. Het kost tijd om die aan te passen, daardoor worden hervormingen langzaam en niet altijd effectief uitgevoerd. De tijd biedt echter de mogelijkheid om het publiek mee te krijgen om het beleid te steunen.

Denemarken ontwikkelde een langetermijnvisie op de langdurige en sociale zorg die sinds circa 1891 consequent is uitgevoerd.⁸ Als gevolg daarvan heeft Denemarken een sterk publiek domein opgebouwd, dat verantwoordelijk is voor het grootste deel van de langdurige zorg voor kwetsbare groepen, waaronder ouderen. Deze langetermijnvisie betekent niet dat de ontwikkeling eenzijdig bleef. Evenals andere Europese landen heeft Denemarken in de jaren 80 een kanteling gemaakt van welzijnsstaat naar competitie staat, die gedreven wordt door neoliberale idealen. Als gevolg daarvan kwam de verantwoordelijkheid voor onder meer zorg in grotere mate bij de burger zelf te liggen, die werd gezien als een productief lid van de samenleving en tegelijkertijd als consument. Een concreet gevolg van deze ontwikkeling is de Wet van preventieve huisbezoeken aan ouderen (hierna visitatiewet), die in 1995⁹ werd aangenomen en op gemeentelijk niveau wordt uitgevoerd.

Met het huidige zorgstelsel streeft de Deense overheid ernaar om mensen zo lang mogelijk thuis te laten wonen (zie hoofdstuk 4). Daarom heeft de visitatiewet als doel om de kwaliteit van het alledaagse bestaan van een oudere te evalueren, teneinde een besluit te nemen over de noodzaak deze te ondersteunen en/of vormen van (thuis)zorg te verlenen. Overigens wordt thuiszorg, volgens onze experts, in Denemarken vaak door ouderen ervaren als een noodzakelijk kwaad. Er is geen sentiment dat iemand die met het huishouden komt helpen, het eenzame bestaan van de oudere kan opvrolijken.

Deze visitatieregeling wordt in de maatschappij breed gedragen. Het draagvlak is gebaseerd op het vertrouwen in de door het publieke domein gefinancierde langdurige en sociale zorg. Een andere pijler van het draagvlak is de afwezigheid van een mantelzorgcultuur, die een belangrijk cultureel kenmerk van de Deense samenleving vormt. Omdat zorg over het algemeen als maatschappelijke verantwoordelijkheid wordt gezien, zijn vooral vrouwen goed in staat om te werken. Denemarken kent tegenwoordig geen gendergerelateerd kostwinnermodel.

Debattopics

Het Deense maatschappelijk debat over langdurige en sociale ouderenzorg is over het algemeen gematigd. De samenleving – die op consensus is gebaseerd en waar de zorgkosten voornamelijk uit publieke middelen worden betaald en de kwaliteit van de zorg hoog is – toont een vertrouwen in de langetermijnvisie, die consequent wordt uitgevoerd. De aanwezigheid van de langetermijnvisie zorgt

8 In 1981 werd 'Aldersomsunderstøttelse til værdige trængende udenfor Fattigvæsenet' geïntroduceerd, de wet van Ouderdomsuitkeringen voor behoeftigen, exclusief diegenen met de uitkering vanwege armoede.

9 Lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. Lov nr. 1117 af 20.12.1995.

voor duurzaamheid van het beleid en een hoge mate van acceptatie wanneer aanpassingen worden voorgesteld. Deze aanpassingen zijn contextueel bepaald en tasten de fundamentele uitgangspunten van het langetermijnbeleid niet aan.

Informele/mantelzorg

De trend om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen wordt door de Denen breed gedragen. De vanzelfsprekendheid van mantelzorg is zeer beperkt in vergelijking met andere Europese landen (zie ook hoofdstuk 3).¹⁰ Het beleid dat tegenwoordig wordt gevoerd, namelijk dat mantelzorgers in staat worden gesteld om tegen een vergoeding en niet langer dan zes maanden informele zorg te verlenen mits ze dat zelf willen, is nieuw en nog weinig ingebed in het bestaande normatieve kader van het hedendaagse Denemarken (zie ook hoofdstuk 4). De wrijving tussen beleid en cultuur komt goed naar voren in het onderzoek naar de waardering van vrijwilligerswerk in Denemarken.¹¹ Het werk van onbetaalde krachten wordt in Denemarken als 'second best' gezien en als minder waardevol ervaren dan professionele hulp. Dit is het resultaat van het decennialang gevoerde beleid, dat is gericht op het verkrijgen van hoogwaardige professionele hulp voor ouderen. Volgens onze experts kan de vraag of het mogelijk is om familie of kinderen gratis in te schakelen om ouderen te helpen, weerstand oproepen. Een dergelijke suggestie wordt tegenwoordig wel eens gedaan door de zorgverlener, die in opdracht van de gemeente de visitatie uitvoert. Uit onderzoek blijkt dat door de bank genomen noch ouderen noch hun familieleden bereid zijn een dergelijke zorg te accepteren respectievelijk te verlenen. Ouderen en hun volwassen kinderen hebben vaak weinig contact en wonen meestal niet bij elkaar in de buurt. Ook kan er nauwelijks beroep op vrouwen worden gedaan voor structureel informele zorg, aangezien deze een vast deel van de beroepsbevolking vertegenwoordigen en gelijkwaardige kostwinners zijn. Meer debat kan worden verwacht als de regering gaat aansturen op uitbreiding van de informele zorg.

Consumentisme

De introductie van neoliberale waarden in het zorgstelsel heeft ertoe geleid dat het idee van gelijke zorg voor iedereen onder druk is komen te staan. Het kapitalistisch model stelt dat hoe beter je presteert, hoe zelfredzamer je wordt, en des te beter de zorg die je kunt krijgen/kopen op het moment dat je die nodig hebt. Vertaald naar de visitatiewetgeving en gezien vanuit een politiek-economische bril, worden ouderen vaker gezien als consument en de zorgprofessionals als verkopers van bepaalde diensten.¹² Dit leidt tot een debat over consumentisme in de zorg: de discussies gaan vaak over details van de uitvoering van de wet

¹⁰ World Health Organization Regional Office for Europe 2019; zie ook hoofdstuk 3.

¹¹ Overgaard 2020.

¹² Clotworthy 2020: 26.

en de regelgeving, met name over de omvang van de zorg waarop iemand recht heeft. In de praktijk schuilt hierachter nog een ander thema voor een publiek debat dat nog onvoldoende wordt gevoerd, namelijk de rol van de zorgprofessional bij de vertaalslag tussen het beleid en de praktijk, waarin de interactie met en het welzijn van de oudere centraal staan. Volgens een van de Deense experts is de stem van de zorgprofessionals nog onvoldoende in de debatten vertegenwoordigd.

Kwaliteit van zorg en zorgpersoneel

Incidenteel wordt een publiek debat gevoerd als er in een van de instellingen misstanden aan het licht komen. Deze debatten worden geïnitieerd door individuen, bijvoorbeeld familieleden, en door de media grootschalig gepresenteerd. Terwijl het debat over concrete overtredingen van de regels gaat, schuilt er een groter probleem achter, namelijk het opleidingsniveau van de verzorgenden. Een probleem dat om een structurele aanpak vraagt. Deze debatten zijn meestal kortstondig en casusgebonden, en ze monden niet uit in structurele veranderingen. Volgens Deense experts is een verandering noodzakelijk van de werkcultuur en de werkwaardering binnen de verpleeghuizen. Het personeel dat daar werkt, is vaak afkomstig uit lagelonenlanden en onvoldoende op het werk voorbereid.

Debatvoering

De Deense regering, experts en lokale autoriteiten (de uitvoerders van het beleid) zijn de partijen die het beleid ontwikkelen, bespreken en erover besluiten.

Het initiëren van nieuw beleid heeft voornamelijk economische achtergronden, vooral het besparen van kosten, het vergroten van de efficiëntie van het zorgstelsel en het bevorderen van de eigen verantwoordelijkheid van de burgers. De hoofdvraag voor het beleid is: hoe kunnen de kosten worden teruggedrongen met behoud van de kwaliteit van de zorg? Deze vraag heeft het politiek discours van de afgelopen 20 jaar bepaald.

Een publiek debat over het beleid ten aanzien van de ouderenzorg, dat *bottom-up* ontstaat, is niet kenmerkend voor Denemarken (zie box 5.1). Besluiten worden door de regering samen maar ook unilateraal genomen. De kiezers hebben hierop weinig invloed, tenzij ze letterlijk de straat op gaan. De (lokale) autoriteit, die meestal met een voorstel voor nieuw beleid komt, heeft voornamelijk experts en lokale instanties als gesprekspartners. Ten minste twee maatschappelijke groepen blijven in deze besprekingen onzichtbaar en/of afwezig; de vertegenwoordigers van de zorgverleners en de ouderen zelf of de ouderenorganisaties. Volgens de geïnterviewde experts vertoont de regering paternalistisch gedrag waar het gaat om de introductie en uitvoering van nieuw beleid voor de langdurige zorg.

Box 5.1 Debat over *reablement*-programma (2015)

De introductie van de neoliberale waarden in het zorgstelsel legde een grotere nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de burgers in Denemarken. De politieke boodschap was dat verantwoordelijkheid voor meer autonomie kan zorgen. Met de regie in hun eigen hand kunnen mensen langer zelfstandig blijven wonen. Zo is het *reablement*-programma geïntroduceerd, dat is gebaseerd op het idee van hulp bij zelfhulp. Een kwetsbare oudere heeft meer hulp nodig. De nadruk werd verlegd van het verlenen van hulp door een professional, wat veel geld kost, naar het leren om met beperkingen opnieuw zelfstandig te functioneren. De achterliggende gedachte was om de kosten van de professionele zorg zo veel mogelijk te reduceren.

De toepassing van het *reablement*-programma begon als pilot in één van 98 gemeenten. In eerste instantie daalden de kosten, wat kenmerkend is voor het eerste jaar van dergelijke initiatieven. Er werden geen langetermijnevolgen onderzocht. Toch werd op grond van 'evidence' (een kortdurend onderzoek) een wetvoorstel gemaakt, en aangenomen, om het programma toe te passen in alle 98 gemeenten. In de afgelopen jaren is meer onderzoek gepubliceerd, dat aantoont dat het kostenbesparende effect van *reablement*, in vergelijking met de gebruikelijke revalidatiezorg, niet bewezen is. Het blijkt onwaarschijnlijk dat de zorgkosten voor een 80-plusser er lager door worden. Op lange termijn blijkt het programma in de huidige vorm niet per se kostenbesparend te zijn.

Bij de besluitvorming werden de professionals die het programma uitvoerden, nauwelijks of niet geraadpleegd. Daarna moesten de 98 gemeenten zelf beslissen hoe ze deze wet zouden uitvoeren, rekening houdend met hun eigen budget en het gemeenschapsprofiel. Dat betekent dat een scala aan factoren dit besluit beïnvloedt.

Conclusie: de pilot had langer moeten duren en er hadden meer consultatierondes met de diverse betrokken partijen moeten worden gehouden. De snelle winst van het eerste jaar leverde geen winst op voor de langere termijn.

Het maatschappelijk debat dat op grond van dit voorbeeld nog wordt gevoerd, gaat over wat onder 'empowerment' wordt verstaan en in hoeverre *reablement* aansluit bij de behoefte aan persoonsgerichte zorg.

Denemarken: afrondend

Op de vraag of de Deense samenleving de langdurige en sociale zorg voor ouderen steunt, gaven de experts die we raadpleegden, een instemmend antwoord. Hoewel de vraag erg algemeen is gesteld en daardoor voorbij gaat aan veel complexe aspecten, heeft de Deense bevolking overwegend vertrouwen in de langetermijnvisie die de regering op de zorg heeft. Een visie waarin ze de zorg ziet als gezamenlijke verantwoordelijkheid van de samenleving, al dan niet met enkele componenten van marktwerking, en met financiering uit de publieke middelen.

5.3 Duitsland

Context

Het debat over de noodzaak om langdurige zorg en sociale zorg in Duitsland te hervormen gaat terug naar de jaren 70 van de twintigste eeuw. De basisprincipes van het maatschappelijk systeem van sociale veiligheid stammen echter uit Bismarcks hervormingen in de negentiende eeuw. Het debat dat voorafging aan de introductie van het langdurige zorgverzekeringsbeleid, nam bijna 20 jaar in beslag. Daarenboven ontstond in 1989-1990 een bijzondere situatie naar aanleiding van de Duitse hereniging. De vertegenwoordigers van de diverse partijen besloten om, ondanks de hoge investeringen in Oost-Duitsland, tegelijkertijd te gaan werken aan oplossingen voor de langdurige zorg. Het toen bestaande systeem kon het toenemende aantal ouderen en de zorg die zij nodig hadden, niet meer aan, waardoor vele ouderen in armoede terechtkwamen. Het nieuwe beleid werd ook gezien als een tegemoetkoming aan de familiezorg, waarbinnen ouderen traditioneel werden opgevangen. Een van de belangrijkste financiële redenen voor de hervorming was de stijgende financiële druk op de zestien deelstaten, die de kosten voor langdurige zorg niet langer konden dragen.¹³

Het succes van de totstandkoming van het nieuwe beleid was tevens persoonsgebonden. Het kan worden toegeschreven aan mensen als Norbert Blüm (CDU), een politicus wiens inzicht, gedrevenheid en visie een drijvende kracht waren achter de hervorming.¹⁴

Het doel van de langdurige zorg in Duitsland is om in het hele land voor de ouderen een universele toegang tot de langdurige en sociale zorg te bewerkstelligen. De basisprincipes van langdurige zorg echoën het normatieve kader van het moderne Duitsland. De belangrijke kenmerken daarvan zijn universaliteit, transparantie van besluitvorming, eerlijke verdeling van lasten en familiariteit

13

Götze en Rothgang 2013.

14

Curry et al. 2019.

met het nieuwe beleid, dat wil zeggen: vertrouwdsheid en herkenbaarheid van de maatregelen, die geworteld zijn in de culturele en politieke geschiedenis van het land. Verder is het beleid gebaseerd op traditionele waarden, die het belang van familie­zorg en intergenerationale solidariteit nog altijd hoog in het vaandel hebben.¹⁵ Het nieuwe beleid moest wel rekening houden met veranderingen in de familiestructuur: er waren minder informele zorgverleners beschikbaar, omdat meer vrouwen de arbeidsmarkt betraden, wat ook zorgde voor lagere geboortecijfers. Wat betreft de traditionele normen en waarden waarmee de langdurige­zorg­verzekering rekening hield – dat wil zeggen dat ouderen in eerste instantie door hun familie worden opvangen en gesteund –, begon zich een nieuw patroon te manifesteren, met een model van twee kostwinners.¹⁶

Debat­topics

We staan stil bij drie onderwerpen die relevant kunnen zijn voor de Nederlandse context: verhoging van de premie voor de langdurige­zorg­verzekering (LTCI), toelatingscriteria voor deze verzekering, en het tekort aan zorgpersoneel.

Verhoging contributie

Dit debat sluit nauw aan bij het thema ‘kostenbeheersingsbeleid’ uit hoofdstuk 3. Sinds de introductie van de LTCI in Duitsland zijn de bijdragen aan deze verzekering meerdere keren bijgesteld; in totaal zijn ze sinds 1995 drie keer verhoogd. De gepensioneerden moesten oorspronkelijk 50 procent van de premie betalen; vanaf 2002 is dat 100 procent. Sinds 2013 wordt eens in de twee jaar een premieverhoging doorgevoerd. Bovendien is er in 2005 een extra 0,25 procent premie ingevoerd voor jonge werkende volwassenen van 23 jaar en ouder die zelf nog geen ouder zijn (zie ook hoofdstuk 3 en 4).

Ondanks deze herhaaldelijke stijging blijft het debat over de premieverhoging gematigd. Er is eerder sprake van acceptatie en draagvlak dan van strijd en protest. Onder andere omdat bijna elke bijstelling gepaard ging met uitbreiding van de voordelen (*benefits*). De premie voor niet-ouders werd gebaseerd op het gelijkheidsprincipe: ouders die kinderen grootbrengen, dienen de samenleving als geheel en zorgen ervoor dat hun kinderen later weer een bijdrage leveren aan de LTCI. Om die reden is het eerlijk om niet-ouders een extra premie te vragen. Deze verandering werd in 2005 zonder protest geaccepteerd. Het voorstel om mensen zonder kinderen meer belasting te laten betalen, stuitte daarentegen wel op weerstand.¹⁷ Kinderloosheid belasten waarvoor iemand niet vrijwillig

¹⁵ Theobald en Hampel 2013.

¹⁶ Morel 2007.

¹⁷ <https://www.dw.com/en/german-minister-says-childless-people-should-pay-more->

heeft gekozen, ligt gevoeliger dan een premieverhoging voor een (jongere) groep werkenden. Nog een factor die het maatschappelijk debat stabiel houdt, is dat het LTCI-systeem in Duitsland het universele minimumniveau van voordelen combineert met individuele betalingen. Zo wordt naar evenwicht gezocht binnen het voor Duitsland traditionele sociale beleid, dat nadruk legt op een combinatie van individuele verantwoordelijkheid en marktwerking.¹⁸

Toelatingscriteria langdurigezorgverzekering

Een ander belangrijk debat gaat over de toelatingscriteria voor de langdurige zorg (zie ook hoofdstuk 4). We nemen dit debat onder de loep (zie box 5.2), omdat het goed laat zien hoe een delicaat evenwichtsspel kan leiden tot uitstel van bepaalde besluiten om het beleid haalbaar te houden. Ook laat het zien hoe het besluitvormingsproces het publieke debat gebruikt om een draagvlak voor een extra bijdrage te creëren.

Box 5.2 Debat over toelatingscriteria (eligibility debate) voor langdurige zorg

Het oorspronkelijke LTCI-beleid uit 1995 bepaalde de geschiktheid voor langdurige zorg volgens drie niveaus van afhankelijkheid, zonder rekening te houden met cognitieve achteruitgang (het was altijd de bedoeling geweest om cognitieve beperkingen aan de toelatingscriteria toe te voegen). Dit betekende dat bijvoorbeeld mensen met (beginnende) dementie werden beoordeeld op hun vermogen om bepaalde dagelijkse activiteiten zelfstandig uit te oefenen. De behoefte aan 24-uurs observatie en hulp werd niet in het *assessment* meegenomen.¹⁹ Deze toelatingscriteria stuitte op veel kritiek en ontevredenheid. Overigens was dit besluit niet per abuis genomen. Het weerspiegelt het normatieve kader van het besluitvormingsproces, dat stoelt op een stapsgewijze introductie en ontwikkeling van nieuw beleid. Oorspronkelijk was dit beleid vooral gericht op kostenreductie, als gevolg van de strakke coalitie-onderhandelingen in de aanloop naar 1995. In 2007 werd bijna 30 procent van alle aanvragen voor langdurige zorg geweigerd en werden slechts 10 procent van alle ouderen van 65 jaar en ouder tot het systeem toegelaten.²⁰

tax/a-46229483

¹⁸ Curry et al. 2019.

¹⁹ Rothgang 2010.

