



COMMISSIE VAN DE EUROPESE GEMEENSCHAPPEN

Brussel, 3.1.2002  
COM(2002) 774 definitief

**MEDEDELING VAN DE COMMISSIE AAN DE RAAD, HET EUROPEES  
PARLEMENT, HET EUROPEES ECONOMISCH EN SOCIAAL COMITÉ EN HET  
COMITÉ VAN DE REGIO'S**

**Voorstel voor een**

**GEZAMENLIJK VERSLAG**

**Gezondheidszorg en ouderenzorg: ondersteuning van nationale strategieën voor een  
hoog niveau van sociale bescherming**

**MEDEDELING VAN DE COMMISSIE AAN DE RAAD, HET EUROPEES  
PARLEMENT, HET EUROPEES ECONOMISCH EN SOCIAAL COMITÉ EN HET  
COMITÉ VAN DE REGIO'S**

**Voorstel voor een**

**GEZAMENLIJK VERSLAG**

**Gezondheidszorg en ouderenzorg: ondersteuning van nationale strategieën voor een  
hoog niveau van sociale bescherming**

**1. INLEIDING**

Socialebeschermingsstelsels betalen niet alleen inkomensvervangende uitkeringen in geval van werkloosheid, ziekte, arbeidsongeschiktheid, pensioen of onvoldoende bestaansmiddelen. Ze moeten mensen ook toegang bieden tot de nodige medische verzorging en langdurige zorg, die vaak meer kosten dan een patiënt of zijn familie kunnen betalen. In de mededeling van de Commissie van 1999 over “Een gemeenschappelijke strategie voor de modernisering van de sociale bescherming”<sup>1</sup> werd **een betaalbare gezondheidszorg van hoge kwaliteit garanderen** als een van de prioriteiten voor samenwerking tussen de lidstaten vermeld.

Dit initiatief werd in maart 2000 onderschreven door de Europese Raad van Lissabon, die benadrukte dat de socialebeschermingsstelsels moeten worden hervormd, onder andere om een gezondheidszorg van hoge kwaliteit te kunnen handhaven. In juni 2001 verzocht de Europese Raad van Göteborg in zijn overweging over de uitdagingen van de vergrijzing de Raad volgens de open coördinatiemethode een inleidend verslag over beleidslijnen op het gebied van gezondheidszorg en ouderenzorg op te stellen voor de voorjaarsbijeenkomst van de Europese Raad in 2002. Dit verslag was gebaseerd op een mededeling van de Commissie van december 2001<sup>2</sup> waarin de demografische, technologische en financiële ontwikkelingen worden onderzocht die een uitdaging kunnen vormen voor de mate waarin in de toekomst een hoog niveau van sociale bescherming op dit gebied kan worden behouden. In de mededeling werd geconcludeerd dat de stelsels voor gezondheidszorg en langdurige zorg in de Europese Unie voor de uitdaging staan dat ze tegelijk drie doelstellingen moeten verwezenlijken:

- Voor iedereen toegankelijke zorg, ongeacht inkomen of vermogen;
- Een hoog kwaliteitsniveau;
- Betaalbaarheid van de zorgstelsels.

Deze drie grote doelstellingen werden door de Raad onderschreven in een inleidend verslag over gezondheidszorg en ouderenzorg voor de Europese Raad van Barcelona, waarin ook werd benadrukt dat alle gezondheidsstelsels in de EU op de beginselen van solidariteit, billijkheid en universaliteit gebaseerd zijn. De Europese Raad van

---

<sup>1</sup> COM(1999) 347 definitief.

<sup>2</sup> COM(2001) 723 definitief: De toekomst van de gezondheidszorg en de ouderenzorg: de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid waarborgen.

Barcelona verzocht de Commissie en de Raad de vraagstukken betreffende toegankelijkheid, kwaliteit en financiële houdbaarheid nader te onderzoeken. Daartoe werd de lidstaten een vragenlijst toegezonden. In dit verslag worden de voornaamste conclusies getrokken uit de analyse van de antwoorden van de lidstaten en worden verdere maatregelen voorgesteld. Een meer gedetailleerde samenvatting van de antwoorden van de lidstaten op de vragenlijst zal in een werkdocument van de diensten van de Commissie worden gepresenteerd.

## 2. GEMEENSCHAPPELIJKE UITDAGINGEN EN VRAAGSTUKKEN

Of we mensen die behoefte hebben aan gezondheidszorg en langdurige zorg ook in de toekomst een hoog niveau van sociale bescherming kunnen blijven bieden, hangt onder meer af van maatschappelijke en technologische ontwikkelingen, en met name van de vergrijzing. Deze ontwikkelingen werden in de mededeling van december 2001 in kaart gebracht:

### (1) Nieuwe technologieën en behandelingen

Nieuwe technologieën, behandelingen en technieken bieden enorme mogelijkheden om de gezondheidszorg te verbeteren en uit te breiden. De integratie van nieuwe technologieën en behandelingen in de gezondheidszorgstelsels vormt echter een belangrijke uitdaging. Enerzijds kunnen nieuwe technologieën de behandeling van sommige ziekten goedkoper maken, maar anderzijds kunnen ze ook tot hogere kosten leiden indien er aandoeningen mee kunnen worden behandeld waarvoor vroeger geen behandeling bestond. De ontwikkelingen op het gebied van medische technologieën en behandelingen blijken een belangrijke factor te zijn in de stijging van de kosten gedurende de laatste tientallen jaren. Het uiteindelijke effect van de technologische ontwikkelingen op de toekomstige gezondheidsuitgaven is niet te voorspellen. Een meer systematische beoordeling van gezondheidsmaatregelen, behandelingen en technologieën kan de besluitvorming helpen verbeteren en kan er onder andere toe bijdragen dat hogere uitgaven alleen voor echte technologische vooruitgang worden gebruikt en dat geen kansen tot besparingen worden gemist. Een dergelijke beoordeling is essentieel om de drie doelstellingen – toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid – te kunnen verwezenlijken.

### (2) Meer welzijn en beter voorgelichte patiënten

De kosten van gezondheidszorg en langdurige zorg hebben de neiging te stijgen naarmate mensen en samenlevingen rijker worden. De achterliggende oorzaken zijn onduidelijk; waarschijnlijk spelen zowel vraag- als aanbodfactoren mee. Een van deze factoren is de positieve ontwikkeling dat mensen beter opgeleid zijn en een directere toegang hebben tot informatie over medische behandelingen en zorgkwaliteit. Daardoor worden ze veeleisender ten opzichte van zorgverleners en instellingen die de toegang tot zorg financieren. Bij de huidige aanpak van gezondheidszorg zullen mondigere consumenten waarschijnlijk ook in de toekomst een kostenverhogende factor blijven.

Het lijkt duidelijk dat de vraag naar langdurige zorg in de toekomst zal stijgen door een combinatie van economische en sociale factoren. Door de toenemende participatie van vrouwen op de arbeidsmarkt, de grotere geografische mobiliteit, de dalende verhouding tussen de beroepsbevolking en het aantal zorgbehoevende

ouderen, en veranderende gezinsstructuren (bv. scheidingen) zijn de mogelijkheden van zorgverlening door familieleden beperkt.

### (3) Vergrijzing

Dat meer mensen langer leven, is een geweldige verwezenlijking van onze samenlevingen en gezondheidsstelsels. De levensverwachting is gedurende de laatste vijftig jaar sterk gestegen en zal gedurende de komende tientallen jaren blijven stijgen. De demografische veranderingen brengen echter ook nieuwe uitdagingen voor onze gezondheidszorg- en langdurige-zorgstelsels met zich.

Door lage geboortecijfers en een stijgende levensverwachting vergrijst de Europese bevolking gestaag. Bovendien zal een groot aantal mensen die in de jaren vijftig en zestig geboren zijn, de volgende tien à vijftien jaar oud worden. Bijgevolg zal het aantal ouderen de komende tientallen jaren sterk stijgen. Volgens een extrapolatie zal het aantal 65-plussers in de EU-15 stijgen van 61 miljoen in 2000 tot ongeveer 103 miljoen in 2030. Het aantal 80-plussers zal naar verwachting stijgen van bijna 14 miljoen in 2000 tot ongeveer 38 miljoen in 2050. Tegelijkertijd zal de beroepsbevolking naar verwachting sterk afnemen (zie bijlage 1, grafieken 1a, 1b en 1c). Deze extrapolaties van Eurostat zijn op bepaalde veronderstellingen gebaseerd, bijvoorbeeld het vruchtbaarheidscijfer. Er zijn ook andere extrapolaties, waarbij van andere veronderstellingen is uitgegaan en waarbij bijvoorbeeld de beroepsbevolking groter is.

Het voornaamste effect van de vergrijzing op de zorgstelsels gedurende de komende tientallen jaren zal waarschijnlijk de toename van het aantal zorgbehoevende ouderen zijn. Dat komt doordat ouderen door een hogere incidentie van ernstige ziekten meestal meer zorg nodig hebben dan mensen in de actieve leeftijd. Uit de leeftijdsprofielen van de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg en langdurige zorg blijkt dat de uitgaven in de oudere leeftijdsgroepen aanzienlijk hoger zijn dan in de jongere leeftijdsgroepen (zie grafieken 2a en 2b). De gezondheidsstelsels zullen ook moeten worden aangepast aan veranderende, leeftijdsgebonden ziektepatronen; zo zullen waarschijnlijk meer ouderdomsziekten voorkomen. Wat langdurige zorg betreft, hangt de zorgbehoefte van ouderen (bijvoorbeeld hulp bij dagelijkse levensverrichtingen) vaak eerder samen met ouderdomsgebonden invaliditeit of zwakte dan met ziekte.

Wat gezondheidszorg betreft, zal de omvang van de vraag waarschijnlijk enigszins worden beperkt door de verbetering van de gezondheidstoestand van ouderen, die gedurende de laatste tientallen jaren ook voor een hogere levensverwachting heeft gezorgd. Volgens sommige theorieën komt dit doordat mensen vaak pas op het einde van hun leven ernstig ziek worden en intensieve gezondheidszorg nodig hebben. Naarmate mensen langer leven, wordt deze behoefte aan intensieve gezondheidszorg dus uitgesteld. Ook wat langdurige zorg betreft, zijn er redenen om optimistisch te zijn. In landen waar gegevens beschikbaar zijn, zoals de Verenigde Staten, blijkt namelijk dat het invaliditeitspercentage bij ouderen mettertijd afneemt; dit hangt echter niet noodzakelijk samen met een hogere levensverwachting. Anderzijds zijn zeer oude mensen, ongeacht de hogere levensverwachting, vaak zwak en zorgbehoevend.

Door de vergrijzing zullen de gezondheidszorg en de sociale diensten zich ook moeten aanpassen aan veranderende ziektepatronen (meer chronische ziekten) en cliëntenstructuren. De stelsels moeten ook opnieuw belang hechten aan de doelstelling om ouderen in staat te stellen langer actief, gezond en zelfstandig te leven. De nadruk moet worden gelegd op preventieve strategieën zoals gezondere voeding en lichamelijke en geestelijke activiteiten; om te beginnen moet de levensstijl van jongeren en mensen op middelbare leeftijd worden aangepakt.

### **Deze uitdagingen het hoofd bieden: beleidsverantwoordelijkheden**

De organisatie en financiering van de gezondheidsstelsels blijft een nationale bevoegdheid. Het is aan de lidstaten om hun uiteenlopende stelsels aan bovengenoemde gemeenschappelijke uitdagingen aan te passen. Verscheidene andere communautaire beleidsgebieden zijn echter van invloed op de nationale socialebeschermingsstelsels voor gezondheidszorg en langdurige zorg:

- Het nationale beleid moet aan de regels van de **interne markt** voldoen, met name aan de concurrentieregels en de beginselen van vrij verkeer van personen, goederen en diensten. In de jurisprudentie van het Hof van Justitie<sup>3</sup> wordt erkend dat de lidstaten verantwoordelijk zijn voor de organisatie van hun socialebeschermingsstelsels, maar eventuele beperkingen van de vrijheden van de interne markt moeten naar behoren gerechtvaardigd worden.<sup>4</sup> Momenteel wordt een reflectiegroep op hoog niveau opgericht om de vraagstukken die het gevolg zijn van een grotere patiëntenmobiliteit en meer wisselwerking tussen gezondheidsstelsels te bestuderen;
- Overeenkomstig de verdragsbepalingen over **volksgezondheid** (artikel 152) streeft de EU naar een hoog niveau van menselijke gezondheid. In de mededeling van de Commissie over de gezondheidsstrategie van de Europese Gemeenschap<sup>5</sup> werd benadrukt dat de gezondheidszorg moet beantwoorden aan de verwachtingen en preoccupaties van de mensen in de context van de uitdaging van de vergrijzing, de ontwikkeling van nieuwe medische technieken en de toenemende internationale dimensie van de gezondheidszorg (besmettelijke ziekten, milieufactoren, toenemende mobiliteit van personen, diensten en goederen).
- De EU houdt ook toezicht op de **duurzaamheid van de openbare financiën** op lange termijn. Aangezien gezondheidszorg een groot deel van de overheidsuitgaven uitmaakt, is deze sector van wezenlijk belang voor de toepassing van de aanbevelingen in de globale richtsnoeren voor het economische beleid en de stabiliteits- en convergentieprogramma's.

Tot dusver kwamen de drie doelstellingen van toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid in bovengenoemde EU-beleidsgebieden op een nogal versnipperde wijze aan bod. Met het oog op samenwerking en uitwisselingen in verband met de modernisering van de sociale bescherming is het van belang dat ze geïntegreerd

---

<sup>3</sup> Arresten van 7 februari 1984, Duphar e.a., C-238/82, Jurispr. blz. 523, punt 16; 17 juni 1997, Sodemare e.a., C-70/95, Jurispr. blz. I-3395, punt 27; en 28 april 1998, Kohll, C-158/96, Jurispr. blz. I-1931, punt 17.

<sup>4</sup> Zaken C-157/99, Smits/Peerbooms en C-368/98, Vanbraeckel.

<sup>5</sup> COM(2000) 285 definitief.

behandeld worden. Toegankelijkheid zonder kwaliteit is niet wenselijk en toegankelijkheid zonder financiële duurzaamheid is niet haalbaar. Ervoor zorgen dat de overheid alleen behandelingen financiert waarvan de kwaliteit bewezen is, draagt in belangrijke mate bij tot financiële duurzaamheid.

### **3. BELEIDSMAATREGELEN VAN DE LIDSTATEN IN VERBAND MET DE GEMEENSCHAPPELIJKE UITDAGINGEN**

Naar aanleiding van de conclusies van de Europese Raad van Barcelona heeft het Comité voor sociale bescherming, in samenwerking met het Comité voor economische politiek, de lidstaten een vragenlijst toegestuurd om informatie te verzamelen over de wijze waarop de lidstaten de drie doelstellingen van het inleidend verslag – toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid – aanpakken.

In dit deel wordt een samenvatting gegeven van de voornaamste vraagstukken en beleidsbenaderingen die uit de antwoorden van de lidstaten op de vragenlijst naar voren komen. In een werkdocument van de diensten van de Commissie zal een meer gedetailleerde analyse worden gepresenteerd.

#### **3.1. Toegang tot gezondheidszorg**

##### **Mechanismen die de toegang moeten garanderen**

Alle lidstaten verlenen mensen die op hun grondgebied wonen een universeel of bijna universeel recht op gezondheidszorg. Naargelang van de wijze waarop de stelsels worden gefinancierd en waarop mensen aanspraak kunnen maken op gezondheidszorg, kunnen de lidstaten in twee grote groepen worden onderverdeeld. De ene groep stelsels wordt gefinancierd uit belastinginkomsten en het recht op gezondheidszorg hangt af van burgerschaps- of woonvereisten. De andere groep is voortgekomen uit ziektekostenverzekeringssystemen voor werknemers en hun gezinsleden en wordt hoofdzakelijk gefinancierd door socialeverzekeringpremies die op inkomens worden geheven. In de praktijk is het verschil tussen beide benaderingen minder belangrijk geworden. De arbeidsgebonden stelsels zijn namelijk vaak geleidelijk aan tot de hele bevolking uitgebreid, terwijl verzekeringspremies in de financiering aan belang hebben verloren ten opzichte van belastinginkomsten.

Het in wezen universele recht op gezondheidszorg in de EU houdt in dat het overgrote deel van de bevolking gedekt is. De verzekerde risico's kunnen echter verschillen. In arbeidsgebonden stelsels kunnen verschillende beroeps categorieën, zoals werknemers en zelfstandigen, bijvoorbeeld verschillend worden behandeld. Deze verschillen worden echter beperkt. In alle stelsels zijn echter het aandeel in de kosten en/of de soorten kosten die worden terugbetaald beperkt. In de meeste lidstaten moeten gezinnen 20 à 30% van de totale gezondheidskosten zelf betalen.

Ten gevolge van de stijgende gezondheidskosten zijn de lidstaten geneigd om de patiëntenbijdragen te verhogen, hetzij direct, door kosten aan te rekenen of een eigen bijdrage te vragen, hetzij indirect, door het aantal terugbetaalde diensten te beperken. Sommige landen hebben bijvoorbeeld een lijst opgesteld van diensten die voor terugbetaling in aanmerking komen en hebben de honoraria en/of de terugbetalingstarieven gereguleerd. Andere landen stellen terugbetalingscriteria

vast aan de hand van het vereiste “basisniveau” van gezondheidszorg of betalen de patiënt pas achteraf terug. In verscheidene landen betalen patiënten voor verscheidene gezondheidsdiensten een vast bedrag; in andere landen betalen ze het verschil tussen de prijs van een dienst of product en het overeenkomstige vaste of variabele terugbetalingstarief. Het terugbetalingstarief kan variëren naar gelang van de soort dienst (lijst van diensten die voor terugbetaling in aanmerking komen) of naar gelang van de patiënt (bv. inkomensniveau, jaarlijkse gezondheidsuitgaven en leeftijd). De patiëntenbijdrage kan eventueel door een bijkomende particuliere verzekering worden gedekt. In punt 3.5 wordt nader ingegaan op de rol van eigen bijdragen in de betaalbaarheid van stelsels.

Het feit dat stelsels bijdragen in de kosten vragen, brengt het risico met zich dat kwetsbare groepen deze kosten niet kunnen dragen en daardoor geen toegang willen of kunnen krijgen tot de nodige gezondheidszorg. Dit probleem werd besproken in het gezamenlijk verslag over sociale integratie dat in december 2001 in Laken is goedgekeurd, en komt ook als een aandachtspunt van het beleid naar voren in het antwoord van verscheidene lidstaten. Deze nemen maatregelen om een bovengrens te stellen aan de totale bijdrage van mensen met bijzonder hoge gezondheidskosten of om mensen met een laag inkomen een lagere bijdrage in de behandelingskosten te doen betalen.

Alle lidstaten verwijzen dus op een of andere wijze naar de solidariteitsaspecten van hun stelsels, die ervoor moeten zorgen dat een slechte gezondheid niet tot armoede leidt en dat een laag inkomen de toegang tot gezondheidszorg niet beperkt. Een verdere ongelijkheid op gezondheidsgebied bestaat erin dat mensen in kwetsbare groepen vaker een ongezonde levenswijze hebben.

Sommige landen beschouwen ouderen als een groep die risico loopt op onvoldoende toegang tot gezondheidszorg en preventieve zorg, en nemen specifieke maatregelen om ervoor te zorgen dat de gezondheidszorg niet onbetaalbaar wordt of dat ouderen overeenkomstig hun behoeften van medische diensten gebruik kunnen maken. Sommige landen bevorderen regelmatige huisbezoeken van gezondheidswerkers bij ouderen. Dit aspect is van belang voor een goede coördinatie van gezondheidszorg en langdurige zorg voor ouderen.

De antwoorden van de lidstaten bevatten weinig informatie over eventuele andere aspecten van ongelijke toegang, zoals regionale verschillen. In antwoord op de vraag of nieuwe behandelingen ongelijkheid met zich hebben gebracht, wordt geen specifieke ongelijkheid gemeld, maar er wordt wel erkend dat het verlenen van toegang tot dergelijke behandelingen een belangrijke, voortdurende en, in het licht van de snelle technologische ontwikkelingen, steeds toenemende uitdaging vormt voor het kostenbeheer.

### **Monitoring- en evaluatiesystemen**

Een aantal lidstaten heeft verscheidene indicatoren vastgesteld of voorgesteld om de toegang te monitoren. Deze indicatoren kunnen op metingen van het aanbod gebaseerd zijn, bv. het aantal overnachtingen in het ziekenhuis, het aantal van bepaalde ingrepen of de revalidatie per bevolkingsgroep. Doel is eventuele gebreken in de doeltreffendheid, de resultaten of de prestaties te meten. In veel landen zijn er wachtlijsten voor verscheidene behandelingen, maar de lengte van de wachtlijsten verschilt aanzienlijk naargelang van het systeem. Landen met een

gezondheidszorgstelsel op basis van verzekering hebben minder problemen met wachtlijsten.

## **Uitdagingen**

De demografische en epidemiologische tendensen vormen grote uitdagingen voor de huidige gezondheidszorgstelsels. De stelsels moeten voortdurend worden aangepast om in te spelen op de verwachte vraag naar zorg en de technologische en medische vooruitgang. Andere belangrijke uitdagingen zijn:

- de herziening van het aantal nieuwe behandelingen en geneesmiddelen dat wordt verstrekt of voor terugbetaling in aanmerking komt;
- de beperking van de wachttijden voor niet-dringende ziekenhuisverpleging;
- door meer en nieuwe soorten gezondheidszorg voor ouderdomsgebonden ziektepatronen de zelfredzaamheid van ouderen bevorderen;
- preventieve strategieën ontwikkelen om ouderen in staat te stellen langer actief, gezond en zelfstandig te leven;
- voldoende geschoold medisch personeel ter beschikking stellen.