²⁰ Campbell et al. 2010.

De kritiek dat mensen met dementie gedurende de evaluatie oneerlijk werden behandeld, werd steeds harder. Als antwoord daarop werd eerst een kleine vergoeding geïntroduceerd voor de groep ouderen met cognitieve problematiek. Oorspronkelijk ging het om een bedrag van 460 euro per jaar, wat een golf van kritiek en ontevredenheid veroorzaakte. Het duurde tot 2017 voordat een nieuw assessmentinstrument werd toegepast, dat rekening hield met cognitieve en psychologische aandoeningen. Dit instrument bepaalde vijf in plaats van drie niveaus van afhankelijkheid. Vandaag de dag zijn cognitieve aftakeling en gedragsveranderingen die op oudere leeftijd plaatsvinden, geïncorporeerd in het nieuwe assessmentsysteem.²¹

De politiek nam uiteindelijk besluiten om de toelatingscriteria te verbreden, maar deze besluiten gingen gepaard met een hogere contributie voor de LTCl. Ondanks de hogere lasten genoot het uiteindelijke besluit een breed maatschappelijk draagvlak. Tegenover de hogere contributie stond een uitbreiding van de toelatingscriteria.

Deze stapsgewijze aanpassingen konden het LTCl-systeem niet beschermen tegen een groot tekort, dat in 2017 werd geconstateerd, toen de toelatingscriteria werden uitgebreid. Tegelijkertijd blijft, ondanks de stijgende bijdragen, het maatschappelijk draagvlak voor de hervorming stabiel. De Duitse bevolking toont vertrouwen in de eerlijke manier waarop het beleid wordt ontwikkeld en de lasten worden verdeeld.

Tekort aan zorgpersoneel

Evenals andere landen ervaart Duitsland een steeds groter tekort aan zorgpersoneel (zie ook hoofdstuk 4). Migranten, voornamelijk uit Polen, maken een groot deel uit van de arbeidsvoorziening in Duitsland, zowel in de formele (verpleeghuiszorg) als in de informele zorg. Het aantal buitenlandse werknemers in de zorg geschat op 100.000-200.000; dit heeft te maken met het gebrek aan een gestructureerde registratie.²² Velen zijn vrouwen van middelbare leeftijd, die werken tegen lage lonen, die desalniettemin hoger zijn dan in hun land van herkomst.

²¹ Voor een gedetailleerd overzicht zie Fed. Ministry of Health 2018.

²² Sowa-Kofta et al. 2019.

Omdat Duitsland *cash-benefits* in de langdurige zorg hanteert (zie hoofdstuk 3), zijn het veelal privé-huishoudens die deze krachten inschakelen. Dit verlicht de druk op de Duitse families en met name op de vrouwen, die anders betaald werk en informele zorg zouden moeten combineren. Deze stand van zaken levert ten minste twee thema's op voor een publiek debat. Ten eerste lukt het de staat niet om een overkoepelend beleid voor alle migratiepraktijken te formaliseren. Het gebrek aan beleid leidt tot het tweede punt, namelijk de gebrekkige controle op de kwaliteit van de (informele) zorg die wordt geleverd, en bescherming voor de migranten die in de 'grijze zone' van de arbeidsmarkt opereren en blootgesteld kunnen worden aan zorgelijke praktijken, zoals gebrekkige veiligheidsmaatregelen, mishandeling en schending van rechten. Aan de migranten die officieel in de langdurige zorg willen werken, worden hoge eisen gesteld. Zo moeten zij de Duitse taal goed beheersen, inclusief de professionele terminologie, en een beroepskwalificatie behalen volgens de Duitse standaarden. Deze eisen stammen uit culturele opvattingen, die zowel de bevolking als de politiek breed dragen. Ook de hoge eisen voor de kwaliteit van het werk zijn kenmerkend voor Duitsland.

Het debat over migratie en zorgpersoneel laat zien hoe in feite twee complexe thema's aan elkaar worden gekoppeld. Dit kan als pluspunt worden gezien voor het debat, dat complexe maatschappelijke problemen juist in verband met elkaar brengt en niet apart probeert op te lossen. De recente politieke oproepen voor beter onderwijs voor de zorgsector in het binnenland en voor meer gekwalificeerd personeel vanuit het buitenland, weerspiegelen de veelzijdigheid van de oplossingen die alle maatschappelijke partijen in overweging nemen,^{23 24} (zie ook meer over de nieuwe wet *Skilled Worker Immigration Act*²⁵).

Debatvoering

Er zijn ten minste drie kenmerken die het Duitse publieke debat typeren en voor Nederland relevant kunnen zijn: de cultuur van het werken in coalities, het vermogen om compromissen te sluiten en het vermogen om incrementeel te hervormen. Het tot stand komen van het LTCI-beleid was een goed voorbeeld van coalitiewerk. Een voorwaarde van succesvol coalitiewerk is continuïteit van de besluiten, die gezamenlijk zijn genomen, onafhankelijk van de politieke partij die aan het roer staat.

23 <https://apnews.com/9ecc2afobes8f133c4dd1683d4df7656>

24 <https://www.theafricancourier.de/migration/germany-recruitment-of-non-eu-nurses-must-be-fair-to-their-countries-of-origin-caritas/>

25 <https://www.anerkennung-in-deutschland.de/html/en/pro/skilled-immigration-act.php>

Het debat en het uiteindelijke besluit komen voort uit compromissen die voornamelijk zijn gesloten tussen politieke partijen, verzekeringsmaatschappijen, werknemers- en werkgeversorganisaties en ngo's.²⁶ Een goed voorbeeld is het verdwijnen van een van de publieke feestdagen als compensatie voor de kosten die de werkgevers conform het nieuwe systeem moesten dragen.²⁷ De werknemers gingen akkoord met deze maatregel (met uitzondering van deelstaat Saksen).

Incrementeel hervormen is een van de kenmerken die de beleidsvoering flexibel maakt. Daardoor blijft het beleid ontvankelijk voor suggesties die voortvloeien uit het maatschappelijk debat en voor de resultaten van evaluaties en onderzoek. Sinds de introductie in 1995 heeft LTCI in Duitsland al ten minste vijf grote aanpassingsrondes ondergaan, in 2005, 2014, 2017 en 2019.²⁸ Incrementeel hervormen stelde Duitsland niet in staat om alle vraagstukken die spelen rond LTCI, meteen op te lossen (zie het voorbeeld van de toelatingscriteria). Eerst werd de basis voor het beleid vastgelegd en in de jaren daarop werd ervoor gezorgd dat het systeem financieel gezond bleef. Het bijstellen van de contributie door de jaren heen is een voorbeeld van het stapsgewijs balanceren tussen de doelen van het beleid en het publieke debat, dat het beleid kritisch onder de loep neemt, maar geen aanleiding ziet om het debat in hevige protesten te laten uitmonden.

Duitsland afrondend

Het LTCI-beleid in Duitsland heeft een breed maatschappelijk draagvlak onder de bevolking. Het hoofddoel, namelijk de universele toegankelijkheid tot de langdurige en sociale zorg, is bereikt, en de afhankelijkheid van de lokale sociale hulpprogramma's is minder geworden, waardoor lokale gelden anders kunnen worden besteed. Het maatschappelijk draagvlak is gebaseerd op transparantie van het financieringssysteem: de lasten zijn inkomensafhankelijk en de risico's worden over de hele maatschappij verspreid.

Informele zorg wordt door het beleid gestimuleerd, inclusief monetaire steun. Hierdoor blijft de onbetaalde zorg, die voornamelijk door vrouwen wordt verzorgd, bestaan. Tegelijkertijd wordt hard gezocht naar oplossingen op de arbeidsmarkt in binnen- en buitenland. Rekening houdend met de traditionele familiewaarden wordt dit transparante beleid ook breed gesteund.

²⁶ Theobald en Hampel 2013.
²⁷ Heinicke en Thomsen 2010.
²⁸ Nadash et al. 2018.

5.4 Engeland

Context

Het is Engeland tot dusver niet gelukt om een systeem van langdurige en sociale zorg te introduceren dat zowel door de bevolking als door de verschillende politieke partijen wordt gesteund.²⁹ Een van de belangrijkste redenen voor het gebrek aan consensus is een splitsing die in 1948 plaatsvond. In dat jaar zijn twee belangrijke wetten apart aangenomen, te weten de National Assistance Act, gerelateerd aan de langdurige en sociale zorg, en de National Health Service (NHS) voor de gezondheidszorg. De belangrijkste tegenstelling in deze wetgeving, die een gebrek aan maatschappelijk draagvlak voor de langdurige en sociale zorg in Engeland heeft veroorzaakt, is de manier waarop de twee systemen worden gefinancierd. Waar de NHS uit de publieke middelen wordt betaald en gratis en toegankelijk is voor iedereen, is het systeem van de langdurige zorg inkomensafhankelijk en voor een groot deel gebaseerd op een eigen bijdrage van de gebruikers. Overigens neemt de informele zorg in Engeland gestaag toe (zie hoofdstukken 3 en 4).

Debattopics

Het debat over de langdurige en sociale zorg in Engeland is politiek beladen. Een van de redenen hiervoor is dat de lasten van de langdurige en sociale zorg, die door de bevolking worden gedragen, explosief zijn gestegen, terwijl er in de afgelopen drie decennia geen slagvaardige politieke besluiten zijn genomen om deze zorg te hervormen. Het scala aan debattopics in Engeland is heel groot.³⁰ We noemen vier debatten die relevant kunnen zijn voor Nederland.

Wie betaalt voor de langdurige zorg

Het debat over de inkomensafhankelijke betaling heeft als basis een vergelijking met het Engelse gezondheidssysteem (NHS). Mensen extrapoleren automatisch de regels van de NHS als het gaat over de zorgkosten. Ten eerste blijkt uit het onderzoek dat de bevolking vaak niet op de hoogte is van de essentiële verschillen tussen de twee systemen en er ook niet op is voorbereid de kosten voor de langdurige en sociale zorg te dragen.³¹ Ten tweede zijn de kosten volgens de experts 'catastrofaal'. De vermogensdrempel is zodanig laag opgesteld (met een vermogen van meer dan 23.250 pond betaalt men de kosten zelf) dat ouderen al snel bijna alle kosten uit de eigen portemonnee moeten betalen en zo in een mum van tijd door hun spaargeld heen zijn. Bij verhuizing naar een verpleeghuis moeten ze hun huis verkopen (zie box 5.3 voor meer hierover).

²⁹ Curry et al. 2018.

³⁰ Voor een uitstekend overzicht zie Bottery 2019.

³¹ Cameron en Balfour 2018.

De onderliggende normatieve component van dit debat is een gevoel van onrechtvaardigheid. De ouderen voelen dat juist diegenen die hun best hebben gedaan om tijdens hun werkende leven te sparen, daarvoor worden gestraft. Diverse belangenorganisaties proberen middels onderhandeling een versoepeling te bewerkstelligen, bijvoorbeeld door persoonlijke zorg thuis (wassen, toiletbezoek, aankleden) gratis te regelen. Andere belangenorganisaties bekritiseren dit voorstel echter als een poging om de kwaliteit van het leven te reduceren tot de basale behoeften. Bovendien blijven dan andere basisbehoeften ('mopping & shopping' of community-zorg) buiten beschouwing.

Onbeantwoorde zorgbehoeften

De hoge kosten die ouderen voor de langdurige zorg moeten betalen, leiden tot een ander probleem, namelijk dat hun behoefte aan zorg niet wordt beantwoord omdat ze, uit angst om zo al hun geld te verliezen, niet om zorg durven te vragen. In 2019 stelde AgeUK, een invloedrijke charitatieve organisatie in Engeland die de belangen van ouderen vertegenwoordigt, dat de behoefte aan langdurige en sociale zorg van 1,5 miljoen ouderen (65-plus) niet wordt beantwoord.³² Dit is 20 procent meer dan twee jaar eerder. De crux van dit debat heeft zowel een morele als een financiële lading. De morele problematiek heeft te maken met het feit dat het langdurigezorgsysteem ouderen stimuleert om geen hulp in te schakelen, zelfs wanneer ze die wel nodig hebben. Zo worden ze zieker en zwakker, terwijl dit met de juiste en tijdige zorg had kunnen worden voorkomen. Deze terughoudendheid betreft ook de informele hulp, want ouderen willen hun kinderen, familieleden of kennissen, op wie meer en vaker beroep wordt gedaan, niet tot last zijn. De niet tijdig beantwoorde behoeften van ouderen hebben desastreuze gevolgen voor hun gezondheid en welzijn. Ze leiden vervolgens ook tot forse negatieve financiële gevolgen voor de NHS, die meer dan 500 pond³³ aan kosten bijdraagt voor elke extra minuut die ouderen in het ziekenhuis verblijven omdat de sociale zorg (thuiszorg, community-zorg of informele zorg) uitblijft.

Gefragmenteerde zorg

De opmerking over de kosten die de NHS betaalt omdat betaalbare langdurige en sociale zorg, ontbreekt, is een apart onderwerp van debat in Engeland. Het debat gaat vooral over het gebrek aan integratie en samenwerking tussen de gezondheidszorg en de langdurige zorg. De gefragmenteerde zorg is een uitvloeisel van de dubbele wetgeving in 1948, die nog steeds in stand wordt gehouden al is iedere betrokken partij hierover ontevreden. De lokale autoriteiten, die de

32

AgeUK 2019a.

33

<https://www.ageuk.org.uk/latest-press/articles/2018/july-2018/new-analysis-shows-number-of-older-people-with-unmet-care-needs-soars-to-record-high/>

verantwoordelijkheid dragen voor de langdurige zorg, zijn belangrijke partners voor beide zorgsystemen als deze integraal zouden gaan werken, maar wie welke verantwoordelijkheden op zich moet nemen is een kwestie van onderhandelingen en ervaring. Langdurige betrokkenheid van alle partijen, inclusief de zorgverleners, is hier van groot belang. Het spreekt echter niet vanzelf dat een geïntegreerd zorgsysteem ook een effectiever systeem zal opleveren. Het debat over dit onderwerp wordt momenteel voornamelijk gevoerd op het niveau van experts, vertegenwoordigers van de NHS, zorgverleners en gemeenten.

Tekort aan zorgpersoneel

Het laatste onderwerp gaat over het zorgpersoneel. Dit debat is complex, omdat het tegelijkertijd diverse vraagstukken omvat, namelijk het personeelstekort, het opleidingsniveau van het personeel en hun carrièremogelijkheden, alsook de lage lonen en de migratieproblematiek. Deze multiproblematiek zorgt ervoor dat veel partijen aan het debat deelnemen. Het gaat in eerste instantie om 1,5 miljoen zorgverleners, die werken in de langdurige zorg en de sociale zorg. De sector heeft een structureel tekort van ca. 120.000 zorgverleners.

Ruim een half miljoen mensen die in de sector werken, krijgen net boven het minimumloon betaald.³⁴ Doordat zorgverleners nauwelijks carrièremogelijkheden hebben, zijn relatief weinig mensen geneigd om in de sector te gaan werken (één van de vijf overweegt dit, maar slechts één van de 25 solliciteert daadwerkelijk). De helft van de zorgverleners die in de thuiszorg werken, heeft een nulurencontract. Ze krijgen geen opleiding en na vijf jaar ervaring krijgen ze slechts 0,15 pond per uur meer betaald dan de starters.³⁵ Het debat gaat over dit soort vragen, maar is ook breder, over het gebrek aan een nationaal strategisch beleid gericht op arbeidskrachten in de sector. Omdat de zorgaanbieders voornamelijk uit de privésector komen, blijft het lastig om op nationaal niveau over de arbeidsvoorwaarden te onderhandelen. Als arbeidskrachten in de publieke sector werken, kunnen hun arbeidsvoorwaarden centraal worden gereguleerd.

Over het algemeen lijken de partijen het met elkaar eens te zijn dat de basislonen in de sector omhoog moeten, dat de lonen vergelijkbaar moeten zijn met die in de NHS (wat niet het geval is), dat er opleidingsmogelijkheden moeten zijn (zoals in NHS) en dat er een registratiesysteem voor gekwalificeerd personeel nodig is (een dergelijk systeem bestaat al in Schotland, Noord-Ierland en Wales). De politieke wil om deze stappen om te zetten in beleid en daar vervolgens mee aan de slag te gaan (Independent Age), ontbreekt echter.

34
35

AgeUK 2020.
<https://www.kingsfund.org.uk/publications/whats-your-problem-social-care#unmetneed>

Het laatste belangrijke aspect van dit debat betreft het immigratiebeleid, werkvisa en veranderingen die worden verwacht als gevolg van Brexit. De belangenorganisaties roepen de regering op om geen extra druk op de sector te leggen door de toestroom van potentiële werknemers uit de EU en daarbuiten te stoppen. Om een beeld te geven, twee van de vijf zorgverleners in Londen komen uit het buitenland. Er zijn diverse voorstellen gedaan om de ervaring van andere landen te gebruiken en aangepaste routes te creëren teneinde meer buitenlandse zorgmedewerkers aan te trekken, terwijl 17 procent van alle banen momenteel al door buitenlanders wordt vervuld.

Debatvoering

Het voeren van een publiek debat is in Engeland geen bijkomende activiteit maar een beroep op zich. Dit betekent dat er veel van het debat wordt verwacht en dat debatvoering een van de fundamentele democratische mechanismen in de Engelse samenleving vertegenwoordigt. De manier waarop een debat wordt gevoerd, weerspiegelt het normatieve kader van Engeland, waar waarden zoals eerlijkheid en rechtvaardigheid een belangrijke plaats innemen. Daarnaast vormen gelijkheid en de sociale waarde van elk leven de motor binnen een breed netwerk van vrijwilligersorganisaties, stichtingen en instellingen met een goed doel. Dit normatieve kader bepaalt wie de debatinitiators en de debatvoerders zijn.

Op het niveau van de centrale regering kent Engeland voornamelijk twee manieren om een nieuw beleid te introduceren: een ‘green paper’, dat voor bredere consultaties is bedoeld, en een ‘white paper,’ dat een geformuleerd beleid presenteert.

Een partij die onmisbaar is in Engelse debatten, zijn de campagnevoerders, die de diverse belangen- en charitatieve organisaties vertegenwoordigen. Deze organisaties komen veelal op voor een specifieke doelgroep in de maatschappij die zich in een kwetsbare positie bevindt, zoals kinderen of volwassenen met een handicap of ouderen. AgeUK en Independent Age, die al eerder geciteerd werden, zijn dergelijke organisaties. De actieve rol van deze organisaties zorgt voor twee belangrijke kenmerken van het Engelse maatschappelijk debat: ten eerste worden diverse groepen vertegenwoordigd die anders hun stem niet of nauwelijks kunnen laten horen, ten tweede worden actief gesprekken en onderhandelingen ‘achter de schermen’ gevoerd met vertegenwoordigers van de regering, waardoor de politiek goed wordt geïnformeerd.