## **Geplande beleidswijzigingen**

De lidstaten vermelden de volgende prioriteiten:

- de toegang voor bepaalde bevolkingsgroepen (zelfstandigen, ouderen, mensen met een laag inkomen) verbeteren;
- sneller toegang verlenen (wachtlijsten beperken);
- de verdeling van de gezondheidsdiensten over het land verbeteren (stedelijke/plattelandsgebieden, rijke/arme regio's);
- de aanwerving en scholing van gekwalificeerd personeel (dokters, verpleegkundigen en ander personeel) verbeteren om de vergrijzing van het personeel, de moeilijke werkomstandigheden en het toenemende personeelsgebrek te verhelpen.

Wat de specifieke zorgbehoeften van ouderen betreft, worden de volgende punten vermeld:

- om plaats vrij te maken in de ziekenhuizen en ouderen zoveel mogelijk in staat te stellen een actief en zelfstandig leven te leiden, is er behoefte aan alternatieve geriatrische of nazorgvoorzieningen voor revalidatie buiten het ziekenhuis;
- om de toegang tot zorg te verbeteren en de behandeling door een multidisciplinaire benadering te verbeteren, moeten lokale gezondheidscentra worden opgericht of opnieuw in werking worden gesteld.



In het algemeen erkennen de lidstaten dat de vergrijzing nieuwe problemen en uitdagingen met zich zal brengen indien ze de algemene en allesomvattende vormen van toegang tot gezondheidszorg waaraan hun burgers gewend zijn, willen behouden. Verscheidene lidstaten zijn echter vastbesloten dat deze basisdoelstelling van de stelsels behouden moet blijven, zelfs indien de kosten stijgen. Andere lidstaten zijn van plan om hun toegangsmechanismen verder te verfijnen en te verbeteren. In de toekomst zullen de lidstaten dus waarschijnlijk meer de nadruk leggen op maatregelen om de kostenefficiëntie en de doeltreffendheid te verbeteren (zie punt 3.5).

### **3.2. Toegang tot langdurige zorg**

Anders dan voor gezondheidszorg het geval is, wordt de behoefte aan langdurige zorg pas nu erkend als een sociaal risico dat door de socialebeschermingsstelsels moet worden gedekt. Langdurige zorg betekent bijstand aan mensen die niet meer zelfstandig kunnen wonen en in hun dagelijkse leven afhankelijk zijn van de hulp van anderen. De behoefte aan hulp kan gaan van mobiliteit, boodschappen doen, eten klaarmaken en ander huishoudelijke taken tot wassen en te eten geven in de meest extreme gevallen. Om dergelijke langdurige zorg te verlenen is geen medische scholing nodig. Dit soort zorgen wordt dan ook vaak verleend door familieleden, meestal echtgenoten en kinderen, die nog steeds de voornaamste langdurige-zorgverleners zijn.

Om de in punt 2 (2) genoemde redenen kunnen familieleden niet meer in dezelfde mate zorgen blijven verlenen als vroeger het geval was. Een groeiend aantal hulpbehoevende ouderen is bijgevolg afhankelijk van professionele zorgverleners, hetzij thuis, hetzij in gespecialiseerde instellingen. Net als de kosten van gezondheidszorg liggen de kosten van langdurige zorg vaak hoger dan het inkomen van de hulpbehoevende. Ook zijn eventuele vermogen kan snel opraken. Bijgevolg is de behoefte aan langdurige zorg een belangrijk sociaal risico en is er duidelijk behoefte aan sociale bescherming.

In de lidstaten bestaan uiteenlopende vormen van sociale bescherming. In sommige landen blijven families verantwoordelijk voor de zorgverlening of de financiering. Overheidssteun, in de vorm van sociale bijstand, via sociale diensten of plaatsing in een zorginstelling, is alleen beschikbaar indien de familie geen hulp kan bieden. Wanneer de zorgbehoevende sterft, kunnen de kosten van de gesubsidieerde zorgverlening op de nalatenschap van de overledene verhaald worden. Dit vormt een minimale sociale bescherming, waarbij families het grootste deel van het risico van langdurige zorg dragen en alleen steun verleend wordt indien de families niet meer in staat zijn om zorg te verlenen. In andere landen hebben nakomelingen geen wettelijke verplichtingen ten opzichte van hun oudere familieleden, maar moeten mensen hun zorgbehoeften vooral uit hun eigen inkomen en vermogen betalen.

In meer en meer landen is er een ontwikkeling in de richting van een grotere risicoverdeling. Die kan hetzij worden bereikt door rechtstreekse zorgverlening thuis of in zorginstellingen, hetzij door verzekeringsmechanismen. Dergelijke publieke zorgverlening is meestal de verantwoordelijkheid van lokale overheden, vaak in samenwerking met non-profitorganisaties. De andere benadering van risicoverdeling is een verzekeringsstelsel. In sommige gevallen worden langdurige-zorgbehoeften door verplichte verzekeringsstelsels gedekt. Sommige landen hebben onlangs een zorgverzekering ingevoerd als nieuw onderdeel van hun socialebeschermingsstelsel.

Rechtstreekse zorgverlening wordt meestal uit belastingen gefinancierd, terwijl stelsels op basis van verzekering eerder met socialezekerheidspremies worden gefinancierd. Ten minste één land gebruikt echter successierechten als financieringsbron; dit lijkt gerechtvaardigd in zoverre door de spreiding van de kosten van langdurige zorg wordt voorkomen dat erfgenamen een groot deel van hun erfenis verliezen.

Langdurige zorg kan op verschillende wijzen worden verleend. Naast zorgverlening door de familie bestaat ook professionele zorgverlening aan huis, in ambulante-zorginstellingen, in speciale langdurige-zorginstellingen of in ziekenhuizen. De soort zorgverlening wordt mede bepaald door de socialebeschermingsmechanismen. Indien er bijvoorbeeld meer steun beschikbaar is voor langdurige-zorginstellingen dan voor thuiszorg, zullen er waarschijnlijk meer mensen in zorginstellingen wonen.

Sommige lidstaten hebben geprobeerd om hun socialebeschermingsmechanismen neutraal te maken ten opzichte van de soort zorgverlening. Daarvoor is met name steun voor informele zorgverleners nodig. Zorgbehoevende mensen kunnen dan kiezen tussen verstrekkingen en financiële steun voor familieleden die hen verzorgen. Informele zorg kan ook worden gestimuleerd door belastingvoordelen, pensioenrechten en socialeverzekeringsrechten voor zorgverleners, recht op loopbaanonderbreking om een familielid te verzorgen en het ter beschikking stellen van plaatsvervangers en dagverzorgingscentra die zorgverleners kunnen aflossen. De rechten en plichten van informele zorgverleners kunnen zelfs in overeenkomsten vastgelegd worden. De voordelen van steun voor informele zorgverleners zijn de kostenefficiëntie (toelagen voor informele zorgverleners zijn meestal lager dan de kosten van professionele zorgverleners) en het feit dat de zorgverlener een vertrouwd familielid is. Bovendien kan de zorgbehoevende thuis blijven.

Alle landen hebben infrastructuur voor professionele langdurige zorg, maar het belang daarvan hangt af van de rol van de familie, de socialebeschermingsmechanismen en het aanbod aan zorgdiensten en -voorzieningen. Soms moeten zorgbehoevende mensen door een gebrek aan voorzieningen en diensten langer in het ziekenhuis blijven of door familieleden verzorgd worden.

## **Uitdagingen**

Socialebeschermingsmechanismen die de toegang tot langdurige zorg garanderen, zijn in veel lidstaten vrij nieuw. In andere lidstaten gaat het slechts om socialebijstandsmechanismen. Naarmate de vraag naar langdurige zorg toeneemt, kunnen tekorten aan gekwalificeerd personeel ontstaan.

Personeelstekorten zijn ook een mogelijke verklaring voor het capaciteitsgebrek van de langdurige-zorginstellingen, waardoor ouderen vaak langer dan nodig in het ziekenhuis blijven. Zorginstellingen zijn met name van belang voor mensen die aan de ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie lijden, omdat ze intensieve zorg en voortdurend toezicht nodig hebben.

Een andere uitdaging is de behoefte aan coördinatie tussen de verschillende zorgverleners. Zorgbehoevende mensen hebben meestal verscheidene soorten medische en niet-medische zorg nodig, zodat een goede coördinatie tussen de familie, professionele zorgverleners en medisch personeel nodig is. Het kan nuttig

zijn om een coördinator aan te wijzen die ook de verantwoordelijkheid krijgt voor het beheer van de kosten van de verschillende soorten zorg.

### **Geplande beleidswijzigingen**

Voor verscheidene lidstaten is de uitvoering van de recent ingevoerde belangrijke beleidswijzigingen prioritair. Andere lidstaten plannen nieuwe maatregelen, met name om de thuiszorg te verbeteren. Sommige landen zijn van plan nieuwe structuren voor integrale en continue zorgverlening op te zetten. Daarbij wordt ingespeeld op de complexe behoefte aan gezondheidszorg en sociale bijstand van mensen die niet meer zelfredzaam zijn of aan chronische ziekten lijden.

### **3.3. Kwaliteit – Gezondheidszorg**

Voor alle lidstaten is kwaliteit in de zorgverlening en de organisatie daarvan een belangrijk beleidspunt.

Het kan nuttig zijn een onderscheid te maken tussen de verschillende contexten waarin kwaliteitscriteria kunnen worden ingevoerd. Ten eerste zijn er structurele kwaliteitscriteria voor de mate waarin een dienst over het nodige personeel en de nodige uitrusting beschikt en voor de gevallen die worden behandeld. Proceskwaliteitscriteria hebben betrekking op het functioneren van de dienst en de wijze waarop bepaalde maatregelen worden uitgevoerd. Resultaatcriteria, ten slotte, zijn bedoeld om de kwaliteit van de dienstverlening te meten aan de hand van de resultaten van bepaalde maatregelen, bijvoorbeeld het overlevingspercentage op lange termijn of het aantal complicaties.

In vrijwel alle lidstaten zijn voor de intramurale zorg, bv. ziekenhuizen, *structurele kwaliteitscriteria* ontwikkeld. Deze betreffen bijvoorbeeld het personeel (aantal, scholing en ervaring), de uitrusting, het aantal gevallen, bouwnormen, enz. Deze normen zijn meestal bindend en worden door overheidsinstanties of socialeverzekeringsinstellingen vastgesteld. In de ambulante zorg lijkt het echter moeilijker om normen vast te stellen. Meestal gaat het slechts om basisvereisten, bv. formele scholing van medisch personeel.

Wat de *proceskwaliteitscriteria* betreft, is de situatie uiteenlopend. Hoewel veel gezondheidswerkers de naleving van door medische verenigingen en andere formele instanties vastgestelde normen en richtsnoeren als standaardpraktijk beschouwen, hinkt de ontwikkeling van formele richtsnoeren voor behandelingen en procedures door het beleid achterop. Niettemin leveren de lidstaten op dit gebied veel inspanningen en wordt veel vooruitgang geboekt, vooral wat de intramurale zorg betreft.