Gemeenten die tegenwoordig de uitvoering van de langdurige en sociale zorg moeten coördineren, zijn ook partij in het debat, evenals de zorgaanbieders, die vaak met de gemeenten samenwerken en afhankelijk zijn van overeenkomsten met lokale autoriteiten. Het maatschappelijk debat over de langdurige en sociale zorg in Engeland wordt vaak gevoerd op basis van onderzoek dat wordt uitgevoerd door onafhankelijke onderzoeksinstituten, zoals KingsFund.

De kwaliteit van het onderzoek is hoog en de resultaten worden vaak op een toegankelijke en overzichtelijke wijze gepresenteerd. Daarom is het intrigerend waarom deze rijkdom aan kennis en goede wil niet tot nieuw beleid heeft geleid, waar elke partij oprecht naar uitkijkt. In box 5.3 nemen we een voorbeeld van een dergelijk debat onder de loep.

Box 5.3 Huis verkopen om zorg te betalen

Als er een enkel onderwerp van het maatschappelijk debat over de langdurige zorg in Engeland moet worden gekozen, dan is het wel de verkoop van het eigen huis om die zorg te kunnen betalen. Vanaf 1948 konden de gemeenten van ouderen verlangen dat ze hun huis zouden verkopen om voor het verblijf in het verzorgingstehuis te betalen.³⁶ De stijgende kosten voor de langdurige en sociale zorg en de toename van het aantal ouderen die beroep deden op deze voorzieningen, heeft dit vraagstuk de afgelopen 30 jaar op scherp gezet. Volgens recente berichtgeving (augustus 2020³⁷) heeft het Nationaal bureau voor de statistiek nooit geteld hoeveel mensen tot dusver hun huizen daadwerkelijk hebben moeten verkopen. De schatting is dat het er per jaar tussen de 40.000 en 70.000 zijn geweest. IndependentAge, een invloedrijke charitatieve organisatie in Groot-Brittannië, publiceerde in 2019 een rapport waarin de inschatting is dat het aantal verkochte huizen, geteld vanaf het jaar 2000, neerkomt op 330.000.³⁸ Het feit dat de autoriteiten niet over deze cruciale informatie beschikken, zorgt er al meteen voor dat er geen maatschappelijk draagvlak/vertrouwen voor het bestaande systeem en beleid bestaat. Dit wordt verder geïllustreerd door Tony Blair (Labour Party), die in 1997 zei: *"I don't want [our children] brought up in a country where the only way pensioners can get long-term care is by selling their home."* In 2019, 22 jaar later, zwoer Boris Johnson (Conservative Party) in zijn maidenspeech: *"My job is to protect you or your parents, or grandparents from the fear of having to sell your home to pay for the costs of care. And so I am announcing now, on the steps of Downing Street, that we will fix the crisis in social care once and for all with a clear plan we have prepared, to give every older person the dignity and security they deserve."*³⁹

36 https://www.parliament.uk/globalassets/documents/commons/lib/research/key_issues/Key-Issues-Funding-social-care.pdf

37 <https://www.dailymail.co.uk/news/article-8680105/Number-people-forced-sell-home-pay-nursing-care-counted-time.html>

38 <https://www.independentage.org/homing-on-free-personal-care>

39 <https://www.politicshome.com/news/article/read-in-full-boris-johnsons-first-speech-as-prime-minister>

Een jaar later wordt het debat steeds scherper, maar er zijn geen oplossingen in zicht. De politici adresseren dit onderwerp voornamelijk tijdens de verkiezingscampagnes om meer stemmen te winnen en beloven met oplossingen te komen. Terwijl ze de relevantie van de problematiek goed begrijpen, lukt het hen niet om de steun van andere politieke partijen te winnen en met een voor iedereen acceptabel voorstel te komen. Ook de belangenorganisaties vechten om te laten zien hoe (on) belangrijk het onderwerp van de huisverkoop is voor de groep die ze vertegenwoordigen (denk aan werkende volwassenen met een handicap en aan ouderen). Ouderen schrikken van het besef dat het ouder worden in eigen huis niet meer haalbaar zal zijn, en hun families kijken toe hoe al het vermogen dat hun ouders hebben opgebouwd, verdampt vanwege de hoge rekeningen die ze moeten betalen voor de langdurige zorg. Dit debat is politiek heel beladen, terwijl deze kwestie niet eens de meest acute is voor de langdurige zorg, aldus onze experts.

Het KingsFund heeft een indrukwekkend overzicht gepubliceerd van alle stappen en besluiten die de regering sinds 1997 heeft genomen en vervolgens niet heeft uitgevoerd. Het overzicht heet niet voor niks: 'The road to nowhere: a timeline of reform of social care funding in Engeland'.⁴⁰ Het dichtst kwam de regering bij de oplossing in 2014, toen The Care Act werd aangenomen. Deze wet stelde onder meer het plafond voor de langdurige zorgkosten vast, waardoor de verkoop van het eigen huis kon worden voorkomen. Het plafond was hoger dan oorspronkelijk, namelijk 72.000 pond in plaats van 50.000 pond, en de uitvoering zou tot 2016 worden uitgesteld. Toch is deze wet nooit uitgevoerd.

Het is tot dusver niet gelukt om deze kwestie op te lossen. Dit heeft onder meer te maken met de context waarbinnen elk debat wordt gevoerd en met de manier waarop het debat werd en nog steeds wordt gevoerd. We noemen de meest relevante kenmerken:

- Geen langetermijnvisie: elke regering begint opnieuw met het samenstellen van een commissie, die het voorstel in de vorm van het *white of green paper* moet maken.
- Geen continuïteit in de politieke dialoog: zodra een andere regering aan de macht komt, lijkt het erop dat de afspraken die eerder werden gemaakt, niet meer gelden.
- De goededoelenorganisaties vertegenwoordigen voornamelijk hun eigen groepen, waardoor de effectiviteit van hun campagnes niet altijd voldoende slagkracht heeft. Voorbeeld: het verkopen van het huis betreft over het algemeen niet de mensen met een handicap, omdat deze meestal geen huis bezitten. Voor ouderen daarentegen is de huizenverkoop wel een belangrijke kwestie. Er ontstaat een 'strijd' tussen de diverse gebruikers van het langdurige- en socialezorgsysteem: de regering kan niet overal in investeren. Het investeren in 'ouderen' kan voor werkende volwassenen met een handicap leiden tot geen of minder langdurige en sociale zorg. Zolang de charitatieve organisaties niet samenwerken, blijven hun onderhandelingen met de regering versnipperd en ineffectief.

Engeland afrondend

Er bestaat geen draagvlak in Engeland voor het beleid op het gebied van de langdurige en sociale zorg. Dit is onder meer omdat het bestaande beleid verouderd is en door geen enkele maatschappelijke partij wordt gedragen, noch door politici of gemeenten, noch door de zorgverleners of door de belangenorganisaties, de ouderen of de rest van de bevolking. Er is een langdurende kritiek op het beleid met betrekking tot de langdurige en sociale zorg, bij gebrek aan een langetermijnvisie daarop. De zwakste schakel in dit systeem lijkt ons het politieke systeem, dat in plaats van datgene te continueren waarover de partijen al overeenstemming hebben bereikt, telkens weer opnieuw begint, namelijk een nieuwe commissie in het leven roepen, een nieuw rapport schrijven en nieuwe onderhandelingsrondes voeren, totdat de regeringstermijn afloopt. Langetermijnvisie en continuïteit zijn twee kernbegrippen die we als lessen kunnen meenemen als Nederland een brede maatschappelijke steun voor een eigen beleid voor de langdurige zorg ambieert.

5.5 Japan

Context

Japan heeft een lange traditie van een holistische en overwegend positieve benadering tot het ouder worden.⁴¹ Traditionele huishoudens in Japan telden meerdere generaties; de sociale verbinding met familie en gemeenschap wordt gezien als een belangrijke factor van het welzijn. De Japanse normatieve opvattingen ten opzichte van familierelaties zijn gebaseerd op respect en een morele plicht om voor de ouders te zorgen ('filial piety').⁴² Verzorging van de ouderen werd binnen de families altijd uitgevoerd door de vrouwen, voornamelijk door echtgenotes, dochters of schoondochters. Traditioneel zien de ouderen in Japan af van overmedicalisering van het verouderingsproces⁴³ en blijven ze trouw aan de traditionele middelen, zoals corrigerende diëten en een gezonde levensstijl.⁴⁴

Deze normen en culturele waarden werden in de tweede helft van de twintigste eeuw op de proef gesteld, toen het aantal ouderen in Japan sterk ging stijgen. Dit leidde tot belangrijke verschuivingen in de maatschappelijke opvattingen over ouderenzorg en de traditionele vormen van het wonen. We noemen enkele relevante voorbeelden.

Ten eerste ging de demografische trend gepaard met urbanisatie en een verandering in de traditionele familierelaties, waarbij jongeren niet langer voor hun oudere familieleden konden of wilden zorgen. Vanwege hun lage inkomen konden de ouderen echter niet zelf overleven, waardoor het aantal driegeneraties-huishoudens tussen 1980 en 2005 bleef stijgen.⁴⁵ Tegelijkertijd nam het aantal alleenwonende of met een echtgenote wonende ouderen toe.⁴⁶ Een belangrijke rol in dit verband speelt de stijging van de arbeidsparticipatie van vrouwen, die daardoor niet langer informele zorg kunnen leveren.⁴⁷

Ten tweede verbleven in de periode voor 2000 veel ouderen die hulp nodig hadden, in ziekenhuizen (zie hoofdstuk 4 over *social hospitalisation*). Gemiddeld duurde hun verblijf daar tot 50 dagen, hetgeen het curatieve gezondheidsstelsel onbetaalbaar maakte. Een alternatief voor ouderen was om naar een verzorgingstehuis te verhuizen. In 1973 werd gezondheidszorg aan mensen van 70 jaar of ouder nog gratis verleend; vanaf 1983 gingen ze meebetalen.

41 Jenkins en Germaine 2019.
 42 Taniguchi en Kaufman 2017.
 43 Omori en Dempsey 2018.
 44 Tokudome et al. 2016.
 45 Shirahase 2015.
 46 Jenkins en Germaine 2019.
 47 Kikuzawa 2015.

Voor ouderen met een laag inkomen en zonder hulp van de familie betekende dit in armoede (over)leven.⁴⁸

De combinatie van deze en andere, voornamelijk economische, factoren (de Japanse economische zeepbel die in 1991 barstte) heeft ertoe geleid dat Japan een nieuw beleid voor langdurige zorg heeft geïntroduceerd. Vanaf 2000 voert Japan een samenhangend beleid, met de nadruk op een langdurigezorgverzekering, gebaseerd op een langetermijnvisie, waarbij rekening wordt gehouden met demografische ontwikkelingen van het verleden en in de toekomst. In 2040 bestaat naar verwachting 36 procent van de Japanse bevolking uit ouderen.⁴⁹

Ten minste drie factoren zorgen voor een breed maatschappelijk draagvlak voor de langdurigezorgverzekering (LTCI). Ten eerste nam de hervorming tijd in beslag. Vanaf 1994 werd het beleid breed in de samenleving besproken, geruime tijd voor de introductie van de langdurige zorgverzekering in 2000. Ten tweede is het systeem van de langdurige en sociale zorg weliswaar gecentraliseerd, maar bevat het ingebouwde mechanismen voor aanpassingen (eens in de drie jaar) conform de reële zorgvraag en de daarvoor benodigde bijdragen.⁵⁰ Deze aanpak is tevens gebaseerd op de culturele en normatieve opvattingen van de Japanse samenleving, zoals oprechtheid en transparantie wat betreft de geschiktheid voor en de toelatingsvoorwaarden van langdurige zorg. Ten derde wordt het huidige beleid gekenmerkt door een ruim aanbod van langdurigezorgdiensten en een verplichte bijdrage voor langdurige zorg vanaf 40 jaar. De keuze voor deze grens is heel goed overwogen. De veronderstelling is dat mensen in deze levensfase (40 jaar en ouder) een stabiel inkomen hebben en zelf kunnen zien hoe hun ouders profijt hebben van het systeem.⁵¹

Debattopics

Sinds de invoering van de LTCI blijft het maatschappelijk draagvlak voor de langdurige zorg in Japan stabiel. Het algemene maatschappelijk doel van de LTCI was om de langdurige zorg noch volledig door de staat te laten uitvoeren, noch uitsluitend door de families te laten dragen. Het nieuwe beleid was gebaseerd op 'een sociaal contract' (verplichte premies) en de keuze van de gebruikers van langdurige zorg, die ze als consument kunnen maken uit de diverse zorgverleners.⁵²

48 Iwagami en Tamiya 2019.

49 <https://www.mckinsey.com/featured-insights/asia-pacific/japan-lessons-from-a-hyperaging-society>

50 zie Curry et al. 2018.

51 Curry et al. 2018.

52 Izuhara 2003.

Op basis van de gesprekken met enkele Japanse experts en een beknopte literatuurstudie hebben we voor vier thema's gekozen die terugkeren in het Japanse maatschappelijk debat. Deze thema's dragen bij aan het maatschappelijk draagvlak voor het langdurigezorgbeleid en kunnen tegelijkertijd van belang zijn voor de zienswijze in Nederland.

Het pleiten voor gemeenschapszorg

Verschuiving van de langdurige zorg naar gemeenschappen en het ontlasten van de families is een belangrijke drijfveer geweest voor de hervorming van de langdurige zorg in 2000. De discussies die als uitvloeisel van deze keuze worden gevoerd, betreffen de wenselijkheid van gemeenschapszorg, zoals die door ouderen wordt ervaren. De gemeenschapszorg wordt gestimuleerd door de centrale en lokale overheid. De belangrijkste argumenten voor zorg binnen de gemeenschap zijn preventie en sociale contacten, die kunnen helpen om isolement en eenzaamheid bij ouderen te voorkomen. Verder treden de ouderen op als consumenten en bepalen ze zelf hoe ze hun beschikbare middelen willen inzetten en welke zorg ze willen 'inkopen'. Vandaag de dag lijkt het erop dat de kanteling in de richting van gemeenschapszorg nog niet overal wordt omarmd; soms botst deze met de culturele normatieve opvattingen over het verlenen van zorg door familieleden.

Dit debattopic geeft ons een goed inzicht in de complexiteit van de hedendaagse debatten, die vaak meerdere maatschappelijke problemen betreffen en daarom in samenhang met deze andere problemen dienen te worden begrepen. Zo wordt bijvoorbeeld tegelijkertijd met het debat over de gemeenschapszorg, maar niet altijd in verband daarmee, een ander maatschappelijk vraagstuk besproken, namelijk de stijging van het aantal eenpersoonshuishoudens in Japan. In 2040 zal naar verwachting 44 procent van alle huishoudens in Japan uit 65-plussers bestaan, en daarvan zal 40 procent een eenpersoonshuishouden zijn.⁵³ Deze stijging komt niet alleen door de toename van het aantal ouderen, maar heeft ook te maken met andere maatschappelijke ontwikkelingen, zoals het stijgende aantal ongetrouwde mensen (in 2015 was 23 procent van de mannen en 14 procent van de vrouwen van 50 jaar en ouder ongetrouwd). In het kader van deze ontwikkeling kan het debat over de verschuiving van de zorg naar gemeenschappen, een andere lading en wellicht meer steun krijgen.

Intergenerationele solidariteit

Er is een aanhoudend debat over het solidariteitsgevoel van de 'jongere' generatie (mensen van 40 jaar of ouder), die een premie voor LTCI moet betalen en

ook informele zorg aan hun ouders moet verlenen.⁵⁴ Om die verplichte premies te kunnen betalen stappen meer mensen, waaronder veel vrouwen, naar de arbeidsmarkt.

Vanaf 1990 begon de informele zorg, die traditioneel in Japan door familieleden werd gegeven, te ‘de-familieseren’. Deze trend werd gesteund door het overheidsbeleid, dat opzettelijk geen economische prikkels voor de mantelzorg bevatte. De huidige retoriek (vanaf 2010) in het politieke debat is echter veranderd. Er wordt een oproep gedaan om te ‘re-familieseren’, dat wil zeggen dat gezamenlijke woonvormen voor diverse generaties worden gepromoot.⁵⁵ De argumenten daarvoor zijn dat de gezamenlijke middelen van de diverse generaties voor hogere geboortecijfers zullen zorgen en voor een betere verdeling tussen betaald werk en informele zorg. Een opiniepeiling uit 2003 toonde echter aan dat noch de ouderen noch hun kinderen het driegeneratiehuishouden steunen.⁵⁶ Intussen blijft de kwestie van samenwonen belangrijk voor diegenen die aan de erfenis denken of die vanwege de traditie of een morele plicht voor hun ouders willen zorgen.⁵⁷

Informele zorg

De- en re-familiesering zijn zeer complexe processen, die zijn gebaseerd op de samenhang van economische belangen, de ontwikkeling van de huishoudens, de culturele opvattingen over informele zorg (altruïsme, dat wil zeggen zorgen voor je ouders) en de verwachtingen van volwassen kinderen dat ze de erfenis van hun ouders zullen ontvangen als gevolg van hun zorginspanning (egoïsme).⁵⁸ Het langdurigezorgbeleid kan de normatieve opvattingen heel sterk beïnvloeden. Hoe effectiever het beleid, des te minder prikkels voor jongeren en ouderen om de traditionele opvattingen over informele zorg in stand te houden.

Volgens de cijfers van MHLW⁵⁹ wordt bijna 70 procent van de informele zorg voor ouderen verleend door hun familieleden, en 70 procent van hen zijn vrouwen. De verlichting van de zorgtaken door de-familiesering moest voornamelijk door de vrouwen worden gevoeld. De experts geven echter aan dat sinds de introductie van het beleid dit alleen geldt voor de schoondochters. In de context van de moderne retoriek over re-familiesering lijken de taken die bij de vrouwen worden neergelegd, alsmaar toe te nemen: van hen wordt verwacht dat ze

54 Campbell 2014.

55 Izuhara 2020.

56 Cabinet Office Government of Japan 2003.

57 <https://www.japantimes.co.jp/news/2018/08/28/national/50-percent-people-japan-considered-living-near-parents/>

58 Horioka et al. 2018.

59 The Ministry of Health, Labour and Welfare (Japan) 2015, geciteerd in Miyazaki 2019.

in een huishouden met meerdere generaties meer kinderen baren, meer werken en meer onbetaald werk verrichten.⁶⁰ Een belangrijk tegenargument in het debat over de vruchtbaarheidsgraad is dat er geen bewijs bestaat dat in de huishoudens met drie generaties meer kinderen worden geboren. Japanse vrouwen bevinden zich in een spagaat tussen de conflicterende normatieve systemen (onbetaald werk versus betaald werk, zorg voor ouders of schoonouders), die bovendien door de verschillende generaties anders worden opgevat.⁶¹ Wat weinig verandert, is de verwachting dat vrouwen de informele zorg voor ouderen verlenen.

Dit debat wordt nog complexer vanwege de recente ontwikkeling van ‘co-residence’, ofwel de situatie dat in eenzelfde huishouden meerdere mensen wonen, bijvoorbeeld volwassen ongetrouwde kinderen en hun ouders.⁶² Het impliciete probleem is hier dat deze ongetrouwde volwassenen op den duur niemand hebben om hen te ondersteunen, waardoor ze zwaar moeten leunen op de publieke zorgmiddelen.

Tekort aan zorgpersoneel

Een groot tekort aan zorgmedewerkers in de langdurige zorg⁶³ heeft tot een voor Japan ongewoon besluit geleid, namelijk om buitenlandse arbeidskrachten aan te trekken om zorgtaken in de langdurige zorg te vervullen. Japan kent geen geschiedenis van immigratie vergelijkbaar met de Europese migratiegeschiedenis. Dit is ook de reden waarom de personeelstekorten in de Japanse langdurige zorg lang los werden gezien van de algemene ontwikkelingen op de arbeidsmarkt. We nemen deze discussie als voorbeeld (zie box 5.4), omdat diverse normatieve en economische kaders die kenmerkend zijn voor Japan, in dit debat samenkomen.

60 Izuhara 2020.

61 Schultz Lee 2010.

62 Izuhara 2020.

63 Miyazaki 2019.

Box 5.4 Introductie van een arbeidsmigratiehervorming

Het maatschappelijk debat over arbeidsmigratie vindt zijn basis in de tekorten op de arbeidsmarkt. De langdurige zorg is een van de meest getroffen sectoren. Historisch gezien is Japan nooit een gastland voor migranten geweest. De Japanse bevolking hecht veel waarde aan traditionele cultuur en een hoge werkkwaliteit. Vanwege de verslechterde situatie op de arbeidsmarkt als gevolg van de demografische veranderingen in de afgelopen decennia (lagere geboortecijfers en een stijgend aantal ouderen), zijn de Japanse bevolking en de Japanse politiek ontvankelijker voor arbeidsmigratie. Oorspronkelijk, in 2008-2009 (EPA-overeenkomst met Indonesië, Filippijnen en Vietnam), ging het uitsluitend over hoog gekwalificeerde werkers, wiens verblijfsvergunning werd onderworpen aan strikte arbeidsgerelateerde, professionele en culturele eisen. Deze eisen werden breed gedragen door de samenleving en hielden onder meer een voortreffelijke beheersing van de Japanse taal in, evenals een in Japan geldige kwalificatie als geregistreerd verpleegkundige of verzorger. Verder moesten immigranten de Japanse tradities kennen, die in verpleeghuizen het gevoel van 'culturele intimiteit' voor de bewoners moeten creëren, zoals het nemen van een bad in plaats van het iemand wassen met een spons. Belangrijk is dat deze eisen zorgden voor acceptatie van deze zorgmedewerkers door het brede publiek. Vanwege de restrictieve regels blijft het aantal buitenlandse zorgverleners echter laag. In 2018 werden slechts 773 zorgverleners via de EPA-overeenkomst aangenomen, terwijl gedurende dat decennium vanaf 2008 in totaal 4.302 zorgmedewerkers aan het werk gingen (peildatum januari 2019).⁶⁴ In 2019 werd een recordaantal buitenlanders op de Japanse arbeidsmarkt geconstateerd, namelijk 1,66 miljoen, ofwel 1,3 procent van de totale bevolking. Slechts 34.261 van hen werkte in de zorgsector.⁶⁵ Naar schatting heeft deze sector honderdduizenden medewerkers nodig om aan de groeiende vraag te kunnen voldoen.⁶⁶

64 <https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000526602.pdf>

65 <https://www.nippon.com/en/japan-data/hoo676/record-1-66-million-foreign-workers-in-japan-in-2019.html>

66 <https://www.wsj.com/articles/japan-skirts-immigration-debate-by-offering-internships-to-foreigners-1429049533>

Het maatschappelijk debat over arbeidsmigratie wordt gevoerd door zowel politici als zorgverleners en -gebruikers. De zorgverleners accepteren sinds kort de noodzaak om buitenlanders aan te trekken, maar weten vaak niet hoe dit op een verantwoorde manier en met behoud van kwaliteit en draagvlak bij de ouderen en hun families gestalte kan krijgen. De recente kritiek van het Japanse TITP-programma (Technical Intern Training Program) voor buitenlanders met lagere kwalificaties behelsde gevallen van gedwongen arbeid, opsluiting en zelfs mensenhandel (zie de laatste voetnoot).

Het blijft voor de Japanse samenleving nog steeds problematisch om arbeidsmigratie te accepteren. Tegelijkertijd weten bijna alle partijen dat er geen andere oplossing is.⁶⁷ Een positief signaal is dat meer langdurige zorgverleners buitenlandse medewerkers aannemen of overwegen dit te doen. Steeds meer gebruikers reageren positief over de kwaliteit van het werk van de buitenlanders.⁶⁸ Het debat gaat verder over de voorwaarden van de arbeidsmigratie, namelijk over de kwaliteit van het werk, de kennis van de culturele normen en waarden, de mogelijkheden voor migranten om een verblijfsvergunning te krijgen en om ook hun families uit te nodigen om permanent in Japan te komen wonen. Een recente opiniepeiling (nationale telefoonenquête, maart 2020) toont aan dat hoewel 70 procent van de bevolking arbeidsmigratie steunt, slechts 57 procent bereid is om deze mensen als bewoners van hun gemeenschap te accepteren.⁶⁹

Dit debat is nu gaande. Opmerkelijk is dat het normatieve kader voor acceptatie van migranten een belangrijke rol speelt in relatie tot de economische argumenten. Volgens de bevolking, de zorgverleners en ook de politici is het van groot belang dat de nieuwkomers de 'regels van het dagelijkse leven leren'. Deze nadruk op de eigen waarden is begrijpelijk voor de relatief gesloten culturele tradities van Japan. Tegelijkertijd kan dit leerzaam zijn om te zien hoe de kennis van de culturele en maatschappelijke waarden van het gastland als leidende factor in het migratiebeleid wordt gezien en niet snel ondergeschikt raakt aan economische belangen.

67 <https://www.japantimes.co.jp/news/2019/03/31/national/foreign-workers-way-japanese-businesses-ready/>

68 <https://www.mhlw.go.jp/content/12000000/000526602.pdf>

69 https://www.nhk.or.jp/bunken/english/research/yoron/20200801_5.html

Een andere belangrijke les is dat de problematiek van migratie, arbeidsmarkt en langdurige zorg niet los van elkaar kan worden gezien. Zolang er geen helder beleid in Japan komt dat immigratie stimuleert en reguleert, zal het land vooral in de zorg met arbeidstekorten blijven kampen.

Een algemene concluderende opmerking over het Japanse publieke debat is dat al deze topics telkens terugkeren, onder meer omdat er geen eenduidige oplossing mogelijk is en omdat de normatieve kaders geleidelijk aan veranderen.

Debatvoering

Politici en vertegenwoordigers van de lokale overheden zijn de voornaamste gespreksleiders van de discussies over langdurige zorg. Daarnaast voeren experts een academisch debat over het onderwerp. De experts zijn het met elkaar eens dat Japanse ouderen onvoldoende inzicht hebben in de wijze waarop de langdurige zorg in Japan wordt georganiseerd en tussen welke opties ze kunnen kiezen. Mede daardoor is de stem van ouderen in de debatten nauwelijks hoorbaar. Hun kinderen, die premies betalen, zijn beter op de hoogte, wat deels ook de bedoeling van de politieke campagnes is, namelijk om ook de jongere generaties bij het beleid te betrekken. Een andere reden voor de latente debatvoering is het door de bevolking breed gedeelde besef dat ontevredenheid over de omvang en/of kwaliteit van de langdurige zorg kan resulteren in nog hogere premies voor werkenden en een steeds grotere eigen bijdrage van ouderen.

Japan afrondend

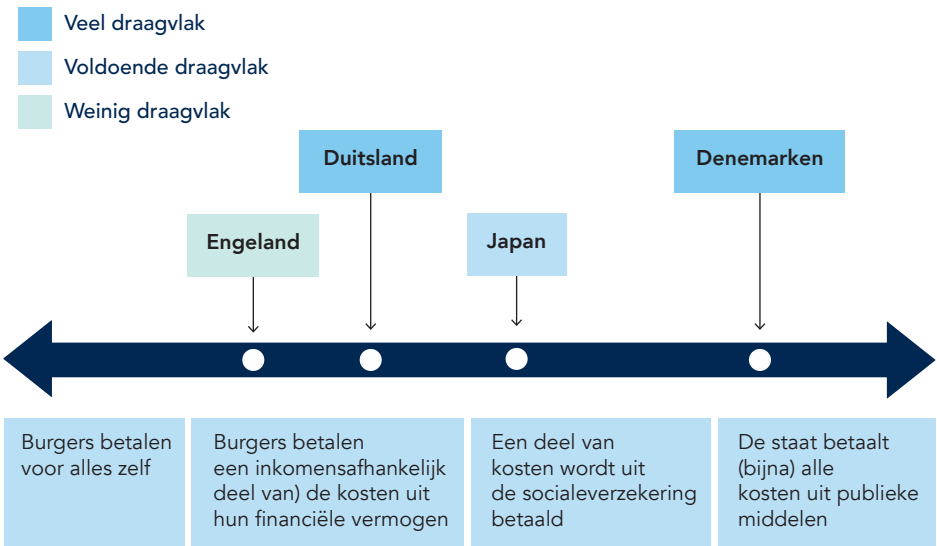
In Japan berust het beleid rondom de langdurige en sociale zorg op een stabiel maatschappelijk draagvlak. Het publieke debat over LTCI in Japan kan als gematigd worden gekarakteriseerd. De aanpassingen in het beleid van de afgelopen 20 jaar zijn minimaal geweest. In de publieke opinie voert Japan een beleid dat gebaseerd is op een langetermijnvisie. Dit zorgt voor vertrouwen en algemene tevredenheid. De driejaarlijkse revisie van het beleid vindt voornamelijk plaats op lokaal niveau, waar vervolgens ook de uitvoering plaatsvindt. De combinatie van een langetermijnvisie en mechanismen voor bijstelling op korte termijn creëert in de samenleving een duurzaam draagvlak voor het totaalbeleid. Tegelijkertijd proeven we een toenemend gevoel van onzekerheid in de Japanse samenleving, omdat het aantal mensen dat beroep op de langdurige zorg wil doen, sneller stijgt dan het effect van het gevoerde beleid dat deze ontwikkelingen kan matchen.

Het feit dat het beleid gebaseerd is op een langetermijnvisie, geeft ruimte voor graduele veranderingen in de normatieve kaders. Dit zorgt voor een breder maatschappelijk draagvlak. Tegelijkertijd kosten veranderingen daardoor meer tijd, die de Japanse samenleving op dit moment nauwelijks heeft.

5.6 Maatschappelijk draagvlak voor de eigen verantwoordelijkheid

In diverse landen verschilt het maatschappelijk draagvlak voor de vraag wie de financiële verantwoordelijkheid moet dragen voor het systeem van langdurige en sociale zorg. Figuur 5.1 laat dit zien voor de onderzochte landen Duitsland, Denemarken, Engeland en Japan. De schaal in deze figuur⁷⁰ is indicatief en gebaseerd op recente gesprekken met experts uit deze landen.

Figuur 5.1 Verschil in maatschappelijk draagvlak voor de financiële verantwoordelijkheid voor het systeem van langdurige en sociale zorg)



70 Geïnspireerd door Cameron en Balfour 2018.

5.7 Conclusie

Sommige debattopics keren, ondanks verschillen in de normatieve, culturele en historische context, in alle vier de landen terug. Daarbij gaat het om:

1. de verhouding tussen de eigen bijdrage en het leunen op publieke middelen;
2. een verschuiving van formele/intramurale zorg naar informele en gemeenschapszorg; en
3. grote personeelstekorten in de langdurige en sociale zorg.

De aanpak van de onderwerpen verschilt per land en de diepgang van het maatschappelijk debat geeft geen directe aanwijzing voor het maatschappelijk draagvlak. We concluderen dat de inhoud van het publieke debat geen garantie biedt voor het draagvlak op zich. Pas wanneer de inhoud van de debatten aansluit bij een actieve besluitvorming op het niveau van de (lokale) regering, kan zich een stabiel maatschappelijk draagvlak ontwikkelen voor het beleid. Deze voorwaarde is overkoepelend en geldig voor alle nationale contexten, die op hun beurt specifieke voorwaarden voor het maatschappelijk debat bevatten, conform de normatieve kaders en culturele/historische waarden die in elk land worden gehanteerd.

6. Discussie

Het algemene beeld dat uit de landenvergelijking naar voren komt, is dat alle vier de landen continu op zoek zijn naar een balans tussen betaalbaarheid, solidariteit, kwaliteit van zorg, toegankelijkheid en maatschappelijk draagvlak. Geen van de landen heeft de ultieme balans kunnen vinden en dat is, gezien de complexiteit van het vraagstuk, ook een bijna onmogelijke opgave. Het duurzaam organiseren van de ouderenzorg kan het best worden bestempeld als een *wicked problem*. Dit heeft consequenties voor de aanpak ervan. Problemen zijn ‘wicked’ wanneer er zowel een normatieve als een politieke discussie over de aard van en kennis over het probleem bestaat.¹ Vanuit de literatuur wordt gewezen op het belang te erkennen dat *wicked problems* niet oplosbaar zijn in de traditionele zin, dat wil zeggen dat er geen optimale uitkomst is. Dat betekent niet dat er niet op een rationele manier mee kan worden omgegaan:

“A wicked problem, we argue, does not allow perfect, but instead requires imperfect, but intelligent responses.”²

Een intelligente *governance* van *wicked problems* vereist onder andere reflexiviteit van de betrokkenen en aandacht voor de achtergrond van de problematiek en de sociale inbedding ervan. Reflectie op de normatieve aannames achter een bepaalde probleemdefiniëring is hierbij van belang. Om die reden kunnen wij uit deze landenvergelijking ook geen *best practice* aanwijzen en kunnen lessen niet één op één worden vertaald naar de Nederlandse situatie, gezien de unieke culturele en historische context. Daarom kiezen wij ervoor om scenario’s te beschrijven op basis van de eerder onderscheiden typen van de verzorgingsstaat (zie hoofdstuk 2), om vandaaruit de verschillende institutionele keuzes en bijbehorende arrangementen te beschrijven die meer helderheid verschaffen over de wijze waarop de langdurige zorg kan worden vormgegeven, en wat daarvan de mogelijke consequenties zijn voor de betaalbaarheid, de kwaliteit en het maatschappelijk draagvlak van de langdurige zorg.

¹ Bannink en Trommel 2019; Bijker et al. 2009.

² Bannink en Trommel 2019:198.

6.1 Keuzes met betrekking tot financiële houdbaarheid, personele houdbaarheid en kwaliteit en maatschappelijke houdbaarheid

Liberaal verzorgingsstaat

In een liberale verzorgingsstaat is de rol van de staat gering en wordt een voorname rol toegedicht aan de markt. De rol van het individu is groot en er wordt een sterk beroep gedaan op de eigen verantwoordelijkheid. De taak van de overheid is erop toe te zien of de regels wel worden nageleefd. Daarnaast vormt de overheid een vangnet voor een klein deel van de bevolking. Van de vier onderzochte landen komt Engeland het dichtst in de buurt van dit model.

In Engeland is flink gekort op de lokale budgetten voor langdurige zorg vanuit de gedachte dat de markt de zorg efficiënt kan organiseren, maar ook vanuit de (financiële of politieke) ingewikkeldheid om de langdurige zorg in te richten zoals de National Health Service (NHS), die juist universele toegang en staatsgefinancierde zorg biedt. In de langdurige zorg fungeert de staat alleen als vangnet voor dat deel van de bevolking dat die zorg financieel niet kan dragen. Deze aanpak is effectief om de publieke kosten terug te dringen maar brengt ook veel negatieve consequenties met zich mee. De lonen in de langdurige zorg zijn laag, wat een negatieve impact heeft op de kwaliteit van de zorg. Bovendien hebben de toegenomen financiële druk en marktwerking consequenties voor de financiële stabiliteit van grote verpleeghuisketens. Er is veel maatschappelijke onvrede. Veel mensen denken onterecht dat de langdurige zorg net zo geregeld is als de medische zorg, waartoe zij gratis toegang hebben. Ook is er weinig keuzevrijheid. De mensen in een hogere sociaal-economische klasse betalen een veel hogere prijs voor hun zorg, maar ontvangen dezelfde zorg als hun buurman/-vrouw die vanuit de publieke middelen wordt betaald. De publieke middelen per cliënt zijn zo laag dat verpleeghuizen wel moeten kruissubsidiëren tussen 'private payers' en cliënten die door de staat worden bekostigd.

In de Nederlandse langdurigezorgsector speelt de private markt wel een rol, maar die is veel minder prominent – de markt is zagezegd sterk 'aangelijnd'. Zorgkantoren kopen zorg in en stellen contracten op met zorgorganisaties, maar van 'echte' competitie is geen sprake.³ Er is wel een tendens naar particuliere verpleeghuizen, waar individuele keuze en marktwaarden veel meer centraal staan.⁴ In tegenstelling tot de winstgeoriënteerde verpleeghuizen in Engeland, lijken de particuliere verpleeghuizen in Nederland minder in te zetten op efficiëntie, maar door hoge prijzen willen ze genoeg omzet garant stellen.⁵

³ Stadhouders 2018.

⁴ Kruse et al. 2020; Bos et al. 2020.

⁵ Bos et al. 2020.

De Engelse casus laat zien dat een liberale verzorgingsstaat de neiging heeft om sterk in te zetten op efficiëntiewinsten en hoge eigen betalingen. Hij laat verder zien dat een dominante markt in de langdurige zorg kan leiden tot kwaliteitsverliezen en maatschappelijk ongenoegen.

Corporatisme (sociale verzekering)

De corporatistische verzorgingsstaat leunt sterk op de rol van de familie en socialezorgverzekeringen, waarbij de overheid voornamelijk als cofinancier, reguleerder en toezichhouder optreedt. Een socialezorgverzekering, die op afstand van de staat opereert, organiseert en koopt de langdurige zorg.

Duitsland en Japan zijn de landen die tot de corporatistische verzorgingsstaat behoren, maar wel ieder op hun eigen manier. Beide landen worstelen met hoge publieke kosten voor de langdurige zorg, die bovendien moeilijk te bedwingen zijn. Over de jaren heen hebben zowel Japan als Duitsland hun budgetten hiervoor verhoogd. Dit wordt gefinancierd door hogere premies, hogere eigen betalingen en premies die afhankelijk zijn van persoonlijke kenmerken (bijvoorbeeld leeftijd en gezinssamenstelling). Japan en Duitsland hebben geprobeerd grip te krijgen op de hoge collectieve kosten door vooral sterk te sturen op volume (onder andere toegang tot voorzieningen). Japan controleert bijvoorbeeld de toestroom tot de publieke voorzieningen door alleen mensen met ouderdomsziektes toe te laten; in Duitsland mogen mensen pas een beroep doen op de sociale verzekering als ze minstens twee jaar premie hebben betaald. Beide landen doen een beroep op de familie voor ondersteuning in de zorg. Duitsland draagt hieraan bij uit publieke middelen, terwijl die zorg in Japan nog grotendeels informeel is. Beide landen (net als Engeland overigens) kampen met schaarste aan zorgpersoneel, wat de houdbaarheid van het stelsel in gevaar brengt. De kwaliteit van de institutionele zorg in Japan en Duitsland is relatief goed, maar in beide landen is de houdbaarheid van personeel (in enge zin) een groot vraagstuk. In Duitsland wordt al een groot aandeel van de zorg door migranten geleverd en Japan flirt met dit idee. Opvallend is verder hoe beide landen bewegen tussen centralisering en decentralisering. In Japan heeft een centraliserende beweging plaatsgevonden (meer overheid en minder eigen verantwoordelijkheid voor kwetsbaren), maar is nu juist een decentraliserende beweging aan de gang ('meer thuis') om de hoge collectieve uitgaven te verlagen. In Duitsland zien we dat de overheid nu weer meer inzet op centraal beleid. Dit is vooral ingegeven door de personele tekorten, met name in rurale gebieden.