Hoe formeel de normen worden toegepast, verschilt sterk van land tot land. Vaak voorziet de centrale overheid in een wettelijk kader of aanbevelingen, die dan op lokaal en regionaal niveau door gezondheidszorginstellingen, socialeverzekeringsinstellingen, medische verenigingen of andere instanties in meer specifieke richtsnoeren worden omgezet. Dit is bijvoorbeeld het geval in Denemarken en Zweden.

Sommige richtsnoeren en normen worden op vrijwillige basis ingevoerd via proefprojecten, algemene aanbevelingen of financiële stimulansen. In het algemeen kunnen nationale gezondheidszorgstelsels, zoals in het Verenigd Koninkrijk, doordat ze over centrale regelgevingsinstrumenten beschikken, meer bindende normen opleggen en deze door sancties kunnen doen naleven. Het is duidelijk dat de toepassing van kwaliteitsnormen in de klinische praktijk een essentieel onderdeel vormt van kwaliteitsbeleid in de gezondheidszorg. Dit is dan ook in veel lidstaten een doelstelling. Om de proceskwaliteit in de lidstaten te monitoren, zouden de resultaten van het gezondheidszorgstelsel systematisch volgens behandelde ziekte en gevolgde medische procedure moeten worden beschreven en zouden deze ziekte-procedurecombinaties aan een kwaliteitsbeoordeling moeten worden gekoppeld. Op dit vlak is nog niet veel vooruitgang geboekt.

Slechts in enkele lidstaten staat een systematische benadering van de evaluatie van gezondheids*resultaten* op de agenda. Hoewel gezondheidsresultaten in principe een goed middel zijn om de kwaliteit van maatregelen te meten, komen er praktische problemen bij kijken, zoals ontoereikende of onbetrouwbare gegevens en het politieke probleem van overheidsinmenging op een gebied dat als een kernverantwoordelijkheid van de medische sector wordt beschouwd. Slechts in een paar landen, zoals het Verenigd Koninkrijk, worden bijvoorbeeld ziekenhuizen volgens de kwaliteit van de dienstverlening geëvalueerd.

Naar aanleiding van de toenemende belangstelling voor kwaliteitsvraagstukken hebben de lidstaten speciale instellingen of instanties opgericht om kwaliteit te bevorderen, beoordelingen te verrichten, richtsnoeren op te stellen of erkenningssystemen te ontwikkelen. In bijna alle lidstaten zijn er nu centrale instanties.

Vaak kan de centrale overheid alleen kaderwetgeving opstellen, die vervolgens op regionaal of lokaal niveau ten uitvoer moet worden gelegd. Een opmerkelijke tendens die uit de antwoorden van de lidstaten naar voren komt, is meer aandacht voor de rol van de patiënt. In vrijwel alle landen zijn maatregelen getroffen om de rechten van de patiënt te beschermen, met name in de ziekenhuissector. Daartoe is het van belang patiënten in staat te stellen om met kennis van zaken beslissingen te nemen en hen op transparante wijze voor te lichten over gezondheidszorg, behandelingsmogelijkheden en toegang tot medische dossiers. In Oostenrijk, Finland en Denemarken zijn er nu bijvoorbeeld speciale wetten inzake patiëntenrechten.

Ten slotte is het van belang het verband tussen toegang en kwaliteit in te zien. Gebrekkige en ongelijke toegang is immers een belangrijk kwaliteitsprobleem, en het is belangrijk dat bij de ontwikkeling van kwaliteitsnormen met toegang en rechtvaardigheid rekening wordt gehouden. Om deze uitdagingen aan te pakken, zijn maatregelen op verschillende beleidsgebieden nodig.

### **3.4. Kwaliteit – Langdurige zorg**

De meeste lidstaten hebben nationale kwaliteitsnormen voor ouderenzorg. Soms zijn deze wettelijk bindend, maar soms zijn het slechts aanbevelingen. Bovendien kan uit een aantal antwoorden op de vragenlijst worden afgeleid dat de langdurige-zorgsector in vergelijking met de gezondheidszorg sterk gedecentraliseerd is, en dat regionale en lokale autoriteiten bij de toepassing van de normen een grote discretionaire bevoegdheid hebben. Opmerkelijk is dat het Verenigd Koninkrijk deze

bevoegdheid opnieuw naar het nationale niveau heeft overgeheveld door een onafhankelijke nationale instantie, de National Care Standards Commission (NCSC), op te richten om de sociale diensten en de onafhankelijke gezondheidszorg te reguleren. Doel van deze nieuwe regeling is de kwaliteit van de dienstverlening te verbeteren, kwetsbare groepen beter te beschermen en de kwaliteit van bejaardentehuizen te waarborgen en in stand te houden.

Decentralisatie lijkt in verscheidene lidstaten voor problemen te zorgen, zoals weinig doelgerichte programma's, slechte monitoring en een gebrek aan kwaliteitsbevorderende initiatieven.

De meeste lidstaten hebben structurele kwaliteitscriteria voor zorginstellingen vastgesteld, bijvoorbeeld inzake kwalificaties en bouwnormen. In België en Duitsland moeten instellingen deze normen naleven om door de sociale zekerheid terugbetaald te worden.

Sommige landen, zoals Frankrijk, hebben ook proceskwaliteitscriteria voor instellingen ontwikkeld. Deze kwaliteitsbenadering van zorginstellingen omvat specifieke kwaliteitsdoelstellingen en een strategie met gedetailleerde doelstellingen voor de voornaamste kwaliteitscriteria.

Andere landen, zoals Italië, beschouwen het gebrek aan gestandaardiseerde systemen om een minimumniveau aan zorg te garanderen, als de voornaamste uitdaging voor het langdurige-zorgstelsel.

De meeste lidstaten vermelden in hun antwoord dat er voor thuiszorg onvoldoende normen zijn vastgesteld. In België is een aantal proefprojecten met betrekking tot kwaliteitsnormen uitgevoerd. In Denemarken is een systeem van lokale kwaliteitsborging ingevoerd. Frankrijk heeft "thuiszorgnormen" ingevoerd om de kwaliteit van de dienstverlening te garanderen. Het zal binnenkort ook een externe organisatie opzetten om op de naleving van deze normen toe te zien. Wat de scholing van informele zorgverleners betreft, heeft Oostenrijk wetgeving inzake de scholing van bejaardenverzorgers, met inbegrip van thuiszorgers.

Tegelijkertijd is de vraag naar thuiszorg door de demografische ontwikkelingen gestegen en is deze in toenemende mate opgevangen door de socialezekerheidsstelsels. Zoals gezegd wordt ouderenzorg in Griekenland als een familieaangelegenheid beschouwd. Naarmate de familiestructuren veranderen, besteedt Griekenland echter meer aandacht aan de ontwikkeling van thuiszorgprogramma's.

De meeste lidstaten vermelden dat de rechten van de zorgontvangers onder de kwaliteitscriteria of de bescherming van patiëntenrechten vallen. In sommige gevallen zijn er specifieke wetten ter bescherming van de rechten van zorgontvangers of cliënten.

Een aantal lidstaten, waaronder Finland, het Verenigd Koninkrijk en Zweden, wijst het personeelsgebrek, het hoge personeelsverloop en de toenemende werkdruk aan als probleemgebieden in de sector. Verscheidene landen vermelden dat er ten gevolge van de demografische veranderingen bij ouderen behoefte is aan meer geschoold personeel in het veld en een nieuwe aanpak om het beroep aantrekkelijker te maken.

Er moeten ook maatregelen worden getroffen om de werkgebonden vermoeidheid van het personeel in zorginstellingen te verminderen. Zweden, dat problemen ondervindt bij het aanwerven van gezondheidswerkers, overweegt loonsverhogingen, een hogere personeelsbezetting, "on the job"-scholingsprogramma's en een verbetering van de werkomgeving van het personeel in de langdurige zorg.

Sommige lidstaten merken op dat de nodige kwaliteitsindicatoren en kwaliteitscontroles ontbreken en beschouwen de ontwikkeling daarvan als een dringende uitdaging. Om een aantal problemen aan te pakken, zal België in 2003 een nieuw ouderenbeleid invoeren met onder andere instrumenten om de zorgbehoeften van ouderen te beoordelen en de resultaten van de zorgverlening te monitoren en te evalueren. Denemarken is van plan een algemeen model te ontwikkelen voor betere praktijken, follow-upprocedures en een lokale verankering van kwaliteitsnormen.

### 3.5. Financiële houdbaarheid – Gezondheidszorg

#### De financieringsstructuren van de gezondheidszorgstelsels in de EU

De gezondheidszorgstelsels in de EU worden op uiteenlopende wijze gefinancierd naargelang van de structuur van de gezondheidszorgstelsels in de verschillende lidstaten. In het algemeen zijn het gemengde stelsels, met vooral publieke financiering en enige particuliere financiering. De meeste stelsels, maar niet allemaal, omvatten een (verplichte) ziekteverzekering, en bijna alle stelsels worden voor een deel rechtstreeks via algemene belastingen gefinancierd. Vaak wordt op regionaal niveau in middelen voor de gezondheidszorgstelsels voorzien. Alle stelsels worden voor een deel door patiëntenbijdragen gefinancierd. Deze bijdragen zijn echter meestal vooral bedoeld om de vraag naar gezondheidszorg te beheersen.

#### Gemeenschappelijk uitdagingen voor de financiële houdbaarheid van de publieke gezondheidszorgstelsels

Met betrekking tot de financiële houdbaarheid van de publieke gezondheidszorgstelsels vermelden de lidstaten een aantal uitdagingen. Ondanks de verschillen tussen de gezondheidszorgstelsels in de EU blijkt er een aantal gemeenschappelijke uitdagingen te zijn.

Met betrekking tot de *uitdagingen op lange termijn* voor de financiële houdbaarheid van de gezondheidszorgstelsels verwijzen de lidstaten naar belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen (zie deel 2):

- Zowel vanwege de gezondheidswerkers als vanwege de patiënten ondervinden de gezondheidszorgstelsels een grotere vraag naar *nieuwe en dure medische technologie*;
- *De tendens op lange termijn dat mensen meer consumeren naarmate ze rijker worden*, leidt metertijd tot hogere kosten voor de gezondheidstelsels;
- *De vergrijzing* brengt demografische veranderingen met zich.

In de antwoorden op de vragenlijst vermelden de lidstaten de volgende dringende *uitdagingen op korte termijn* voor de financiering van de publieke gezondheidszorgstelsels:

- De *overconsumptie* van gezondheidszorg (goederen en diensten) ten opzichte van wat effectief tot betere gezondheidsresultaten leidt, moet worden verminderd;
- In sommige lidstaten moet dringend iets worden gedaan aan de *kostenoverschrijdingen* die het financiële evenwicht van de ziekenfondsen in gevaar brengen en/of het algemene beheer van de overheidsfinanciën bemoeilijken;
- In andere lidstaten moet eerder het *volume van de dienstverlening* worden opgevoerd, onder andere door de wachttijden te verminderen, zonder evenwel het financiële beheer van het stelsel in gevaar te brengen.