Ook het Nederlandse zorgstelsel heeft vanuit de historie sterk corporatistische kenmerken. Het Nederlandse zorgstelsel leunt, in vergelijking met Japan en Duitsland, minder op de inbreng van familie. Daarnaast zijn de eigen betalingen in vergelijking met zowel Duitsland als Japan veel lager, en is differentiatie in

de eigen bijdrage en premie op basis van leeftijd en gezinssamenstelling veel minder geaccepteerd.

Sociaaldemocratisch

In een sociaaldemocratische verzorgingsstaat speelt de staat de hoofdrol. Deze acteert als collector en beheerder van de publieke middelen en levert tevens de publieke voorzieningen. Hiermee worden universele toegankelijkheid en sociale zekerheid gewaarborgd.

De meeste Scandinavische landen behoren tot dit type verzorgingsstaat. Denemarken is hier een voorbeeld van. De Deense langdurige zorg is sterk gedecentraliseerd. Gemeenten en, in toenemende mate, provincies of 'regio's' zijn verantwoordelijk voor de organisatie van de noodzakelijke zorg binnen hun gebied. Mensen blijven zo lang mogelijk thuis wonen, en er is een goed georganiseerd systeem van thuiszorg. De paradox is wel dat de Deense langdurige zorg een sterk universeel karakter beoogt, maar dat er tegelijkertijd door de decentralisatie een hoge mate van ongelijkheid bestaat tussen regio's met betrekking tot hoe de langdurige zorg is georganiseerd. Om de hoge kosten van deze publieke langdurige zorg te financieren is er een sterke nadruk op het ondersteunen van zorg thuis en preventie. Daarnaast heeft Denemarken zich meer bewogen naar een marktgeoriënteerd systeem, om zo de publieke kosten te verlichten. Dit heeft echter maatschappelijk ongenoegen teweeggebracht.

In Nederland is de rol van de staat in de langdurigezorgsector veel minder groot in vergelijking met die in Denemarken. Alle aanbieders in de Nederlandse langdurige zorg zijn bijvoorbeeld privaat in plaats van publiek. Wel lijkt de wijze waarop Nederland de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) heeft georganiseerd, meer overeen te komen met het Deense stelsel: de Wmo is ook sterk gedecentraliseerd en de nadruk ligt op het ondersteunen van mensen om zo lang mogelijk thuis te kunnen wonen. Nederland beschikt echter niet over een gelijksoortig omvangrijk en centraal georganiseerd systeem van thuiszorg als Denemarken.

Bij een langdurigezorgsysteem waarbij de rol van de staat sterk is (sociaaldemocratische verzorgingsstaat), wordt de toegankelijkheid gewaarborgd. De kosten van de langdurige zorg kunnen daarbij een grote druk uitoefenen op de collectieve middelen en de kwaliteit van zorg kan daardoor mogelijk op de tocht komen te staan. Het voordeel van een publiek georganiseerd langdurigezorgsysteem is dat eerder wordt gedacht aan (collectieve) preventie en het (collectief) faciliteren van zorg thuis om de publieke kosten te beheersen dan aan een meer marktgericht stelsel.

Nederlandse context

In deze studie onderzochten we hoe andere landen hebben geprobeerd de langdurige en sociale zorg betaalbaar te organiseren en tegelijkertijd de zorg kwalitatief goed en toegankelijk te houden, met behoud van maatschappelijk draagvlak. Onze bevindingen kunnen bijdragen aan dit vraagstuk voor de Nederlandse context.

Wat de verschillende casussen laten zien, is dat er voortdurend een balans moet worden gezocht tussen de waarden betaalbaarheid, kwaliteit, toegankelijkheid en maatschappelijk draagvlak. Hoe deze balans wordt gevonden, hangt samen met het type verzorgingsstaat van de verschillende landen. De Nederlandse langdurige zorg ligt meer in de lijn van een corporatistische (sociale verzekering) verzorgingsstaat (de Wet langdurige zorg, Wlz, in ieder geval) en dit lijkt ook het meest te passen in de historische en culturele context van Nederland.⁶ Als het gaat om de kosten te bedwingen, kan Duitsland, en hoe daar invulling is gegeven aan de eigen betalingen, als voorbeeld dienen. Om burgers te beschermen tegen catastrofale kosten heeft de Duitse overheid hen gestimuleerd hiervoor een private verzekering af te sluiten. Waar Nederland waakzaam voor moet zijn is om te veel te korten op de personeelskosten in de langdurigezorgsector. Momenteel worden de Nederlandse verpleegkundigen relatief goed betaald ten opzichte van die in andere landen.⁷ Engeland, Japan en Duitsland zijn alle drie voorbeelden waarbij de lage lonen in de langdurige zorg hebben geleid tot een slechtere kwaliteit van zorg en hebben bijgedragen aan maatschappelijke onvrede.

Net als in een sociaaldemocratische welvaartsstaat speelt de Nederlandse overheid een prominente rol bij het organiseren van de langdurige zorg, maar deze wordt geleverd door private zorgaanbieders. Tegelijkertijd wordt er regelmatig gekeken naar Scandinavië, en dan vooral naar Denemarken, als goed voorbeeld van een gedecentraliseerd zorgsysteem en 'langer thuis'. Op basis van onze analyse kan echter de vraag worden gesteld of het Deense model soelaas biedt, en of het überhaupt mogelijk is dit model in te voeren. Denemarken kampt net als Nederland met grote vraagstukken rondom de betaalbaarheid van de zorg, en loopt aan tegen de grenzen van de organiseerbaarheid van de langdurige zorg op lokaal niveau. Nederland kan echter wel leren van Denemarken als het gaat om het ondersteunen van zorg thuis en preventie. Dit zou wel een flinke investering betekenen in de thuiszorg en de eerstelijnszorg. Een belangrijke vraag daarbij is of hiervoor in Nederland wel voldoende goed opgeleid zorgpersoneel beschikbaar is.

6 Companje 2014.

7 Papanicolas et al. 2018.

Een sterk marktgeoriënteerd ('liberaal') langdurigezorgsysteem, zoals in Engeland, lijkt het minst gewenst voor de Nederlandse context, omdat kwaliteit en toegankelijkheid sterk in het gedrang kunnen komen. De langdurige zorg lijkt zich slecht te lenen voor een kostenbeheersingsbeleid dat is gebaseerd op het verbeteren van efficiëntie. Schrante budgetten, hoge eigen bijdragen en een beperkte toegang kenmerken de Engelse situatie. Bovendien laat Engeland ook zien dat het langdurigezorgsysteem op weinig maatschappelijk draagvlak kan rekenen.

6.2 Aandachtspunten voor succesvolle aanpassing van beleid

In deze paragraaf formuleren we een aantal aandachtspunten voor het *wicked problem* van het aanpassen van de langdurige zorg in Nederland. Aandacht voor de sociale inbedding van die zorg en de maatschappelijke waarden die achter het debat schuilgaan, is daar onderdeel van. Net als het betrekken van maatschappelijke actoren en het blijvend reflecteren op en evalueren van beleid.

Op grond van de onderliggende vergelijkingsstudie constateren we dat in drie van de vier landen, namelijk Denemarken, Duitsland en Japan, een redelijk maatschappelijk draagvlak bestaat voor het daar gevoerde langdurigezorgbeleid. In Engeland daarentegen is dat draagvlak gering.

Op grond van de analyse van de diverse vormen van debatvoering in de vier onderzochte landen, formuleren we hier enkele punten die aandacht behoeven als Nederland veranderingen wil doorvoeren in het langdurigezorgbeleid. Om de vertaalslag van de bevindingen naar toekomstige acties overzichtelijk te maken houden deze uitgangspunten rekening met de Nederlandse maatschappelijke context.

De hogere collectieve lasten lijken vooral te worden veroorzaakt door meer intramurale zorg, meer universele voorzieningen en lage eigen bijdragen

De Nederlandse langdurige zorg is relatief één van de allerduurste publiek gefinancierde langdurigezorgsystemen ter wereld.⁸⁹ Dat blijkt ook uit een vergelijking met de vier landen die we in dit rapport hebben besproken. De Nederlandse zorg is groter en omvangrijker dan die in Japan, Duitsland, Denemarken en Engeland, ondanks dat ons land relatief nog minder is vergrijsd. Dit onderzoek duidt erop dat die verschillen drie oorzaken kennen. In de eerste plaats kent Nederland relatief veel intramurale zorg. Dat kan een strategie gericht op langere zorg thuis meer opportuun maken. Ten tweede heeft Nederland, evenals

8 OESO 2019a.

9 Hierbij moet wel de kanttekening worden gemaakt dat in sommige andere landen niet alle verleende zorg in de langdurigezorgverlening tot de langdurige zorg wordt gerekend (zoals 'sociale zorg'), waardoor Nederland in de landenvergelijking hoger uitvalt.

Denemarken, een sterk universeel langdurigezorgstelsel. En tot slot liggen de eigen betalingen in Nederland rond de 10 procent van de totale uitgaven aan langdurige zorg (Wlz).¹⁰ Dit is laag in vergelijking met andere landen.

Vertaalslag naar Nederland

Hoewel het bij de houdbaarheid van de langdurige zorg nadrukkelijk ook gaat om goede kwaliteit, voldoende personeel en om maatschappelijk draagvlak, duidt ons onderzoek erop dat een beleid dat de financiële houdbaarheid vooropzet en zich daarbij spiegelt aan de door ons onderzochte landen in bijna alle gevallen evolueert in de richting van meer substitutie van zorg en langer thuis wonen, meer selectieve vormen die de toegang tot de zorg beheersen, en hogere eigen bijdragen. Dergelijke keuzes hebben consequenties voor de kwaliteit van de zorg en het maatschappelijk draagvlak. Bovendien vereist het aanpassingen in de organisatie van de zorg, bijvoorbeeld in de thuiszorg en de aansluiting van professionele en informele zorg. Hierop is het beleid in Nederland nog onvoldoende gericht.

Een heldere langetermijnvisie vormt een belangrijke basis voor duurzame beleidsaanpassingen en veranderingen

Een belangrijke les die we uit onze studie trekken, is dat het kunnen leunen op een realistische en onderbouwde langetermijnvisie voordelen biedt. Een dergelijke visie kan niet van de ene dag op de andere worden ontwikkeld. Duitsland heeft aan de voorbereiding van de hervorming bijvoorbeeld bijna 20 jaar besteed. Denemarken heeft een visie op langdurige zorg die al anderhalve eeuw als uitgangspunt geldt en nog steeds een breed maatschappelijk draagvlak geniet. In tegenstelling tot deze drie landen toont Engeland aan dat het te lang uitblijven van een strategische visie (al bijna 30 jaar) tot een steeds groter wantrouwen leidt bij de bevolking, de maatschappelijke organisaties en de politieke partijen. Een langetermijnvisie is geworteld in de historische en sociale context, die, afgezien van de inhoud, een stimulans kan geven voor de totstandkoming van een maatschappelijk draagvlak.

Voor de Nederlandse situatie is bekend dat ouderen de overgang van de verzorgingsstaat naar de participatiesamenleving als een haastige *top-down*-beslissing hebben ervaren en dat ze zeer kritisch zijn over de professionaliteit en de efficiëntie van de uitvoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).¹¹ Hoewel ouderen aangeven de inhoudelijke onderbouwing van de veranderingen te kunnen begrijpen en deze in principe ook te accepteren, zijn ze uitermate kritisch over de in hun beleving abrupte manier waarop de

¹⁰ Hussem et al. 2016.

¹¹ Bendien 2018b; Bredewold et al. 2018.

overgang is ingevoerd. Ook over het achterwege laten van brede consultatierondes met de gebruikers van ouderenzorg, het uitblijven van urgente faciliteiten en een analyse van neveneffecten, en vooral ook de tijd om zich goed te kunnen voorbereiden op de consequenties van het nieuwe beleid bestaat brede ontevredenheid.¹² Evenzo werd kritiek geuit over de uitvoering van het nieuwe beleid door gemeenten, waarbij zowel ouderen als andere belangrijke stakeholders niet of onvoldoende werden betrokken. Een langetermijnvisie, die *bottom-up* en in een open dialoog met alle partijen¹³ wordt besproken en ontwikkeld, met als thema ‘langer thuis met gepaste professionele en goed betaalde thuiszorg’, kan voor een nieuw langetermijnbeleid een stabiel draagvlak bieden.

Incrementele introductie van aanpassingen die ruimte creëren voor (het behoud van) een breed maatschappelijk draagvlak

Een tweede les is dat een langetermijnvisie niet in een enkele keer kan worden ingevoerd, laat staan tot volle en continue tevredenheid van alle betrokken partijen. Een beleid is pas duurzaam als het vanaf het begin ingebouwde mechanismen voor toekomstige evaluatie en aanpassing behelst (herziening van vraag en aanbod eens in de drie jaar zoals in Japan, of aanpassing van de eigen bijdrage zoals in Duitsland vanaf 2013 eens in de twee jaar). Van belang is dat de basisuitgangspunten van het beleid, zoals een toegankelijkheid tot de langdurige zorg die gelijk is voor iedereen, en daarnaast het algemene financieringskader, wel gelijk blijven.

Vertaalslag naar Nederland

Nederland is goed bekend met de praktijk van incrementele aanpassingen in het beleid. Vanaf 2015 echter, toen de transitie van de langdurige zorg plaatsvond, zijn de daaropvolgende aanpassingen eerder gebaseerd op correctie dan op doorontwikkeling. Het geldt dat in eerste instantie werd bezuinigd, werd vervolgens terug geïnvesteerd in de ouderenzorg.¹⁴ We pleiten hier voor een overgang van correctiebeleid naar ontwikkelingsbeleid. Dit betekent dat het langetermijnbeleid a priori ingebouwde mechanismen dient te bevatten die incrementele aanpassingen, die zijn gebaseerd op evaluatie en contextuele veranderingen, veronderstelt en mogelijk maakt zonder de kernwaarden aan te tasten.

Actief zoeken naar continue aansluiting bij normatieve en culturele kaders

In Nederland is ingezet op ‘zorg op de juiste plek’. Dat gaat gepaard met meer aandacht voor participatie en regionale en lokale voorzieningen. Hoewel het

¹² https://centrumvoorclientervaringen.files.wordpress.com/2019/12/eindverslag_vovo_volledig_def_augustus-2019.pdf

¹³ Abma en Broerse 2010; Abma et al. 2015; Abma 2019; Woelders en Abma 2019.

¹⁴ <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2018/09/18/investeren-in-zorg-en-beheersgroei-zorguitgaven>

uitgangspunt van ‘langer thuis’ maatschappelijk draagvlak heeft, schuren de uitgangspunten ook met wat haalbaar is. Een goed voorbeeld hiervan is de informele zorg, die alsmaar blijft botsen met de noodzaak van (en vaak de wens voor) meer arbeidsparticipatie. In elk land speelt deze problematiek een rol, in Denemarken in mindere mate doordat het beleid hier decennialang is gericht op het tweekostwinnersmodel. Hier is geïnvesteerd in goede zorg aan huis. In Japan ligt de problematiek rondom de informele zorg zeer gevoelig. Het beleid is gericht op meer werken. Tegelijkertijd is juist in Japan de traditie van informele zorg, die door vrouwen wordt verleend, het sterkst. Zolang er geen haalbaar beleid wordt ontwikkeld, zullen deze beleids- en culturele kaders blijven botsen en voor verwarring en frustratie zorgen. Duitsland leunt sterk op de cultuur van familie­zorg, wat deels (vrouwen)emancipatie in de weg staat.

Vertaalslag naar Nederland

Tot dusver blijft het arbeidsparticipatiebeleid tegenstrijdig. Meer mensen, waaronder vrouwen, moeten participeren in het arbeidsproces. Tegelijkertijd wordt ook de oproep om informele zorg te verlenen, die naast of in plaats van betaalde arbeid komt, sterker en blijven nog vele arbeid­gerelateerde problemen niet opgelost: de kosten van de kinderopvang zijn hoog, en er bestaat nog steeds een loonkloof tussen mannen en vrouwen in gelijke functies. Als het gaat over de handen aan het bed in de verpleeghuis­zorg of de thuis­zorg, dan gaat het voornamelijk over vrouwelijke handen. Daarnaast dragen vrouwen voor een groot deel ook de informele zorg voor ouderen.¹⁵ Het beleid is niet alleen tegenstrijdig, het botst ook met zich ontwikkelende culturele en normatieve kaders ten aanzien van de vrouwenemancipatie.

Een ander belangrijk kenmerk van Nederland is de omvang van het vrijwilligerswerk. Tegelijkertijd bestaat het gevaar dat vrijwilligerswerk in de langdurige zorg te sterk wordt geprofessionaliseerd, dat wil zeggen dat de eisen die aan vrijwilligerswerk worden gesteld steeds hoger worden.¹⁶ Dit kan leiden tot uitputting bij vrijwilligers, die vaak zelf tot de ouderen behoren.¹⁷ De informele zorg heeft zijn grenzen, die we waarschijnlijk al hebben bereikt. Het idee achter de participatiesamenleving hield rekening met de cultuur van informele zorg, maar het daar onvoorwaardelijk op leunen lijkt nu door te schieten. Dat brengt het hele idee van vrijwilligerswerk en informele zorg in de langdurige zorg aan het wankelen.¹⁸ Om hiervoor draagvlak te behouden is het nodig het beleid af te stemmen op de normatieve en culturele kaders met betrekking tot de inzet van

¹⁵ Borsten 2018; Portegijs en van den Brakel 2018.

¹⁶ Bendien 2018a.

¹⁷ Machielse 2019.

¹⁸ Grootegoed et al. 2018.

mantelzorgers en vrijwilligers. Bijvoorbeeld via een brede maatschappelijke dialoog over deze kwesties.¹⁹

Het debat mag complex zijn, doordat meerdere maatschappelijke vraagstukken worden samengevoegd

In elk land is er een scala van terugkerende publieke debatten, die vaak los van elkaar worden behandeld, terwijl de oplossing zich juist in de samenhang van deze vraagstukken kan verschuilen. Neem bijvoorbeeld de pogingen van Japan en Duitsland om de tekorten aan zorgpersoneel op te lossen. Beide landen hebben al eerder ontdekt dat migratie hier een belangrijke rol bij kan spelen. Beide landen zijn zich bewust van hun eigen culturele normen en waarden; aan de buitenlanders die er willen werken, stellen ze bijvoorbeeld hoge eisen aan de taalbeheersing. Toch blijft een overkoepelend structureel beleid ten opzichte van de migratiearbeid deels nog afwezig, zoals in Duitsland, of ontbeert het voldoende slagkracht, zoals in Japan. Japan is ook heel laat begonnen met het aan elkaar koppelen van de migratieproblematiek en de personeelstekorten. Vanwege Brexit staat het migratiebeleid in Engeland onder enorme druk, terwijl de zorgsector daar zonder buitenlandse arbeidskrachten waarschijnlijk moeilijk kan overleven. Al met al heeft elk besluit binnen het migratiedebat directe consequenties voor de beschikbaarheid van zorgpersoneel. Daarom zijn een integraal beleid en integrale besluitvorming noodzakelijk.

Vertaalslag naar Nederland

Nederland kampt met vergelijkbare problemen rond de personeelstekorten. Voor Nederland lijkt het ons minder relevant dan voor de landen uit onze studie om de debatten over het personeelstekort te koppelen aan die over het migratiedebat. Nederland beschikt immers over een eigen arbeidspotentieel dat beter kan worden benut. De recente onderzoeken tonen aan dat oplossingen kunnen liggen in het aantrekkelijker maken van het werk in de zorg. Door bijvoorbeeld een flexibele structuur van de werkorganisatie in te voeren krijgt het zorgpersoneel meer autonomie²⁰, meer maatschappelijke en economische waardering, en is er meer aandacht voor opleiding en carrièreontwikkeling (zie ook de recent uitgebrachte Investeringsagenda²¹, en het advies van de Raad voor Volksgezondheid & Samenleving²²). Indien deze thema's integraal in het debat worden aangekaart en besproken, kan de besluitvorming mogelijk op een breder draagvlak rekenen.

¹⁹ Abma en Broerse 2010; Abma et al. 2015; Abma 2019; Woelders en Abma 2019.

²⁰ Bendien et al. 2019.

²¹ Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport 2020.

²² RVS 2020a.

7. Conclusie

Het doel van deze WRR Working Paper is om bij te dragen aan de overkoepelende vraag: hoe kan de Nederlandse langdurige zorg voor ouderen voor de toekomst duurzaam worden georganiseerd? De studie beschouwt de toekomst van de langdurige zorg voor ouderen als een probleem waar moeilijk grip op is te krijgen (een zogeheten *wicked problem*) en sluit aan bij de multidimensionale benadering van houdbaarheid, die de WRR eerder heeft onderscheiden: financiële houdbaarheid, personele houdbaarheid, gerelateerd aan kwaliteit en toegankelijkheid, en maatschappelijke houdbaarheid worden in samenhang bekeken. Deze studie doet dit middels een internationale vergelijking, en bundelt ervaringen uit verschillende landen. De onderzoeksvraag die centraal staat in deze studie is: *hoe hebben andere landen geprobeerd de langdurige en sociale zorg betaalbaar te organiseren en tegelijkertijd de zorg kwalitatief goed en toegankelijk te houden en het maatschappelijk draagvlak te behouden?* Voor deze landenvergelijking hebben we specifiek gekeken naar Duitsland, Denemarken, Engeland en Japan.

In deze studie schetsen we verschillende scenario's om de afwegingen en knelpunten in de langdurige zorg bloot te leggen. Een liberaal langdurige-zorgsysteem (zoals Engeland) zet sterk in op lage publieke kosten en eigen verantwoordelijkheid. Dit draagt wel bij aan de financiële houdbaarheid, maar de keerzijde is dat er wordt ingeleverd op kwaliteit en maatschappelijke houdbaarheid. In een corporatistisch langdurigezorgsysteem (zoals in Duitsland en Japan) lijkt de kwaliteit sterk gewaarborgd, maar de financiële en personele (en kwaliteit in bredere zin) houdbaarheid verdwijnen hierdoor meer op de achtergrond. Ten slotte heeft een sociaaldemocratisch langdurigezorgsysteem (grotendeels publiek systeem) als voordeel dat de toegankelijkheid wordt gewaarborgd, en dat het aantrekkelijker is om te investeren in preventie. Dit type verzorgingsstaat drukt echter sterk op de collectieve middelen.

De conclusie die we trekken uit onze vergelijking, is dat geen van de vier onderzochte landen de ideale balans heeft weten te vinden tussen financiële, personele (en kwaliteit in bredere zin) en maatschappelijke houdbaarheid. Alle landen lijken het op één of twee vlakken goed te doen, maar belemmeren tegelijkertijd een andere dimensie van houdbaarheid, waardoor het beleid vaak weer een tegengestelde beweging maakt. Bijvoorbeeld van meer decentraal terug naar meer centraal, of andersom. Kortom, het blijft zoeken. Dit benadrukt dat het duurzaam organiseren van de langdurige zorg voor ouderen inderdaad een complex en taai vraagstuk is – in beleidsmatige termen een *wicked problem* – waar verschillende belangen, waarden en perspectieven moeten worden gezien en gewogen. Denk aan het stimuleren van de participatie van vrouwen op de

arbeidsmarkt versus het financieel ondersteunen van mantelzorg. Het blijft grotendeels een politieke afweging welke houdbaarheid prioriteit krijgt. Voor het maatschappelijk draagvlak is daarbij een brede dialoog met verschillende belanghebbenden van belang, ook om voor dit complexe probleem nieuwe oplossingsrichtingen te genereren.

Onze studie wijst erop dat het lastig is om gelijkwaardig aan alle dimensies van houdbaarheid te voldoen en dat er dus lastige keuzes moeten worden gemaakt. De houdbaarheid van de langdurige zorg hangt voorts nauw samen met de culturele, historische en normatieve context. Wat bijvoorbeeld werkt in Duitsland, hoeft niet per se in Nederland te werken, en vice versa. Sensitiviteit voor deze contextuele factoren, waarden, overtuigingen en gewoonten is dan ook noodzakelijk, net als een oog voor de institutionele voorwaarden.

Uit de studie blijkt ook dat het beleid coherent en ondersteunend dient te zijn. Nederland heeft de afgelopen jaren de beweging gemaakt naar 'langer thuis.' Het Deense voorbeeld laat zien dat dit alleen mogelijk is als de professionele zorg thuis op orde is en verschillen tussen gemeenten en regio's worden geaccepteerd. Langer thuis en 'juiste zorg op de juiste plek' gaan bovendien niet alleen over de zorg, maar ook over de afstemming met de informele zorg en de woon- en leefomgeving van ouderen. De afgelopen jaren is steeds meer onderzoek gedaan naar het gebruik van technische systemen (zoals domotica, *smart houses*, *virtual wards*) en binnen- en buitenruimtes. Hoewel techniek soelaas kan bieden, leert onderzoek ook dat deze een plek moet krijgen in de sociale en professionele zorgverhoudingen om meerwaarde te kunnen hebben. Dit moet de komende tijd meer aandacht krijgen om tot verdere innovatie in de langdurige zorg te kunnen komen.

Deze landenvergelijking benadrukt tot slot dat het essentieel is om een realistische langetermijnvisie op de langdurige zorg te ontwikkelen. Dit lijkt voor de hand te liggen, maar is complexer dan het op het eerste gezicht lijkt. Het betekent onder andere dat moet worden geïnvesteerd in maatschappelijk draagvlak om de maatschappelijke houdbaarheid te waarborgen. Dat kan door beleid te maken dat is gericht op maatschappelijke waarden, attitudes en bestaande zorgpraktijken.

8. Literatuurlijst

- Abma, T.A. (2019) 'Dialogue and deliberation: New approaches to including patients in setting health and healthcare research agendas', *Action Research* 17, 4: 429-450. DOI:<https://doi.org/10.1177/1476750318757850>
- Abma, T.A. en J.E.W. Broerse (2010) 'Patient participation as dialogue: setting research agendas', *Health Expectations* 13, 2: 160-173. DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2009.00549.x>
- Abma, T.A., C.A.C.M. Pittens, M. Visse, J.E. Elberse en J.E.W. Broerse (2015) 'Patient involvement in research programming and implementation A responsive evaluation of the Dialogue Model for research agenda setting', *Health Expectations* 18, 6: 2449-2464. DOI:<https://doi.org/10.1111/hex.12213>
- ADASS (2018) *ADASS Budget Survey*, London: Directors of ADASS – adult social services.
- AgeUK (2019a) *Estimating need in older people. Findings for England. An analysis by Age UK*, London: AgeUK.
- AgeUK (2019b) *Social Care Assessment and Eligibility (England)*, London: AgeUK.
- AgeUK (2020) *Parliamentary Briefing Social Care Reform: June 2020*, London: AgeUK.
- Appelbaum, E. en R. Batt (2020) *Private Equity Buyouts in Healthcare: Who Wins, Who Loses?*, Working Papers, New York: Institute for New Economic Thinking.
- Aspalter, C. (2006) 'The East Asian welfare model', *International Journal of Social Welfare* 15, 4: 290-301. DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2006.00413.x>
- Bæk, T.A., M.M.Q. Andersen en S.K.J. Krahn (2016) *Sanktionslovgivningen og økonomiske styringkommunernes. Centrale udviklinger i kommunernes forbrugsmønstre på serviceudgifterne 2008-2014*, Copenhagen: Det Nationale Institut for Kommuner og Regioners Analyse og Forskning (KORA).
- Bahr, D.S.T. en M. Calsyn (2014) *Reforms to Help Meet the Growing Demand for Long-Term Care Services*, Washington, DC: Center for American Progress.
- Bannink, D. en W. Trommel (2019) 'Intelligent modes of imperfect governance', *Policy and Society* 38, 2: 198-217. DOI:<https://doi.org/10.1080/14494403.2019.1572576>
- Baumol, W.J. (2012) *The Cost Disease: Why Computers Get Cheaper and Health Care Doesn't*, New Haven: Yale University Press.

- Baxter, K., E. Heavey en Y. Birks (2020) 'Choice and control in social care: Experiences of older self-funders in England', *Social Policy & Administration* 54, 3: 460-474. DOI:<https://doi.org/10.1111/spol.12534>
- Bendien, E. (2018a) *Meedoen is Meetellen: het delen van herinneringen als middel voor ouderenparticipatie*, Amsterdam: FNO.
- Bendien, E. (2018b) *Uit VOORzorg. Verslag van het project VOVO: voorbereid op voorzorg*, Amstelveen: Stadsdorp Elsrijk.
- Bendien, E., I. van Gemert, A. Heijnsman en P. Verdonk (2019) *Zwoegen, Zweten en Zwijgen in de Zorg. Een kwalitatieve empirische studie naar ervaringen met vrouwspecifieke levensfasen van verpleegkundigen en artsen in een academisch ziekenhuis*, Amsterdam: WOMEN Inc. /Amsterdam UMC.
- Bertelsen, T.M. en T. Rostgaard (2013) 'Marketisation in eldercare in Denmark: free choice and the quest for quality and efficiency', in: G. Meagher en M. Szebehely (red.) *Marketisation in Nordic eldercare: a research report on legislation, oversight, extent and consequences*, Stockholm: Stockholm University.
- Bijenhof, A.M. en L.C.J. Slobbe (2013) *Kosten van langdurige zorg in West-Europa. Een vergelijking tussen Nederland en buurlanden*, Utrecht: RIVM.
- Bijker, W.E., R. Bal en R. Hendriks (2009) *The paradox of scientific authority: The role of scientific advice in democracies*, Cambridge, MA/London: MIT press.
- Blümel, M. en R. Busse (2017) 'The German Health Care System', in: E. Mossialos, A. Djordjevic, R. Osborn en D. Sarnak (red.) *International Profiles of Health Care Systems*, New York: The Commonwealth Fund.
- Boer, A. de, I. Plaisier en M. de Klerk (2019) *Mantelzorgers in het vizier. Beleidssignalement mantelzorg*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Borsten, R. (2018) *Ongelijkheid mannen-vrouwen in informele zorg blijft gelijk* [Online], *Sociale Vraagstukken*, beschikbaar op: <https://www.socialevraagstukken.nl/ongelijkheid-mannen-vrouwen-in-informele-zorg-blijft-gelijk/> [Accessed].
- Bos, A. (2020) *Corporate kangaroos in care. Strategy and performance of for-profit and private equity-owned care organizations*, PhD dissertatie, Utrecht: Utrecht University.
- Bos, A., P. Boselie en M. Trappenburg (2017) 'Financial performance, employee well-being, and client well-being in for-profit and not-for-profit nursing homes: A systematic review', *Health care management review* 42, 4: 352-368. DOI:<https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000121>
- Bos, A., F.M. Kruse en P.P.T. Jeurissen (2020) 'For-profit nursing homes in the Netherlands: what factor explain their rise?', *International Journal of Health Services* 50, 5. DOI:<https://doi.org/10.1177/0020731420915658>

- Bottery, S. (2019) *What's your problem, social care? The eight key areas for reform*, London: King's Fund.
- Bovenkamp, H.M. van de, A. Stoopendaal, M. van Bochove en R. Bal (2020) 'Tackling the problem of regulatory pressure in Dutch elderly care: The need for recoupling to establish functional rules', *Health Policy* 124, 3: 275-281. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.12.017>
- Bredewold, F., J.W. Duyvendak, T. Kampen, E.H. Tonkens en L. Verplanke (2018) *De verhuizing van de verzorgingsstaat. Hoe de overheid nabij komt*, Amsterdam: Uitgeverij Van Genneep.
- Brown, J.R. en A. Finkelstein (2007) 'Why is the market for long-term care insurance so small?', *Journal of Public Economics* 91, 10: 1967-1991. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2007.02.010>
- Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz (2019) *Verordnung über maßgebende Rechengrößen der Sozialversicherung für 2020 (Sozialversicherungs-Rechengrößenverordnung 2020)*, Berlin: Deutsche Bundesregierung.
- Bureau, V. en H.M. Dahl (2013) 'Trajectories of Change in Danish Long Term Care Policies—Reproduction by Adaptation through Top-Down and Bottom-Up Reforms', in: C. Ranci en E. Pavolini (red.) *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, New York: Springer.
- Büscher, A., K. Wingenfeld en D. Schaeffer (2011) 'Determining eligibility for long-term care-lessons from Germany', *International Journal of Integrated Care* 11.
- Busse, R. en M. Blümel (2014) 'Germany: health system review', *Health Systems in Transition* 16, 2: 1-296.
- Busse, R., M. Blumel, F. Knieps en T. Barnighausen (2017) 'Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition', *Lancet* 390, 10097: 882-897. DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)31280-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)31280-1)
- Cabinet Office Government of Japan (2003) *Kazoku to chiiki ni okeru kosodate ni kansuru ishiki chō sa [Attitude survey on childcare by families and in communities]*, Tokyo: Cabinet Office Government of Japan.
- Cabinet Office Government of Japan (2018) *Annual Report on the Aging Society: 2017*, Tokyo: Cabinet Office Japan.
- Cameron, D. en R. Balfour (2018) *Understanding public attitudes to social care funding reform in England: Report prepared for the Health Foundation and the King's Fund*, London: Ipsos MORI.
- Campbell, J., N. Ikegami, C. Gori, F. Barbabella, R. Chomik, F. d'Amico, H. Holder, T. Ishibashi, L. Johansson, H. Komisar, M. Ring en H. Theobald (2015) 'How different countries allocate long-term care resources to older users: a comparative snapshot', in: C. Gori, J. Fernández en R.

- Wittenberg (red.) *Long-term care reforms in OECD countries*, Bristol: Bristol University Press; Policy Press.
- Campbell, J.C., N. Ikegami en M.J. Gibson (2010) 'Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan', *Health Affairs* 29, 1: 87-95. DOI:<https://doi.org/10.1377/hlthaff.2009.0548>
- Campbell, R. (2014) 'Changes In Family And Informal Care In Japan', in: J.C. Cambell, U. Edvardsen, P. Midford en Y. Saito (red.) *Eldercare Policies In Japan And Scandinavia*, New York: Palgrave Macmillan.
- CQC (2017) *The state of health care and adult social care in England 2016/17*, Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission.
- CQC (2019) *The state of health care and adult social care in England 2018/19*, Newcastle upon Tyne: Care Quality Commission.
- CBS (2020) *Zorguitgaven stegen in 2019 met 5,2 procent* [Online], Den Haag/Heerlen: Centraal Bureau voor de Statistiek, beschikbaar op: <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/24/zorguitgaven-stegen-in-2019-met-5-2-procent> [Accessed].
- Clotworthy, A. (2020) *Empowering the Elderly? How 'Help to Self-Help' Health Interventions Shape Ageing and Eldercare in Denmark*, Bielefeld: transcript Verlag.
- Colombo, F., A. Llena-Nozal, J. Mercier en F. Tjadens (2010) 'Help wanted? Providing and paying for long-term care', in: *OECD Health Policy Studies*, Parijs: OECD Publishing.
- Comas-Herrera, A., R. Wittenberg, J. Costa-Font, C. Gori, A. Di Maio, C. Patxot, L. Pickard, A. Pozzi en H. Rothgang (2006) 'Future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom' *Ageing & Society* 26: 285-302. DOI:<https://doi.org/10.1017/S0144686x05004289>
- Companje, K.P. (2014) 'Financing high medical risks in the Netherlands: health-care, social insurance and political compromises', in: K.P. Companje (red.) *Financing high medical risks. Discussions, developments, problems and solutions on the coverage of the risk of long-term care in Norway, Germany and the Netherlands since 1945 in European perspective*, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- CMA (2017) *Care homes market study. Final report*, London: Competition & Markets Authority.
- Curry, N., S. Castle-Clarke en N. Hemmings (2018) *What can England learn from the long-term care system in Japan?*, London: Nuffield Trust.
- Curry, N., L. Schlepper en N. Hemmings (2019) *What can England learn from the long-term care system in Germany?*, London: Nuffield Trust.
- Cylus, J., E. Richardson, L. Findley, M. Longley, C. O'Neill en D. Steel (2015) 'United Kingdom: health system review', *Health Systems in Transition* 17, 5: 1-125.