In het licht van deze tendensen op korte en lange termijn in verband met de financiële houdbaarheid van de gezondheidsstelsels wijzen veel lidstaten op de uitdagingen waarmee ze worden geconfronteerd bij de aanpassing van hun stelsels, bijvoorbeeld:

- De middelen op efficiëntere wijze gebruiken;
- Artsen en gezondheidswerkers actiever bij het beheer van de middelen betrekken.

### **Recente tendensen in de uitgaven voor gezondheidszorg**

In veel van de antwoorden van de lidstaten op de vragenlijst van het Comité voor economische politiek en het Comité voor sociale bescherming worden recente ontwikkelingen in de gezondheidsuitgaven besproken. De algemene tendensen in de uitgaven voor gezondheidszorg worden echter niet altijd met cijfers onderbouwd. Wanneer lidstaten wel cijfers vermelden, zijn deze bovendien niet noodzakelijk consistent of onderling vergelijkbaar. Bijgevolg is het niet gemakkelijk om de uitgaven voor gezondheidszorg in de EU aan de hand van deze gegevens met elkaar te vergelijken. In plaats daarvan worden in bijlage 1, tabel 4, ter illustratie de recentste gegevens uit de gezondheidsdatabank van de OESO gegeven.

Aan de hand van de antwoorden op de vragenlijst kan – onder voorbehoud van bovengenoemd gebrek aan consistentie en vergelijkbaarheid – wel een aantal kwalitatieve vergelijkingen worden gemaakt. Uit deze informatie blijkt dat de tendensen in de uitgaven voor gezondheidszorg en de reactie van het beleid verschillen naargelang van de lidstaat:

- Een aantal lidstaten maakt zich zorgen over de snelle stijging van de uitgaven. De overheidsuitgaven nemen er vaak sneller toe dan het BBP, waardoor het aandeel van de gezondheidssector in het BBP toeneemt. Dit is het geval in België, Duitsland, Frankrijk, Italië, Luxemburg en Portugal. Vaak is de kostenstijging in de gezondheidssector ook een probleem voor het beheer van de overheidsfinanciën in het algemeen. In sommige lidstaten blijft de kostenstijging ondanks verscheidene kostencontrolemechanismen aanhouden. In landen zoals Portugal en Griekenland moet de snelle stijging van de uitgaven wel in de context van lage totale overheidsuitgaven voor gezondheidszorg worden gezien;

- In sommige lidstaten zijn de uitgaven eveneens snel gestegen, maar is dit het gevolg van *expliciete beleidsmaatregelen om meer middelen uit te trekken voor de gezondheidssector* teneinde de kwaliteit van de zorgverlening te verbeteren. Dit is het geval in Denemarken, Ierland en het Verenigd Koninkrijk;
- In een derde groep landen blijkt dat *het uitgavenniveau relatief stabiel is* en dat kostenbeheersing bijgevolg geen dringend probleem is. Dit is het geval in Spanje, waar het beleid eerder op een beter beheer en een grotere efficiëntie van het nationale gezondheidsstelsel is gericht.

Veel lidstaten vermelden de snelle stijging van de uitgaven voor farmaceutische producten als een van de voornaamste factoren in de snelle stijging van de totale uitgaven.

### **Financiële houdbaarheid van de publieke gezondheidszorg op lange termijn**

Ook hier geven niet alle lidstaten cijfers over de waarschijnlijke ontwikkeling van de uitgaven voor gezondheidszorg op lange termijn. Wanneer lidstaten kwantitatieve ramingen geven, gaat het vaak om een samenvatting van de extrapolaties die in 2001 in opdracht van het Comité voor economische politiek (CEP) zijn gemaakt<sup>6</sup>. Sommige landen, zoals België, Spanje en Finland, geven ook informatie op basis van andere extrapolaties op lange termijn. In de meeste gevallen wordt de stijging van de gezondheidsuitgaven op lange termijn in de extrapolaties van de lidstaten hoger geraamd dan in die van het CEP. Dat is niet verwonderlijk, aangezien in de extrapolaties van het CEP alleen het effect van de demografische ontwikkelingen wordt gemeten, in de veronderstelling dat de andere kostenfactoren neutraal blijven. Het valt echter te verwachten dat deze andere factoren, met name de verspreiding van nieuwe en dure medische technologie, het totale uitgavenniveau nog sterker zullen doen stijgen. De extrapolaties van het CEP worden samengevat in bijlage 1, tabel 3. Zoals in het verslag van het CEP wordt vermeld, moeten dergelijke extrapolaties op lange termijn met de nodige omzichtigheid worden geïnterpreteerd.

Uit de extrapolaties van het CEP en de lidstaten blijkt dat in de toekomst een sterke stijging van de uitgaven voor gezondheidszorg en langdurige zorg kan worden verwacht, wat op lange termijn een aanzienlijke extra last voor de overheidsbegroting inhoudt. Uit de extrapolaties van het CEP van de uitgaven voor gezondheidszorg blijkt dat het effect van de demografische veranderingen over vijftig jaar 0,7 à 2,3 procentpunt van het BBP zal uitmaken. Sommige lidstaten (zoals Duitsland en Ierland) verwachten over de periode van de extrapolatie een uitgavenstijging van ongeveer of ruim 2 procentpunt van het BBP. (Oostenrijk heeft zijn extrapolaties in 2002 herzien – zie de noot onder tabel 3).

Samengevat kunnen op lange termijn aanzienlijk hogere uitgaven in de gezondheidssector worden verwacht. Sommige lidstaten merken op dat specifieke beleidsmaatregelen moeten worden getroffen om de financiële gevolgen van de

---

<sup>6</sup> Verslag van het Comité voor economische politiek "Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances".  
[http://europa.eu.int/comm/economy\\_finance/epc/epc\\_ageing\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/economy_finance/epc/epc_ageing_en.htm).



vergrijzing op te vangen, met name omdat ook andere leeftijdgebonden uitgaven, zoals de pensioenen, op lange termijn zullen stijgen.

### **Kostenbeheersingsmechanismen**

Over het algemeen bevatten de antwoorden op de vragenlijst veel kwalitatieve informatie over de kostenbeheersingsmaatregelen in de lidstaten. Er wordt echter niet altijd vermeld welke maatregelen doeltreffend zijn gebleken. Hieronder wordt een algemeen overzicht gegeven van de soorten maatregelen in de lidstaten, volgens een classificatie van de OESO<sup>7</sup>.

#### (1) Maatregelen om kosten af te schuiven op de consumenten

In vrijwel alle lidstaten moeten gebruikers van gezondheidszorgproducten en -diensten een bijdrage betalen. Meestal wordt een bijdrage gevraagd voor door de eerstelijnszorg voorgeschreven geneesmiddelen, soms ook voor ziekenhuisopname of doktersbezoek. Kostenverschuivende maatregelen hebben een dubbel doel: ten eerste, de financieringslast afschuiven van de overheid naar particulieren (dit lijkt bijvoorbeeld de voornaamste reden voor de toename van de gebruikersbijdragen in Finland gedurende de jaren negentig), ten tweede, de vraag van de consumenten naar diensten beheersen en zo de publieke (en totale) uitgaven verminderen. Indien gebruikersbijdragen echter door een aanvullende ziektekostenverzekering worden terugbetaald, zullen ze de vraag van de consumenten niet helpen beheersen.

#### (2) Controle over de prijs en het volume aan vraag- en aanbodzijde

In sommige lidstaten zijn er nationale prijsovereenkomsten tussen de verstrekkers van gezondheidsgoederen en -diensten (bv. producenten of organisaties van gezondheidswerkers) en de financierende instanties. Dit is bijvoorbeeld het geval in België en Spanje. In bijna alle lidstaten zijn er overeenkomsten over farmaceutische producten. Vaak wordt daarin de prijs van farmaceutische producten vastgesteld, wordt het gebruik van merkloze producten in plaats van merkproducten gestimuleerd, en worden soms zelfs maximale totale uitgaven voor deze producten vastgesteld (bv. in Spanje).

In sommige landen worden rechtstreekse barrières opgeworpen voor de toegang tot sommige gezondheidsdiensten. In het Verenigd Koninkrijk, Nederland, Finland en Denemarken mogen bepaalde specialisten bijvoorbeeld enkel op voorschrift van een huisarts worden geraadpleegd. Uit de ervaring blijkt dat dit een doeltreffende manier is om de gezondheidskosten te beperken.

#### (3) Hervormingen ter bevordering van een efficiënt gebruik van de middelen

In sommige gevallen oefenen de financierende instanties van bovenaf een directe controle uit op de uitgaven, bijvoorbeeld door middel van vaste begrotingsmiddelen voor regionale gezondheidsdiensten of ziekenhuizen, zoals in Griekenland, Italië en Portugal. In de gezondheidsstelsels in de EU wordt met het oog op een efficiënter gebruik van de middelen steeds meer gebruik gemaakt van overeenkomsten tussen kopers van gezondheidszorg (financierende instanties of derde partijen zoals

---

<sup>7</sup> OESO (1994), Economics Department Working Paper No. 149, H. Oxley & M. MacFarlan, "Health Care Reform: Controlling Spending and Increasing Efficiency".

verzekeringsmaatschappijen) en dienstverleners. In sommige gevallen wordt in deze overeenkomsten bepaald dat een eventuele overschrijding van de begroting van de begroting van het volgende jaar aangaat. Dit is het geval voor ziekenhuizen in België en gezondheidsdiensten in Ierland. Deze aanpak lijkt effectief aan de efficiency bij te dragen. In andere landen is de toewijzing van middelen in toenemende mate afhankelijk van prestatiecriteria of de "case mix" van ziekenhuizen. Ook deze maatregelen lijken effectief aan de efficiency bij te dragen. In Oostenrijk bijvoorbeeld is de gemiddelde duur van ziekenhuisopnames na de invoering van dergelijke overeenkomsten opvallend gedaald.

In andere landen, zoals Spanje en Portugal, worden diensten in het publieke gezondheidsstelsel in toenemende mate door particuliere leveranciers verleend. Spanje behoort tot de lidstaten die in de grootste mate marktmechanismen in de gezondheidssector hebben ingevoerd.

### **3.6. Financiële houdbaarheid – Langdurige zorg**

#### **De financieringsstructuur van de langdurige zorg in de EU**

De financiering van de langdurige-zorgstelsels in de EU is nog moeilijker in categorieën onder te brengen dan die van de gezondheidsstelsels. Dat komt doordat langdurige zorg vaak onder verschillende overheidsstructuren en begrotingen (meestal gezondheid en sociale diensten) verdeeld is. Bovendien is door de gezondheidsstelsels verleende langdurige zorg vaak moeilijk te onderscheiden van meer traditionele gezondheidsmaatregelen. Ten slotte wordt langdurige zorg vaak op lokaal niveau verleend, waardoor nationale tendensen soms moeilijk waar te nemen zijn. In sommige lidstaten is er een zorgverzekering, in andere lidstaten wordt daaraan gewerkt.