- Daatland, S.O., K. Høyland en B. Otnes (2015) 'Scandinavian contrasts and Norwegian variations in special housing for older people', *Journal of Housing for the Elderly* 29, 1-2:180-196.
- Dayan, M. (2017) *General Election 2017: getting a Brexit deal that works for the NHS*, London: Nuffield Trust. www.nuffieldtrust.org.uk/files/2017-05/getting-brexit-deal-for-nhs-web-final.pdf
- Department of Health en Social Care (2019) *Social care charging for local authorities: 2019 to 2020*, London: UK Government.
- Dethlefs, N. B. en Martin (2006) 'Japanese technology policy for aged care', *Science and Public Policy* 33, 1: 47-57.
- Dilnot, A., N. Warner en J. Williams (2011) *Fairer Care Funding. The Report of the Commission on Funding of Care and Support*, London: The Report of the Commission on Funding of Care and Support.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The three worlds of welfare capitalism*, Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- Eurofound (2017) *Care homes for older Europeans: Public, for-profit and non-profit providers*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Federal Ministry of Health Germany (2018) *Peer Review on "Germany's latest reforms of the long-term care system"*, Host Country Discussion Paper, Brussel: European Commission.
- Fernández, J. en P. Nadash (2015) 'The long-term care financing problem', in: C. Gori, J. Fernández en R. Wittenberg (red.) *Long-term care reforms in OECD countries*, Bristol: Bristol University Press; Policy Press.
- Forder, J. en S. Allan (2014) 'The impact of competition on quality and prices in the English care homes market', *Journal of Health Economics* 34, 3: 73-83. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2013.11.010>
- GBE-Bund (2020) *Pflegeheime (Anzahl). Gliederungsmerkmale: Jahre, Deutschland, Pflegeangebot, Träger, Kapazitätsgrößenklassen*, Berlin/Bonn: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
- Götze, R. en H. Rothgang (2013) 'Fiscal and social policy: financing long-term care in Germany', in: K.P. Companje (red.) *Financing high medical risks. Discussions, developments, problems and solutions on the coverage of the risk of long-term care in Norway, Germany and the Netherlands since 1945 in European perspective*, Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Grootegoed, E., A. Machielse, E. Tonkens, L. Blonk en S. Wouters (2018) *Aan de andere kant van de schutting. Inspelen op de toenemende vraag naar vrijwillige inzet in het lokale sociaal domein*, tussenrapport, Utrecht: Universiteit voor Humanistiek (UvH).
- Gunning-Schepers, L.J. (1998) 'Dwalingen in de methodologie. V. De preventieparadox: weinigen met hoog risico versus velen met matig risico', *Nederlands tijdschrift voor geneeskunde* 143, 33: 1870-1873.

- Harrington, C., F.F. Jacobsen, J. Panos, A. Pollock, S. Sutaria en M. Szebehely (2017a) 'Marketization in Long-Term Care: A Cross-Country Comparison of Large For-Profit Nursing Home Chains', *Health Services Insights* 10: 1-23. DOI:<https://doi.org/10.1177/1178632917710533>
- Harrington, C., F.F. Jacobsen, J. Panos, A. Pollock, S. Sutaria en M. Szebehely (2017b) 'Marketization in Long-Term Care: A Cross-Country Comparison of Large For-Profit Nursing Home Chains', *Health Services Insights*, 10: 1178632917710533. DOI:<https://doi.org/10.1177/1178632917710533>
- Heinicke, K. en S.L. Thomsen (2010) *The social long-term care insurance in Germany: Origin, situation, threats*, Discussion Paper No. 10-012, Mannheim: Zentrum für Europäische Wirtschaftsforschung.
- Hielscher, V., S. Kirchen-Peters en L. Nock (2017) *Pflege in den eigenen vier Wänden: Zeitaufwand und Kosten*, Düsseldorf: Hans-Böckler-Stiftung.
- Horioka, C.Y., E. Gahramanov, A. Hayat en X.L. Tang (2018) 'Why Do Children Take Care of Their Elderly Parents? Are the Japanese Any Different?', *International Economic Review* 59, 1: 113-136. DOI:<https://doi.org/10.1111/iere.12264>
- Humphries, R., R. Thorlby, H. Holder, P. Hall en A. Charles (2016) *Social care for older people. Home truths*, London: The King's Fund.
- Hussem, A., C. van Ewijk, H. ter Rele en A. Wong (2016) *The ability to pay for long-term care in the Netherlands: a life-cycle perspective*, Den Haag: Centraal Planbureau.
- Ikegami, N. (2019) 'Financing Long-term Care: Lessons From Japan', *International Journal of Health Policy and Management* 8, 8: 462-466. DOI:<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2019.35>
- Independent Age Social Care Reform *What is independent age calling for and why?* [Upcoming], London: Independent Age.
- Iparraguirre, J. (2020) 'Household composition and the dynamics of community-based social care in England', *Ageing & Society* 40, 8: 1631-1646. DOI:<https://doi.org/10.1017/S0144686x19000199>
- Ishiguro, N. (2018) 'Care robots in Japanese elderly care', in: K. Christensen en D. Pilling (red.) *The Routledge Handbook of Social Care Work Around the World*, London: Routledge.
- Iwagami, M. en N. Tamiya (2019) 'The long-term care insurance system in Japan: past, present, and future', *JMA Journal* 2, 1: 67-69.
- Izuhara, M. (2003) 'Social inequality under a new social contract: Long-term care in Japan', *Social Policy & Administration* 37, 4: 395-410. DOI:<https://doi.org/10.1111/1467-9515.00347>
- Izuhara, M. (2020) 'Reconceptualising co-residence in post-growth Japanese society', *Contemporary Social Science* 15, 3: 346-359. DOI:<https://doi.org/10.1080/21582041.2018.1465201>

- Jenkins, C. en C. Germaine (2019) 'Living well into old age: What can we learn about healthy ageing from the Japanese experience?', *Nursing Older People* 31, 1.
- Jonge, H.M. de (2019) *Kwaliteit van zorg*, [Brief van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport], Den Haag: Tweede Kamer der Staten-Generaal.
- Joshua, L. (2017) *Aging and Long Term Care Systems: A Review of Finance and Governance Arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific*, Social Protection & Labor Discussion paper, Washington, DC: World Bank Group.
- Kikuzawa, S. (2015) 'Elder Care, Multiple Role Involvement, and Well-Being Among Middle-Aged Men and Women in Japan', *Journal of Cross-Cultural Gerontology* 30, 4: 423-438. DOI:<https://doi.org/10.1007/s10823-015-9273-x>
- Klerk, M. de, D. Verbeek-Oudijk, I. Plaisier en M. den Draak (2019) *Zorgen voor thuiswonende ouderen. Kennissynthese over de zorg voor zelfstandig wonende 75-plussers, knelpunten en toekomstige ontwikkelingen*, Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Kok, L., C. Berden en K. Sadiraj (2015) 'Costs and benefits of home care for the elderly versus residential care: a comparison using propensity scores', *European Journal of Health Economics* 16, 2: 119-131. DOI:<https://doi.org/10.1007/s10198-013-0557-1>
- Kruse, F.M., W.M.R. Ligtenberg, A.J.N. Oerlemans, S. Groenewoud en P.P.T. Jeurissen (2020) 'How the logics of the market, bureaucracy, professionalism and care are reconciled in practice: an empirical ethics approach', *BMC Health Services Research* 20, 1024. DOI:<https://doi.org/10.1186/s12913-020-05870-7>
- Kunreuther, H. (1978) *Disaster Insurance Protection. Public Policy Lessons*, New York: Wiley.
- Kuppler, M. en M. Wagner (2020) 'Effect of Regional Long-Term Care Service Supply on Choice of Care Arrangement in Old Age', *Journal of Population Ageing* (2020): 1-25. DOI:<https://doi.org/10.1007/s12062-020-09299-y>
- Kvist, J. (2018) *ESPN Thematic Report on Challenges in long-term care. Denmark*, Brussel: European Commission.
- Legg, L., J. Gladman, A. Drummond en A. Davidson (2016) 'A systematic review of the evidence on home care reablement services', *Clinical rehabilitation* 30, 8: 741-749.
- Lidegaard, B. (2009) *A short history of Denmark in the 20th century*, Copenhagen: Gyldendal A/S.
- Lutz, H. en E. Palenga-Möllenberg (2010) 'Care work migration in Germany: Semi-compliance and complicity', *Social Policy and Society* 9, 3: 419.

- Maarse, H. en P.P.T. Jeurissen (2016) 'The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands', *Health Policy* 120, 3: 241-245. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.01.014>
- Machielse, A. 2019. Vrijwillige inzet bij eenzame ouderen. Verwachtingen, grenzen en voorwaarden. *Waardenwerk*.
- Matsuda, R. (2020) 'Japan', in: R. Tikkanen, R. Osborn, E. Mossialos, A. Djordjevic en G.A. Wharton (red.) *International Health Care System Profile*, Washington DC: The Commonwealth Fund.
- Milstein, R., M. Mueller en L. Lorenzoni (2020) *Price setting and price regulation for the care of older persons: Germany* [Upcoming], Parijs: OECD.
- Miyazaki, R. (2019) 'Migrant care workers and care-migration policies: a comparison between Italy and Japan', *Asia Europe Journal* 17, 2: 161-177. DOI:<https://doi.org/10.1007/s10308-018-0528-3>
- Morel, N. (2007) 'From subsidiarity to 'free choice': Child- and elder-care policy reforms in France, Belgium, Germany and the Netherlands', *Social Policy & Administration* 41, 6: 618-637. DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2007.00575.x>
- Mori, A.R., R. Dandi, M. Mazzeo, R. Verbiaro en G. Mercurio (2012) *Technological Solutions Potentially Influencing the Future of Long-Term Care*, ENEPRI Research Report No. 114, Brussel: CEPS.
- Mortimer, J. en M. Green (2016) *Briefing: The Health and Care of Older People in England 2015*, London: AgeUK.
- Mosca, I., P.J. van der Wees, E.S. Mot, J.J. Wammes en P.P. Jeurissen (2017) 'Sustainability of long-term care: puzzling tasks ahead for policy-makers', *International journal of health policy and management* 6, 4: 195. DOI:<https://doi.org/10.15171/ijhpm.2016.109>
- Muir, T. (2017) *Measuring social protection for long-term care*, OECD Health Working Papers, Parijs: OECD Publishing.
- Nadash, P. en A.E. Cuellar (2017) 'The emerging market for supplemental long term care insurance in Germany in the context of the 2013 Pflege-Bahr reform', *Health Policy* 121, 6: 588-593. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2017.03.006>
- Nadash, P., P. Doty en M. von Schwanenflügel (2018) 'The German Long-Term Care Insurance Program: Evolution and Recent Developments', *The Gerontologist* 58, 3: 588-597. DOI:<https://doi.org/10.1093/geront/gnx018>
- Naomi, A., T. Shirowa, T. Fukuda en S. Murashima (2012) 'Institutional care versus home care for the elderly in a rural area: cost comparison in rural Japan', *Rural Remote Health* 12.
- Nies, H., M. Herps, E. Vreeken, E. van Wijk, N. Zonneveld en M. Spierenburg (2019) *Ouderen- en gehandicaptenzorg in Scandinavië: op zoek naar*

- bronnen voor duurzame vernieuwing*, Een verkenning in opdracht van de vaste commissie voor VWS, Utrecht: Vilans.
- Nuffield Trust, The Health Foundation and The King's Fund (2017) *The Autumn Budget: joint statement on health and social care*, beschikbaar op: <https://www.nuffieldtrust.org.uk/research/autumn-budget-2017>
- OESO (2019a) *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, Parijs: OECD Publishing.
- OESO (2019b) *OECD Economic Surveys: Denmark*, Parijs: OECD.
- OESO/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a) *Denmark: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, Parijs/Brussel: OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies.
- OESO/European Observatory on Health Systems and Policies (2019b) *Germany: Country Health Profile 2019, State of Health in the EU*, Parijs/Brussel: OECD Publishing/European Observatory on Health Systems and Policies.
- Olejz, M., A. Nielsen, A. Rudkjøbing, H. Birk, A. Krasnik en C. Hernández-Quevedo (2012) 'Denmark: Health system review', *Health Systems in Transition* 14, 2: 1-192.
- Omori, M. en D. Dempsey (2018) 'Culturally embedded health beliefs, self-care and the use of anti-ageing medicine among Australian and Japanese older adults', *Sociology of Health & Illness* 40, 3: 523-537. DOI:<https://doi.org/10.1111/1467-9566.12660>
- Onstenk, A., M. Batterink, M. Blom en R. van Weert (2019) *Monitor Abonnementstarief Wmo*, Eerste Rapportage, Utrecht: Significant Public.
- Overgaard, C. (2020) 'Cultures of volunteer care? A comparative study of Australia and Denmark', *International Journal of Care and Caring* 4, 2: 183-199. DOI:<https://doi.org/10.1332/239788220X15833754718034>
- Papanicolas, I., L.R. Woskie en A.K. Jha (2018) 'Health Care Spending in the United States and Other High-Income Countries', *JAMA*, 319(10): 1024-1039. DOI:<https://doi.org/10.1001/jama.2018.1150>
- Pauly, M.V. (1990) 'The Rational Nonpurchase of Long-Term-Care Insurance' *Journal of Political Economy* 98, 1: 153-168. DOI:<https://doi.org/10.1086/261673>
- Pickard, L. (2015) 'A growing care gap? The supply of unpaid care for older people by their adult children in England to 2032', *Ageing & Society* 35, 1: 96-123. DOI:<https://doi.org/10.1017/S0144686x13000512>
- Player, S. en A.M. Pollock (2001) 'Long-term care: from public responsibility to private good', *Critical Social Policy* 21, 2: 231-255.
- Pomp, M., N. Zonneveld en H. Nies (2020) *Verschillen in uitgaven aan langdurige zorg tussen Nederland, Denemarken en Zweden. Feiten en verklaringen*, Utrecht: Vilans.

- Portegijs, W. en M. van den Brakel (2018) *Emancipatie weer in de lift* [Online], Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek / Sociaal en Cultureel Planbureau, beschikbaar op: <https://digitaal.scp.nl/emancipatiemonitor2018/emancipatie-weer-in-de-lift/>.
- Poškutė, V. en B. Greve (2017) 'Long-term Care in Denmark and Lithuania – A Most Dissimilar Case', *Social Policy & Administration* 51, 4: 659-675. DOI:<https://doi.org/10.1111/spol.12318>
- RVS (2020a) *Applaus is niet genoeg. Anders waarderen en erkennen van zorgverleners*, Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- RVS (2020b) *De derde levensfase: het gesprek van de eeuw*, Den Haag: Raad voor Volksgezondheid en Samenleving.
- Robertson, J. (2014) 'Human rights vs. robot rights: Forecasts from Japan', *Critical Asian Studies* 46, 4: 571-598.
- Robertson, R., S. Gregory en J. Jabbal (2014) 'The social care and health systems of nine countries', Backgroundpaper, Commission On The Future Of Health And Social Care In England, London: The King's Fund.
- Rostgaard, T. (2012) 'Quality reforms in Danish home care – balancing between standardisation and individualisation', *Health & Social Care in the Community* 20, 3: 247-254. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2012.01066.x>
- Rostgaard, T. (2016) 'Socially investing in older people – Reablement as a social care policy response?', *Research on Finnish Society* 9: 19-32.
- Rothgang, H. (2010) 'Social Insurance for Long-term Care: An Evaluation of the German Model', *Social Policy & Administration* 44, 4: 436-460. DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1467-9515.2010.00722.x>
- Rudkjøbing, A., M. Olejaz, H.O. Birk, A.J. Nielsen, C. Hernández-Quevedo en A. Krasnik (2012) 'Integrated care: a Danish perspective', *British Medical Journal* 345: e4451.
- Saito, J., M. Haseda, A. Amemiya, D. Takagi, K. Kondo en N. Kondo (2019) 'Community-based care for healthy ageing: lessons from Japan', *Bulletin of the World Health Organization* 97, 8: 570-574. DOI:<https://doi.org/10.2471/Blt.18.223057>
- Schakel, H.C., E.H. Wu en P. Jeurissen (2018) 'Fiscal rules, powerful levers for controlling the health budget? Evidence from 32 OECD countries', *BMC Public Health* 18, 1. DOI:<https://doi.org/10.1186/s12889-018-5198-y>
- Schodt, F.L. (1988) *Inside the Robot Kingdom: Japan, Mechatronics, and the Coming*, Tokyo & New York: Kodansha International.
- Schultz Lee, K. (2010) 'Gender, Care Work, and the Complexity of Family Membership in Japan', *Gender & Society* 24, 5: 647-671. DOI:<https://doi.org/10.1177/0891243210382903>
- Schulz, E. (2010a) *The long-term care system for the elderly in Denmark*. ENEPRI Research Report no. 73, ENEPRI/ANCIEN.

- Schulz, E. (2010b) *The long-term care system for the elderly in Germany*. ENEPRI Research Report no. 78, ENEPRI/ANCIEN.
- Schulz, E. (2012) *Quality Assurance Policies and Indicators for Long-Term Care in the European Union*, Research Report No. 104, ENEPRI/ANCIEN.
- Schuurmans, J., I. Wallenburg en R. Bal (2019) 'Een nieuwe panacee: de zorg moet regionaliseren', *Medisch Contact* 33-34: 26-28.
- Scourfield, P. (2011) 'Caretelization revisited and the lessons of Southern Cross'. *Critical Social Policy* 32, 1.
DOI:<https://doi.org/10.1177/0261018311425202>
- Shirahase, S. (2015) 'Income inequality among older people in rapidly aging Japan', *Research in Social Stratification and Mobility* 41: 1-10.
- Simpson, P. (2017) *Public spending on adult social care in England*, IFS Briefing Note BN200, London: Institute for Fiscal Studies.
- Sloan, F.A. en E.C. Norton (1997) 'Adverse selection, bequests, crowding out, and private demand for insurance: Evidence from the long-term care insurance market', *Journal of Risk and Uncertainty* 15, 3: 201-219.
DOI:<https://doi.org/10.1023/A:1007749008635>
- SER (2019) *Diversiteit in de top – Tijd voor versnelling*, Den Haag: Sociaal-Economische Raad.
- Sowa-Kofta, A., R. Rodrigues, G. Lamura, A. Sopadzhian, R. Wittenberg, G. Bauer, L.F. Doetter, S. Ilinca, J. Marczak en A. Piersinaru (2019) 'Long-term care and migrant care work: addressing workforce shortages while raising questions for European countries', *Eurohealth* 25, 4: 15-18.
- Spasova, S., R. Baeten, S. Coster, D. Ghailani, R. Peña-Casas en B. Vanhercke (2018) *Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies 2018*, Brussel: European Commission.
- Stadhouders, N., X. Koolman, M. Tanke, H. Maarse en P. Jeurissen (2016) 'Policy options to contain healthcare costs: a review and classification', *Health Policy* 120, 5: 486-494. DOI:<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2016.03.007>
- Stadhouders, N.W. (2018) *Effective healthcare cost containment policies. Using the Netherlands as a case study*, PhD dissertatie, Nijmegen: Radboud University.
- Statistisches Bundesamt (2019) *Pflegebedürftige nach Versorgungsart, Geschlecht und Pflegegrade*, Berlin/Bonn: Bundesministerium für Gesundheit.
- Steiner, B. (2018) *Sociaal domein kostte in 2017 4.4 procent meer dan begroot. Rekening 2017 past in meerjarige stijging uitgaven sociaal domein*, Utrecht: Divosa.
- Taniguchi, H. en G. Kaufman (2017) 'Filial Norms, Co-Residence, and Intergenerational Exchange in Japan', *Social Science Quarterly* 98, 5: 1518-1535. DOI:<https://doi.org/10.1111/ssqu.12365>

- Theobald, H. (2012) 'Combining welfare mix and New Public Management: The case of long-term care insurance in Germany', *International Journal of Social Welfare* 21: S61-S74. DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1468-2397.2011.00865.x>
- Theobald, H. en S. Hampel (2013) 'Radical institutional change and incremental transformation: Long-term care insurance in Germany', in: C. Ranci en E. Pavolini (red.) *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe. Investigating Institutional Change and Social Impacts*, New York, NY: Springer.
- Theobald, H. en M. Luppi (2018) 'Elderly care in changing societies: Concurrences in divergent care regimes - a comparison of Germany, Sweden and Italy', *Current Sociology* 66, 4: 629-642.
- Theobald, H., M. Szebehely, Y. Saito en N. Ishiguro (2018) 'Marketisation policies in different contexts: Consequences for home-care workers in Germany, Japan and Sweden', *International Journal of Social Welfare* 27, 3: 215-225. DOI:<https://doi.org/10.1111/ijsw.12298>
- Tokudome, S., S. Hashimoto en A. Igata (2016) 'Life expectancy and healthy life expectancy of Japan: the fastest graying society in the world', *BMC research notes* 9, 1: 482.
- Tonkens, E., J. van den Broeke en M. Hoijtink (2008) *Op zoek naar weerkaatst plezier: Samenwerking tussen mantelzorgers, vrijwilligers, professionals en cliënten in de multiculturele stad*, Den Haag: NICIS Institute.
- Towers, A.M., S. Palmer, N. Smith, G. Collins en S. Allan (2019) 'A cross-sectional study exploring the relationship between regulator quality ratings and care home residents' quality of life in England', *Health and Quality of Life Outcomes* 17. DOI:<https://doi.org/10.1186/s12955-019-1093-1>
- Tsutsui, T. en N. Muramatsu (2005) 'Care-needs certification in the long-term care insurance system of Japan', *Journal of the American Geriatrics Society* 53, 3: 522-527. DOI:<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53175.x>
- UK HM Government (2008) *Carers at the Heart of 21st-century Families and Communities. A Caring System on Your Side. A Life of Your Own*. London.
- Vanella, P., M. Heß en C.B. Wilke (2020) 'A probabilistic projection of beneficiaries of long-term care insurance in Germany by severity of disability', *Quality & Quantity*: 1-32. DOI:<https://doi.org/10.1007/s11135-020-00968-w>
- Vlachantoni, A. (2019) 'Unmet need for social care among older people', *Ageing & Society* 39, 4: 657-684. DOI:<https://doi.org/10.1017/S0144686x17001118>
- Vrangbæk, K. (2020) 'Denmark', in: R. Tikkanen, R. Osborn, E. Mossialos, A. Djordjevic en G.A. Wharton (red.) *International Health Care System Profiles*, New York, Washington, DC: The Commonwealth Fund.