#### **Uitdagingen**

De belangrijkste uitdaging voor de financiering van de langdurige zorg die uit de antwoorden op de vragenlijst naar voren komt, is de vergrijzing. Ten eerste leidt vergrijzing tot een toename van het aantal ouderen en hoogbejaarden. Ten tweede is langdurige zorg een zeer arbeidsintensieve sector. In sommige lidstaten zal de sector waarschijnlijk met acute personeelstekorten te kampen krijgen (die ook met de vergrijzing samenhangen), waardoor ook de loonkosten zullen stijgen. In het Duitse verslag wordt opgemerkt dat de langdurige-zorgstelsels vooral onder druk zullen komen te staan door de scherpe stijging van de incidentie van chronische aandoeningen zoals dementie, waardoor niet zozeer de traditionele gezondheidszorg, maar wel de zorgsector onder zware druk zal komen te staan.

Naast de factor vergrijzing vermelden Denemarken en Duitsland ook dat indien de tendensen aanhouden, een grotere behoefte aan formele zorg kan ontstaan doordat er door maatschappelijke veranderingen minder informele zorg wordt verleend.

Portugal en Italië vermelden een aantal uitdagingen waarmee ze worden geconfronteerd bij het ontwerpen van een coherent ouderenzorgstelsel. Een belangrijke uitdaging bestaat erin patiënten integrale oplossingen te bieden die in alle zorgbehoeften, waaronder gezondheidszorg, voorzien. Een andere uitdaging bestaat erin de thuiszorg te ontwikkelen, aangezien thuiszorg beter op de wensen van ouderen inspeelt en kostenefficiënter is.

## **Recente ontwikkelingen in de uitgaven**

Op dit gebied is de informatie in de nationale verslagen nogal fragmentarisch. Voor een deel komt dit doordat de kosten van langdurige zorg uit verschillende begrotingen worden gefinancierd en dus moeilijk te kwantificeren zijn. Wanneer cijfers worden vermeld, zijn daar moeilijk duidelijke gemeenschappelijke tendensen uit af te leiden. In Denemarken zijn de reële middelen van de sector gestegen, maar wel minder vlug dan het reële BBP. De kostenstijging werd veroorzaakt door de stijging van het aantal ouderen en de kosten per hoofd. De kosten zijn eveneens gestegen in Spanje, waar de autonome regio's meer middelen uittrekken voor langdurige zorg, en in Luxemburg, waar de zorgverzekering nog in de kinderschoenen staat.

## **Extrapolaties van de uitgaven op lange termijn**

Ook hier is de informatie over de uitgaven voor langdurige zorg op lange termijn zeer fragmentarisch. De lidstaten die gegevens over de verwachtingen vermelden, baseren hun extrapolaties hoofdzakelijk op die van het CEP. Voor nadere informatie, zie bijlage 1, tabel 3.

## **Kostenbeheersingsmechanismen**

In sommige lidstaten wordt nog steeds gewerkt aan een integraal beleid voor langdurige zorg. Daardoor is er nog geen behoefte aan specifieke kostenbeheersingsmaatregelen. Dit is bijvoorbeeld het geval in België.

In Frankrijk en Portugal worden de middelen toegekend op basis van nationale plannen en doelstellingen. In Frankrijk zijn deze doelstellingen geïntegreerd in de doelstellingen voor de gezondheidszorg in zijn geheel. Deze toewijzingen en doelstellingen worden vastgesteld om de uitgaven bij voorbaat te beperken, maar in de verslagen wordt niet vermeld of ze de kosten effectief helpen beheersen. In Duitsland valt kostenbeheersing voor een deel onder de verantwoordelijkheid van het ziekenfonds.

In sommige landen wordt bij voorbaat vastgesteld welke diensten moeten worden verleend, waardoor de stijging van de uitgaven enigszins wordt beperkt. In Oostenrijk worden deze diensten bij wet vastgesteld, in Denemarken en Luxemburg worden ze vastgesteld in een individueel zorgplan op grond van behoeften. Ierland probeert de thuiszorg te ontwikkelen omdat die goedkoper is en beter op de behoeften van ouderen inspeelt.

In Frankrijk moeten ook gebruikersbijdragen de kosten helpen beheersen. Deze zijn afhankelijk van de financiële middelen (waaronder een recent ingevoerde zorguitkering) van de oudere.

## **4. CONCLUSIES**

De antwoorden van de lidstaten bevestigen het nut van de drie grote doelstellingen – toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid – als basis voor de ontwikkeling van het beleid inzake gezondheidszorg en langdurige zorg voor ouderen. Alle lidstaten zoeken nog naar een optimaal evenwicht tussen deze drie doelstellingen: hoe kan in

voldoende middelen worden voorzien om iedereen zorg van hoge kwaliteit te verlenen, en hoe kan de dienstverlening kostenefficiënter worden gemaakt?

Uit de antwoorden van de lidstaten blijkt dat dit evenwicht een belangrijke uitdaging vormt voor het algemene beheer van de stelsels. In veel antwoorden wordt erop gewezen dat een goede besluitvorming nodig is op het raakvlak tussen de gezondheidszorg en de nieuwe langdurige-zorgsector, en dat gezondheidszorg en langdurige zorg voor ouderen beter moeten worden gecoördineerd. Een optimaal evenwicht tot stand brengen is ook een kwestie van governance. Er moet namelijk een evenwicht worden bereikt tussen centraal gestuurde kwaliteit, normen en en kostenbeheersing enerzijds en lokaal beheer en dienstverlening anderzijds.

Hoewel dit niet uitdrukkelijk de bedoeling van de vragenlijst was, wordt in het antwoord van sommige lidstaten gewezen op de uitdagingen en mogelijkheden voor de werkgelegenheid in de zorgsector. De uitdagingen zijn onder meer: hoe kan het personeelsverloop worden tegengegaan ondanks de soms moeilijke arbeidsomstandigheden, hoe kan de komende tientallen jaren nieuw personeel worden aangeworven en geschoold naarmate de vraag stijgt, en hoe kan de arbeidskwaliteit in de sector door kwalificatie- en carrièremogelijkheden worden verbeterd? Er zullen duidelijk kansen zijn voor meer werkgelegenheid. Met 9,7% van de totale werkgelegenheid in de Europese Unie in 2001<sup>8</sup> is de zorgsector nu al een belangrijke werkgever.

Wat de toegang tot zorg betreft, tonen de lidstaten zich vastberaden om een algemene en volledige toegang als hoeksteen van hun stelsels te behouden, zelfs wanneer de kosten stijgen. Verscheidene lidstaten zijn van plan de toegangsmechanismen verder te verfijnen en te verbeteren.

Wat de kwaliteit betreft, blijkt uit de antwoorden dat er ruimte is voor nauwere samenwerking tussen de lidstaten op het vlak van de kwaliteit van de dienstverlening in zowel de gezondheidszorg als de langdurige zorg, des te meer in het licht van de toenemende grensoverschrijdende mobiliteit van patiënten en de uitbreiding. Het communautaire actieprogramma op het gebied van de volksgezondheid, dat in januari 2003 in werking treedt, zal instrumenten voor kwaliteitsbeoordeling helpen ontwikkelen.

Wat de financiële duurzaamheid betreft, wijzen de lidstaten op de uitdaging om de nodige middelen, en met name nieuwe technologieën, in te zetten om de doeltreffendheid en de kostenefficiëntie te verbeteren en ervoor te zorgen dat gezondheidswerkers en patiënten meer kostenbewuste keuzes maken.

### **Aanbevelingen voor verdere maatregelen**

De Commissie verzoekt de Raad op basis van deze mededeling het door de Europese Raad van Barcelona gevraagde verslag goed te keuren en dit op de voorjaarsbijeenkomst van de Europese Raad van 2003 in te dienen.

Op basis van de kwesties die in dit verslag zijn behandeld, kunnen de lidstaten verder van elkaar leren, samenwerken en uitwisselingen organiseren. De Commissie zal in het najaar van 2003 verdere voorstellen presenteren om deze samenwerking voort te

---

<sup>8</sup> Employment in Europe 2002, blz. 32. [http://europa.eu.int/comm/dgs/employment\\_social/key\\_en.htm](http://europa.eu.int/comm/dgs/employment_social/key_en.htm).

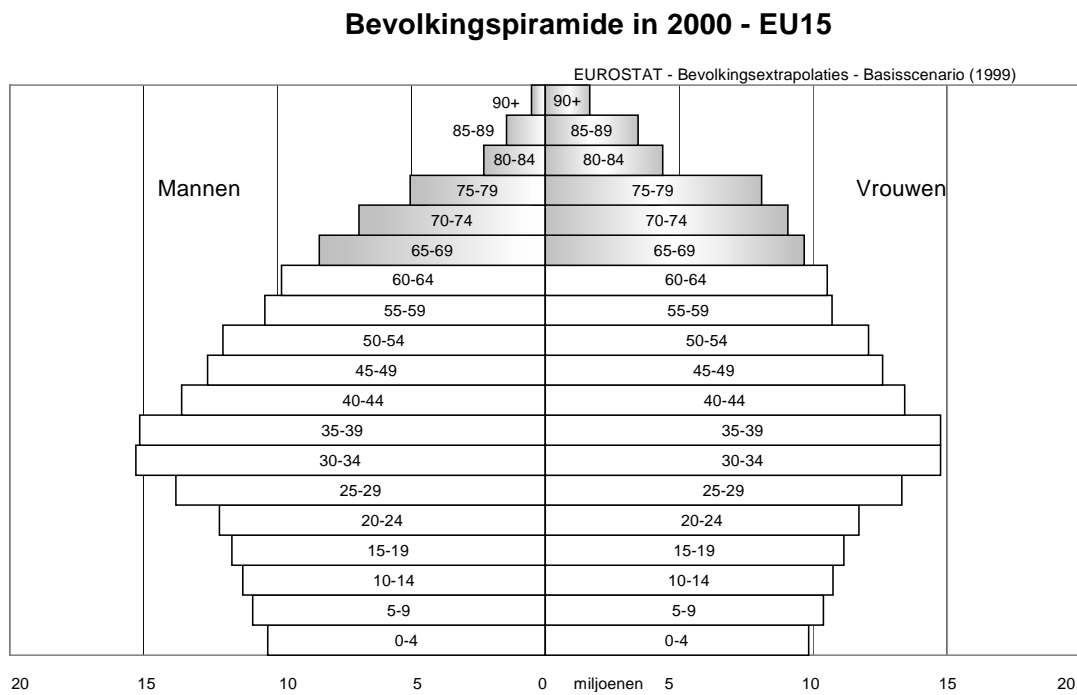
zetten. In die mededeling zullen in dit verband ook specifieke aspecten met betrekking tot de uitbreiding van de Unie worden behandeld.