- VWS (2020) *Investeringsagenda zeggenschap en positionering verpleegkundigen en verzorgenden*, Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport.
- Wallenburg, I., J. Schuurmans, N. van Pijkeren, O. van der Woerd, D.H.S. Ivanova, L. Graler en R. Bal (2020) *Duurzame medische zorg aan ouderen in de regio: Tussenrapportage*, Rotterdam: Erasmus University Rotterdam.
- Walshe, K., C. Lorne, A. Coleman, R. McDonald en A. Turner (2018) *Devolving health and social care: Learning from Greater Manchester*, Manchester: The University of Manchester.
- Weele, S. van der, F. Bredewold, E.T. Grootegoed, M. Trappenburg en E. Tonkens (2019) *Zorgen als Ambacht: afstemmen op afhankelijkheid van mensen met een beperking*, Utrecht: Uitgeverij de Graaff.
- Weissert, W.G. en L. Frederick (2013) 'The Woodwork Effect: Estimating It and Controlling the Damage', *Journal of Aging & Social Policy* 25, 2: 107-133. DOI:<https://doi.org/10.1080/08959420.2013.766073>
- WRR (2017) *Weten is nog geen doen. Een realistisch perspectief op redzaamheid*. WRR-rapport nr. 97, Den Haag: Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid. Beschikbaar op: <https://www.wrr.nl/publicaties/rapporten/2017/04/24/weten-is-nog-geen-doen>.
- Wiener, J.M., J. Tilly, A. Howe, C. Doyle, A.E. Cuellar, J. Campbell en N. Ikegami (2007) *Quality Assurance for Long-Term Care: The Experiences of England, Australia, Germany and Japan*, Washington: The Public Policy Institute.
- Woelders, S. en T. Abma (2019) 'Participatory action research to enhance the collective involvement of residents in elderly care: About power, dialogue and understanding', *Action Research* 17, 4: 528-548. DOI:<https://doi.org/10.1177/1476750319837330>
- World Health Organization Regional Office for Europe (2019) *Denmark. Country case study on the integrated delivery of long-term care*, Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Wright, J. (2019) 'Robots vs migrants? Reconfiguring the future of Japanese institutional eldercare', *Critical Asian Studies* 51, 3: 331-354. DOI:<https://doi.org/10.1080/14672715.2019.1612765>
- Yong, V. en Y. Saito (2012) 'National Long-Term Care Insurance Policy in Japan a Decade after Implementation: Some Lessons for Aging Countries', *Ageing International* 37, 3: 271-284. DOI:<https://doi.org/10.1007/s12126-011-9109-0>

Auteursgegevens

Leerstoel Betaalbaarheid van Zorg, IQ Healthcare – RadboudUMC

Kerndoelstelling van de leerstoel is onderzoek en onderwijs over betaalbare zorg. Dit betreft een breed terrein. Immers, veel veranderingen in de zorg raken aan het onderwerp betaalbaarheid. De leerstoel richt zich op drie specifieke onderzoekslijnen, te weten: ‘dure’ zorg, netwerkgorg en ongepaste zorg. De uitwerking van deze concepten stuit vaak op een zeer weerbarstige praktijk. Er is daardoor veel behoefte aan concrete handelingsperspectieven en dat is dan ook waar we naar toe willen werken. Daarnaast willen we aansluiten bij maatschappelijke vraagstukken, opdat we oplossingen bieden en kennis genereren die direct relevant kan zijn. Stevige articulatie van de vraagstukken is daarvoor een randvoorwaarde.

Florien Kruse heeft bestuurskunde en organisatiewetenschappen gestudeerd aan de Vrije Universiteit (VU) en de Hertie School of Governance in Berlijn. Zij is tevens werkzaam geweest bij de European Foundation in Dublin en de Pan American Health Organisation (PAHO) in Paramaribo. Kruse schreef haar dissertatie over ondernemerschap in de zorg voor de leerstoel Betaalbaarheid van Zorg van Prof. Patrick Jeurissen (IQ healthcare – RadboudUMC). Tijdens haar PhD voerde zij meerdere studies uit over de langdurige zorg. Zij schreef onder andere mee aan het rapport *Madrid International Plan of Action on Ageing* (MIPAA) voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Prof. Patrick Jeurissen is hoogleraar Betaalbaarheid van Zorg aan het RadboudUMC. Tevens werkt hij als wetenschappelijk adviseur voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Jeurissen is een expert in het ontwerpen en implementeren van beleid dat specifiek aandacht besteedt aan duurzaamheid en de betaalbaarheid van de gezondheidszorg. Hij is (mede) auteur van zo'n 125 publicaties en is een veelgevraagd spreker op (inter) nationale fora. Hij heeft diverse regeringen geadviseerd over het hervormen van hun zorgstelsel. Momenteel is hij voorzitter van de OESO Working Party, die patiëntuitkomsten tussen landen wil vergelijken, en adviseur voor WHO-Europe over hoe zorgstelsels kunnen verbeteren na de Covidpandemie (Commissie-Monti).

Leyden Academy on Vitality and Ageing

Kennisinstituut Leyden Academy on Vitality and Ageing is opgericht in november 2008 op initiatief van Vereniging Aegon. De missie van Leyden Academy is het *verbeteren van de kwaliteit van leven van oudere mensen*. Inhoudelijk zijn de speerpunten Vitaal, Betekenisvol en Verbonden hierbij leidend. Vanuit deze missie verricht Leyden Academy wetenschappelijk onderzoek naar uiteenlopende onderwerpen gericht op vitaliteit en veroudering. Ook is Leyden Academy betrokken bij diverse praktijkprojecten en programma's, en de ontwikkeling van instrumenten en scholingspakketten en vernieuwende onderwijsprogramma's voor de langdurige zorg. Ontwikkelde kennis en inzichten worden actief vertaald naar beleidsmakers, zorgverleners en het grote publiek om zo de kwaliteit van leven van oudere mensen te verbeteren. Samen met de samenwerkingspartners zet Leyden Academy zich met hart en ziel in voor een leeftijdsvriendelijke samenleving, zodat de extra levensjaren vooral zinvolle en plezierige jaren zijn. Leyden Academy wil bijdragen aan een samenleving waarin de kwaliteiten van jong en oud op waarde worden geschat en mensen zich tot op hoge leeftijd uitgenodigd voelen om mee te doen. Waar kwaliteit van leven en eigen regie leidende principes zijn in de zorg, en waar de leefomgeving mensen verleidt tot gezonde en sociale keuzes.

Prof. dr. Tineke Abma is directeur van Leyden Academy on Vitality and Ageing. Daarnaast is zij hoogleraar Participatie & Diversiteit aan de afdeling Ethiek, Recht en Humaniora van Amsterdam UMC. Ze was initiatiefnemer van het Centrum voor Clientervaring en de School for Participation. Voorheen was zij bijzonder hoogleraar Cliëntenparticipatie in de ouderenzorg. Eerder was zij als universitair hoofdonderzoeker werkzaam aan de vakgroep Health, Ethics & Society aan de Universiteit Maastricht en universitair docent aan het instituut voor Beleid en Management in de Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit. Met haar onderzoek wil ze bijdragen aan de participatie en kwaliteit van leven van mensen in een kwetsbare positie; opdat zij een volwaardige positie innemen in onze samenleving, en voorzieningen beter aansluiten op hun behoeften en wensen. In 2007 werd zij onderscheiden met de Crebolder Award voor de maatschappelijke impact van haar onderzoek naar participatie en haar boek 'Zeggenschap in wetenschap' (BOOM, Den Haag, 2007). In 2013 ontving zij een ASPASIA-laureaat van NWO voor haar onderzoek. Ze schreef vele wetenschappelijke artikelen en boeken, waaronder de recent verscheen publicatie met een groep internationale collega's getiteld 'Participatory Research for Health and Social Well-Being' (Springer Nature, 2019) en 'Evaluation for a Caring Society' (IAP Press).

Dr. Elena Bendien is sociaal en cultureel gerontoloog. Zij heeft twee PhD's: in taalkunde en in humanistiek. Haar tweede promotie behelsde interdisciplinair onderzoek naar de zingevende waarde van herinneringsprocessen op latere leeftijd; dat heeft zij uitgevoerd bij de Stichting Humanitas in Rotterdam. Elena is als senioronderzoeker bij Leyden Academy on Vitality and Ageing werkzaam in het interdisciplinair vakgebied Ageing studies, waarbij de nadruk ligt op de gevolgen van de stijgende levensverwachting voor sociale, culturele, historische, gender- en sekse-gebonden (gezondheids)aspecten van het (goed) ouder worden. Zij is auteur van wetenschappelijke artikelen op het gebied van reminiscentiewerk, gender en ageing en participatief actieonderzoek met ouderen. De resultaten uit haar onderzoek zijn onder meer gepubliceerd in rapporten die beschikbaar zijn op de websites van het Centrum voor Clientervaringen en WOMEN Inc.

EHSPM

De Health Care Governance groep, onder leiding van Prof. Dr. Roland Bal, is gespecialiseerd in het doen van kwalitatief onderzoek naar sturingvraagstukken in de zorg, met als doel om deze van ‘binnenuit’ te begrijpen. De groep is betrokken bij een veelheid aan (internationale) onderzoeksprojecten en evaluatieprojecten, die vaak in samenwerking met partners uit de zorg worden uitgevoerd. De centrale thema's in het onderzoek zijn: 1) regulering van zorg: waarbij de focus ligt op de rol van beleidsmakers, toezichhouders en managers in de zorg; 2) waardering van zorg, waarbij de focus ligt op de manieren waarop zorg gewaardeerd en beoordeeld wordt en de consequenties die dit heeft voor de praktijk en 3) verplaatsing van zorg, met een focus op de institutionele wijzigingen in de zorg, zoals decentralisatie en regionalisering.

Dr. Hester van de Bovenkamp is universitair hoofddocent bij ESHPM. Zij studeerde Bestuurs- en Organisatiewetenschap aan de Universiteit Utrecht en promoveerde bij ESHPM op het onderwerp patiënten- en burgerparticipatie in de zorg. De rol van patiënten en burgers in de zorg is nog steeds een van haar belangrijke onderzoekslijnen. Daarnaast doet zij onderzoek naar de governance van kwaliteit van zorg, met specifiek aandacht voor het thema regeldruk. Zij is betrokken bij een groot aantal nationale en internationale projecten die zich richten op deze thema's. De resultaten van deze projecten zijn gepubliceerd in vele wetenschappelijke artikelen, rapporten en vertaald naar kwaliteitsinstrumenten voor de praktijk.

Dr. Iris Wallenburg is verpleegkundige en universitair hoofddocent bij ESHPM. Zij studeerde verpleegkunde en gezondheidswetenschappen, en promoveerde aan de Vrije Universiteit Amsterdam op een onderzoek naar de opleiding van medisch specialisten. In haar onderzoek richt zij zich op de impact van veranderende beleids- en organisatiecontexten op het werk van zorgprofessionals en uitvoering van zorg. Ze leidt twee landelijke actieonderzoeken op dit gebied: regionalisering van ouderenzorg (samen met Vilans), en taakdifferentiatie binnen het verpleegkundig beroep. Daarnaast is zij betrokken bij onderzoeken in het kader van toezicht op zorg. Iris begeleidt diverse promovendi en geeft geregeld lezingen over arbeidsmarktproblematiek. Zij publiceert in internationale wetenschappelijke tijdschriften en nationale vakbladen.

Bijlage 1

Expert	Affiliatie	Land
Prof. Heinz Rothgang	Gesundheitsökonomie, Universität Bremen	Duitsland
Ricarda Milstein	Hamburg Center for Health Economics, Universität Hamburg	Duitsland
Prof. Bent Greve	Department of Social Sciences and Business, Roskilde University	Denemarken
Prof. Karsten Vrangbaek	Health Services Research, University of Copenhagen	Denemarken
Dr. Amy Clotworthy	University of Copenhagen	Denemarken
Prof. Rudi Westendorp	University of Copenhagen	Denemarken
Dr. José Luis Fernández	Care Policy and Evaluation Centre, London School of Economics and Political Science	Engeland
Dr. Simon Bottery	The King's Fund	Engeland
Morgan Vine	Independent Age	Engeland
Prof. Naoki Ikegami	Management, Keio University School of Medicine in Tokyo	Japan
Dr. Yoko Matsuoka	Tokyo Kasei University	Japan
Dr. Shinji Hattori	Institute for Health Economics and Policy	Japan
Prof. Taichi Ono	National Graduate Institute for Policy Studies	Japan

Bijlage 2

Topiclijst^a

Vraag	Thema
Did [Country name] implement certain policies to contain long-term care costs in the last decade? If so, what were these policies and were they effective?	Kosten
What is the current political and academic debate in [Country name] regarding measures to contain long-term care costs?	Kosten
How is quality of elderly care defined in [Country name]? What is seen as 'good quality'?	Kwaliteit
How is quality of care being governed and by whom? How does this relate to the assessment system?	Kwaliteit
A transition from informal care to formal, institutional-based care? What is the role of healthcare professionals (how are they being valued) and of community care?	Kwaliteit
What was / is the public opinion about long term and social care for the elderly? How do people/ public organisations/ care-providing organisations feel about it?	Maatschappelijk draagvlak
What kind of debates do the current Government policies generate? Which topics are of importance, which of them are recurrent or new?	Maatschappelijk draagvlak
How are the debates regarding the various topics carried out? Which parties (private or public institutions) are given the opportunity to give their opinion and how?	Maatschappelijk draagvlak
Can we talk about public support or about a lack of support for the existing (aspects of) long term and social care for older people?	Maatschappelijk draagvlak
What is the best way to obtain public support for Government policies and what type of action leads to decreased support?	Maatschappelijk draagvlak
Which comprehensive publications on this subject can shed more light on the various developments?	Maatschappelijk draagvlak

^a. We hebben ook veel vragen specifiek afgesteld op kennislacune die er bestond van een land. De topiclijst fungeert als leidraad.

Bijlage 3

Beschrijvende statistiek van de vier casussen in vergelijking met Nederland

		Nederland	Duitsland	Denemarken	Verenigd Koninkrijk ^a	Japan
Totale populatie (in miljoenen) 2018		17,2	82,9	5,8	66,4	126,4
Levensverwachting 2017	Vrouwen, leeftijd 65	21,2	21,2	20,8	21,1	24,4
	Mannen, leeftijd 65	18,7	18,1	18,2	18,8	19,6
Vergrijzing (procent over totale populatie) 2017	65+	18,7	21,3	19,2	18,2	27,7
	80+	4,5	6,1	4,4	4,9	8,5
Grijze druk^b 2015		30,2	34,8	33,0	31,0	46,2
Uitgaven langdurige zorg (procent over BBP) 2017		3,7	1,5	2,5	1,4	1,8
Uitgaven langdurige zorg (procent over totale zorgkosten) 2017		26,3	18,3	25,0	18,7	18,4
Kosten thuiszorg (procent over totale langdurigezorg) 2017		22,5	57,3	65,6	44,4	16,2
Aantal bedden in langdurige zorg instellingen (per 1000 populatie 65+) 2017		74,3	54,4	39,5	45,6	24,1
Thuiszorg (procent over populatie 65+) 2017		66	74	74	.	.
Langdurig zorgpersoneel (per 100 populatie 65+) 2017		8.0	5.1	8.1	3.3	5.9

Bron: OESO (2019) *Health at a Glance 2019*, OESO (2020) *Population*, OESO (2017) *Pensions at a Glance*, Eurostat (2020) *Population and Social Conditions*

^a. Deze cijfers betreffen Engeland, maar ook Wales, Schotland en Noord-Ierland.

^b. Aantal 65+ over 100 mensen die kunnen participeren in de arbeidsmarkt, leeftijd van 20-64.

Samenvatting zorgsystemen van de vier casussen in vergelijking met Nederland

	Nederland	Duitsland	Denemarken	Engeland	Japan
Type ltc-financiering	Langdurige-zorg-verzekering	Langdurige-zorg-verzekering	Publieke financiering	Inkomens-afhankelijk om beroep te doen op publieke financiering	Langdurige-zorg-verzekering
Universeel	Ja	Ja	Ja	Nee	Ja
Wijze van publieke financiering	Werknemers en werkgevers inkomens-afdracht	Werknemers en werkgevers inkomensaf-dracht + pensioen bijdragen	Algemene belastingen	Algemene belastingen	40-plussers: werknemers en werkgevers afdracht; 60-plussers: contributies uit pensioen. En algemene belastingen.
Mate van decentralisatie	Matig	Matig	Sterk	Sterk	Gering

Houdbare ouderenzorg

Ervaringen en lessen uit andere landen

WRR

WETENSCHAPPELIJKE RAAD VOOR HET REGERINGSBELEID

e-ISBN 978-94-90186-91-3



9 789490 186913 >