De samenwerking tussen de lidstaten zou kunnen worden toegespitst op de uitwisseling van ervaringen en optimale praktijken met betrekking tot elk van de drie grote doelstellingen. Als basis van deze samenwerking zijn vooral betere gegevens en indicatoren nodig. Daarvoor kan worden geput uit de bestaande nauwe samenwerking tussen Eurostat en de OESO op dit gebied. Ook werkgelegenheidsaspecten verdienen bijzondere aandacht.

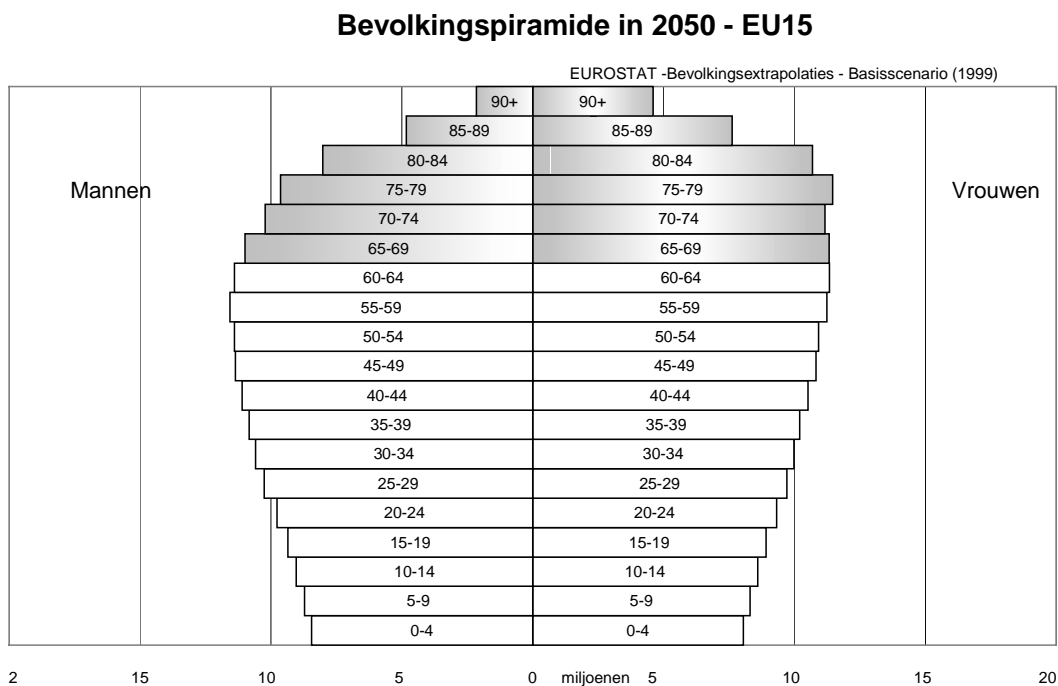
## BIJLAGE 1

### BIJLAGE 1: TABELLEN EN GRAFIEKEN

#### Grafiek 1 a:

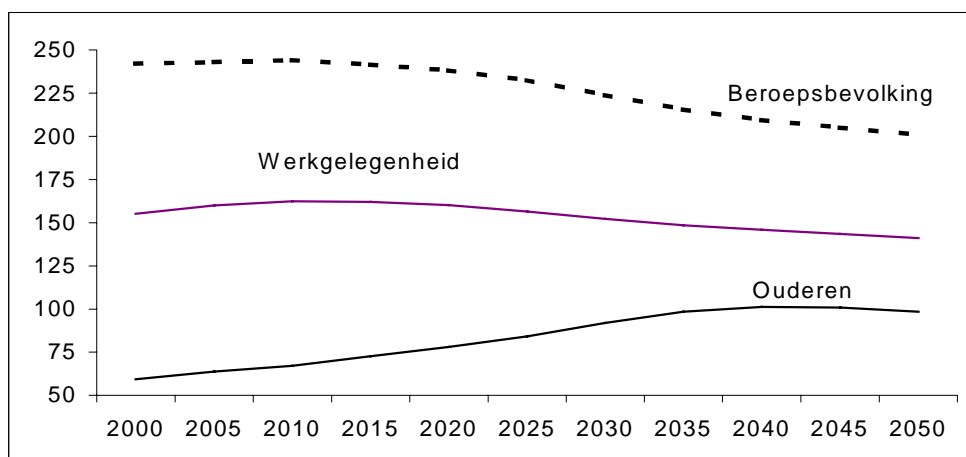


#### Grafiek 1 b:



Bron: EUROSTAT

**Grafiek 1 c: Extrapolatie van de beroepsbevolking en de ouderen in de EU (in miljoenen)**

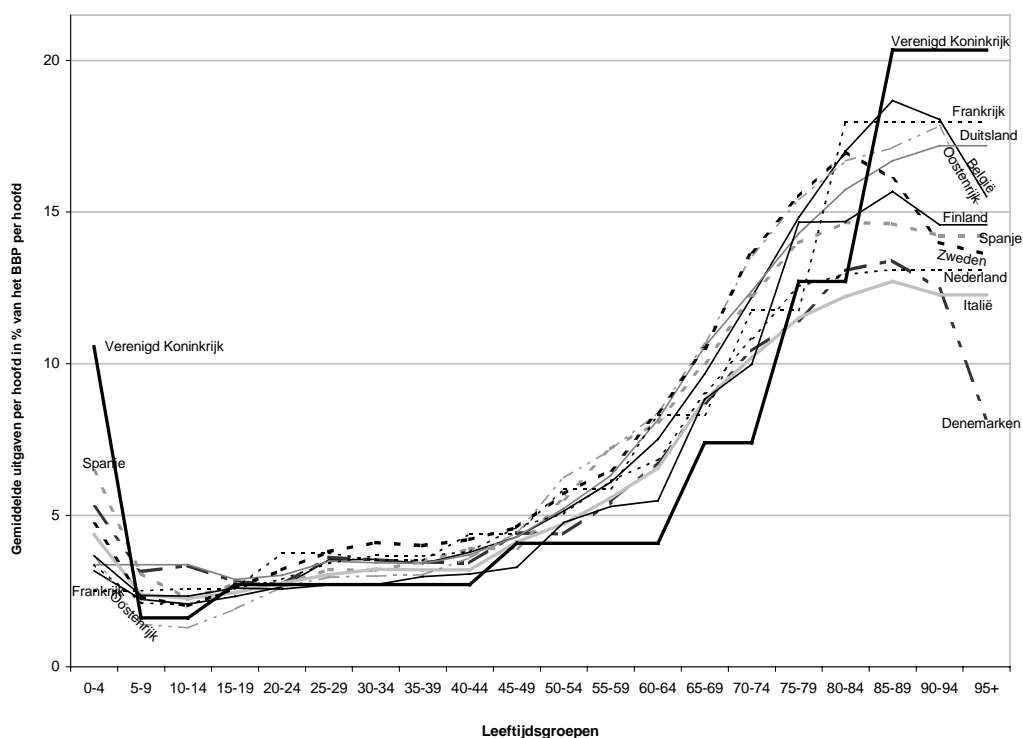


**Opm.:** Beroepsbevolking = bevolking tussen 15 en 64 jaar

Ouderen = bevolking van 65 jaar en ouder

Bron: Comité voor economische politiek (2001) “Budgetary challenges posed by ageing populations”, Eurostat en extrapolaties van de werkgroep van het CEP.

**Grafiek 2 a: Leeftijdsprofielen in de overheidsuitgaven voor gezondheidszorg**



Opmerkingen:

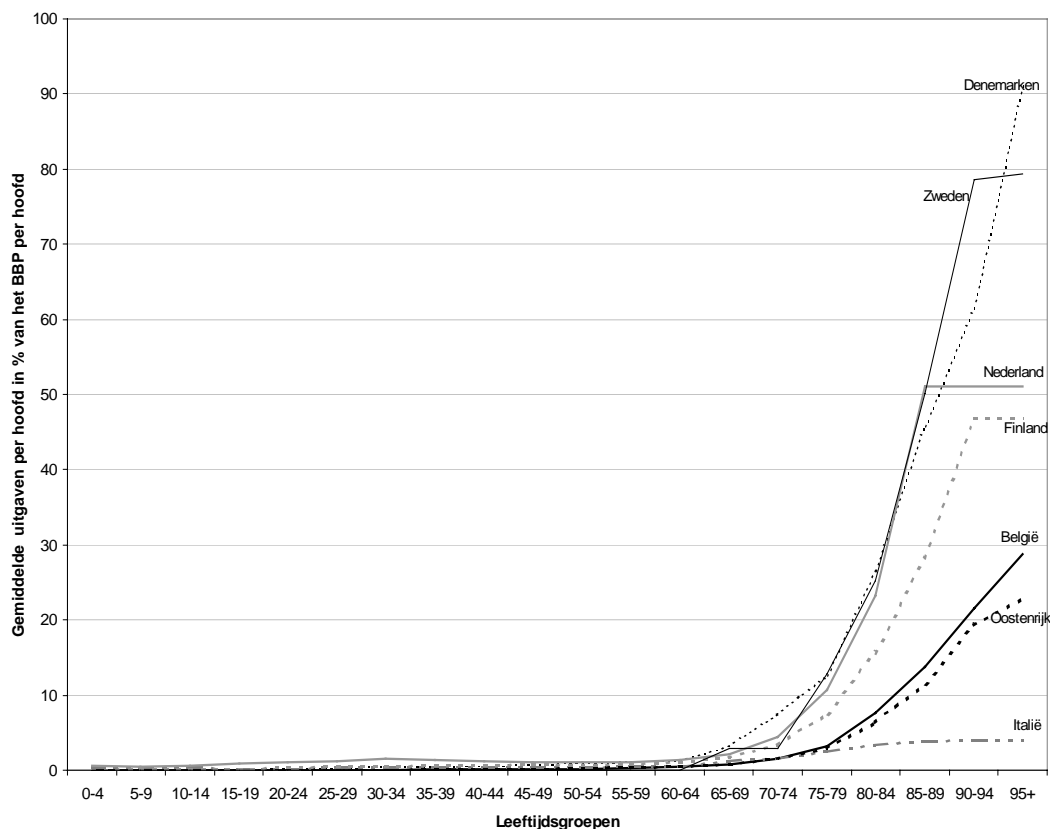
(1) Dezelfde leeftijdsprofielen in % van het BBP per hoofd zijn gebruikt voor de extrapolaties van de uitgaven voor gezondheidszorg. Het basisjaar verschilt naargelang van de lidstaat. Daardoor hebben de leeftijdsprofielen in bovenstaande grafiek in de verschillende lidstaten betrekking op verschillende jaren, namelijk 1997 voor Frankrijk, 1998 voor België, Denemarken, Spanje en het Verenigd Koninkrijk, 1999 voor Italië en 2000 voor Oostenrijk, Finland, Nederland en Zweden. (Voor Portugal worden geen leeftijdsprofielen gegeven omdat daar een andere classificatie wordt gebruikt.)

(2) Deze uitgavenprofielen hebben alleen betrekking op overheidsuitgaven voor gezondheidszorg, en dus niet op particuliere uitgaven en overheidsuitgaven voor langdurige zorg. Voor de definitie van de uitgaven, zie bijlage 4.

(3) Wanneer het leeftijdsprofiel achteraan in de leeftijdsverdeling vlak is, komt dat meestal doordat er in sommige lidstaten in de hoogste leeftijdsgruppen geen uitsplitsing per leeftijd beschikbaar was.

Bron: Comité voor economische politiek (2001) “Budgetary challenges posed by ageing populations”

**Grafiek 2 b: Leeftijdsprofielen in de overheidsuitgaven voor langdurige zorg**



Opmerkingen:

- (1) Dezelfde leeftijdsprofielen in % van het BBP per hoofd zijn gebruikt voor de extrapolaties van de uitgaven voor langdurige zorg. Het basisjaar verschilt naargelang van de lidstaat. Daardoor hebben de leeftijdsprofielen in bovenstaande grafiek in de verschillende lidstaten betrekking op verschillende jaren, namelijk 1998 voor België en Denemarken, 1999 voor Italië en 2000 voor Oostenrijk, Nederland en Zweden.
- (2) Deze uitgavenprofielen hebben alleen betrekking op overheidsuitgaven voor langdurige zorg, en dus niet op particuliere uitgaven.
- (3) Wanneer het leeftijdsprofiel achteraan in de leeftijdsverdeling vlak is, komt dat meestal doordat er in sommige lidstaten in de hoogste leeftijdsgroepen geen uitsplitsing per leeftijd beschikbaar was.

Bron: Comité voor economische politiek (2001) "Budgetary challenges posed by ageing populations"



**Tabel 3: Totale overheidsuitgaven voor gezondheidszorg en langdurige zorg**

In % van het BBP, centrale demografische variant

	TOTAAL GEZONDHEIDSZORG EN LANGDURIGE ZORG			GEZONDHEIDSZORG			LANGDURIGE ZORG		
	Uitgaven in % van het BBP in 2000	Groei van de uitgaven in % van het BBP tussen 2000 en 2050		Uitgaven in % van het BBP in 2000	Groei van de uitgaven in % van het BBP tussen 2000 en 2050		Uitgaven in % van het BBP in 2000	Groei van de uitgaven in % van het BBP tussen 2000 en 2050	
		per hoofd	per werkende		per hoofd	per werkende		per hoofd	per werkende
<b>B</b>	6,1%	+2.1	+2.4	5,3%	+1.3	+1.5	0,8%	+0.8	+0.8
<b>DK</b>	8,0%	+2.7	+3.5	5,1%	+0.7	+1.1	3,0%	+2.1	+2.5
<b>D (1)</b>				5,7%	+1.4	+2.1			
<b>EL (1)</b>				4,8%	+1.7	+1.6			
<b>E (1)</b>				5,0%	+1.7	+1.5			
<b>F</b>	6,9%	+1.7	+2.5	6,2%	+1.2	+1.9	0,7%	+0.5	+0.6
<b>IRL (2)</b>	6,6%		+2.5	5,9%		+2.3	0,7%		+0.2
<b>I</b>	5,5%	+1.9	+2.1	4,9%	+1.5	+1.7	0,6%	+0.4	+0.4
<b>NL</b>	7,2%	+3.2	+3.8	4,7%	+1.0	+1.3	2,5%	+2.2	+2.5
<b>A</b>	5,8%	+2.8	+3.1	5,1%	+1.7	+2.0	0,7%	+1.0	+1.1
<b>P (1)</b>				5,4%	+0.8	+1.3			
<b>FIN</b>	6,2%	+2.8	+3.9	4,6%	+1.2	+1.8	1,6%	+1.7	+2.1
<b>S</b>	8,8%	+3.0	+3.3	6,0%	+1.0	+1.2	2,8%	+2.0	+2.1
<b>UK</b>	6,3%	+1.8	+2.5	4,6%	+1.0	+1.4	1,7%	+0.8	+1.0
<b>EU (gewogen gemiddelde) (3)</b>	6,6%	+2.2	+2.7	5,3%	+1.3	+1.7	1,3%	+0.9	+1.0

Opm.: (1) Voor een aantal lidstaten zijn de overheidsuitgaven voor langdurige zorg nog niet bekend.

(2) De resultaten voor Ierland zijn uitgedrukt in % van het BNP.

(3) Het gewogen gemiddelde wordt berekend voor de lidstaten waarvoor resultaten bekend zijn. Het gewogen gemiddelde betreft dus de EU-14 voor gezondheidszorg en het totaal van gezondheidszorg en langdurige zorg, en de EU-10 voor langdurige zorg.

Bron: Comité voor economische politiek (2001) "Budgetary challenges posed by ageing populations"

Opm. 13/11/2002: Nieuwe extrapolatie op basis van nieuwe demografische voorspellingen van het Oostenrijkse bureau voor statistiek in 2002.

Oostenrijk (2002)	5,6%	+2.4	+2.5	4,9%	+1.5	+1.6	0,7%	+0.9	+0.9
-------------------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

**Tabel 4 a: Totale uitgaven voor gezondheidszorg in % van het BBP**

Tabel	Totale uitgaven voor gezondheidszorg - % BBP														
	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
Oostenrijk	7,6	6,6	7,1	7,1	7,5	7,9	7,9	8,6	8,7	8	8	8,1	8		
België	6,4	7,2	7,4	7,7	7,9	8,1	7,9	8,7	8,8	8,5	8,5	8,7	8,7		
Denemarken	9,1	8,7	8,5	8,4	8,5	8,8	8,5	8,2	8,3	8,2	8,4	8,5	8,3	8,4	
Finland	6,4	7,2	7,9	9	9,1	8,3	7,8	7,5	7,7	7,3	6,9	6,9	6,6		
Frankrijk			8,6	8,9	9,1	9,5	9,4	9,6	9,6	9,4	9,3	9,4	9,5		
Duitsland	8,8	9,3	8,7		9,9	9,9	10,2	10,6	10,9	10,7	10,6	10,7	10,6		
Griekenland	6,6		7,5	7,8	7,2	8,1	8,9	8,9	8,9	8,7	8,7	8,7	8,3		
Ierland	8,4	7,6	6,6	7	7,6	7,5	7,5	7,2	7	6,9	6,8	6,8	6,7		
Italië			8	8,3	8,4	8,1	7,8	7,4	7,5	7,7	7,7	7,8	8,1	8,1	
Luxemburg	5,9	5,9	6,1	6	6,2	6,4	6,1	6,4	6,4	5,9	5,8	6			
Nederland	7,5	7,3	8	8,2	8,4	8,5	8,4	8,4	8,3	8,2	8,1	8,2	8,1		
Portugal	5,6	6	6,2	6,8	7	7,3	7,3	8,3	8,5	8,6	8,3	8,4	8,2		
Spanje	5,4	5,4	6,6	6,8	7,2	7,5	7,4	7,7	7,7	7,6	7,6	7,7	7,7		
Zweden	9,1	8,7	8,5	8,4	8,6	8,6	8,2	8,1	8,4	8,1	7,9				
Verenigd Koninkrijk	5,6	5,9	6	6,5	6,9	6,9	7	7	7	6,8	6,8	7,1	7,3		
Tsjechische Republiek			5	5,2	5,4	7,2	7,3	7,3	7,1	7,1	7,1	7,2	7,2		
Hongarije				7,1	7,7	7,7	8,3	7,5	7,2	7	6,9	6,8	6,8		
Polen			5,3	6,6	6,6	6,4	6	6	6,4	6,1	6,4	6,2			
Slovaakse Republiek										6,1	5,9	5,8	5,9		
Turkije	3,3	2,2	3,6	3,8	3,8	3,7	3,6	3,4	3,9	4,2	4,8				
Verenigde Staten	8,7	10	11,9	12,6	13	13,3	13,2	13,3	13,2	13	12,9	13	13		
Canada	7,1	8,2	9	9,7	10	9,8	9,5	9,1	8,9	8,9	9,1	9,2	9,1	9,3	

Copyright OECD HEALTH DATA 2002 4th ed.

**Tabel 4 b: Overheidsuitgaven voor gezondheidszorg in % van het BBP**

	Overheidsuitgaven voor gezondheidszorg - % BBP														
	1980	1985	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	
Oostenrijk	5,2	5	5,2	5,2	5,5	5,9	5,9	6,1	6,1	5,6	5,7	5,6	5,6		
België								6	6,4	6	6	6,2	6,2		
Denemarken	8	7,4	7	7	7	7,2	7	6,8	6,8	6,8	6,9	7	6,8	6,9	
Finland	5	5,6	6,4	7,3	7,3	6,3	5,9	5,7	5,8	5,6	5,3	5,2	5		
Frankrijk			6,6	6,7	7	7,3	7,2	7,3	7,3	7,2	7,1	7,1	7,2		
Duitsland	6,9	7,2	6,7		7,7	7,6	7,8	8,1	8,4	8,1	7,9	8	8		
Griekenland	3,7		4,7	4,7	4,2	4,7	4,7	4,8	4,9	4,8	4,7	4,7	4,6		
Ierland	6,8	5,8	4,8	5,2	5,5	5,5	5,5	5,3	5,1	5,3	5,2	5,2	5,1		
Italië			6,4	6,6	6,5	6,2	5,9	5,3	5,4	5,6	5,6	5,7	5,9	6,1	
Luxemburg	5,5	5,3	5,7	5,6	5,8	5,9	5,6	5,9	5,9	5,4	5,4	5,6			
Nederland	5,2	5,2	5,4	5,7	6,1	6,3	6,1	6	5,5	5,5	5,5	5,4	5,5		
Portugal	3,6	3,3	4,1	4,3	4,2	4,6	4,6	5,1	5,5	5,5	5,6	5,9	5,8		
Spanje	4,3	4,4	5,2	5,3	5,6	5,8	5,6	5,5	5,5	5,4	5,4	5,4	5,4		
Zweden	8,4	7,9	7,6	7,4	7,5	7,4	7	6,9	7,1	6,8	6,6				
Verenigd Koninkrijk	5	5	5	5,4	5,8	5,9	5,9	5,8	5,8	5,4	5,5	5,7	5,9		
Tsjechische Republiek			4,8	5,1	5,2	6,8	6,9	6,8	6,5	6,5	6,5	6,5	6,6		
Hongarije				6,4	6,8	6,7	7,2	6,3	5,9	5,6	5,5	5,3	5,1		
Polen			4,8	5	5,1	4,7	4,3	4,4	4,7	4,4	4,2	4,4	4,2		
Slovaakse Republiek										5,6	5,4	5,2	5,3		
Turkije	0,9	1,1	2,2	2,4	2,5	2,5	2,5	2,4	2,7	3	3,5				
Verenigde Staten	3,6	4	4,7	5,2	5,5	5,7	5,9	6	6	5,9	5,8	5,7	5,8		
Canada	5,4	6,2	6,7	7,2	7,4	7,2	6,8	6,5	6,3	6,2	6,5	6,5	6,5	6,8	

Copyright OECD HEALTH DATA 2002 4th ed.

**Bron: OECD Health Data 2002, © OECD, Aug. 2002**