

Verzorgd in Europa: kerncijfers 2011

Een vergelijking van de langdurige zorg van 50-plussers
in zestien Europese landen

Debbie Verbeek-Oudijk

Isolde Woittiez

Evelien Eggink

Lisa Putman

Sociaal en Cultureel Planbureau

Den Haag, september 2015

Het Sociaal en Cultureel Planbureau is ingesteld bij Koninklijk Besluit van 30 maart 1973.

Het Bureau heeft tot taak:

- a wetenschappelijke verkenningen te verrichten met het doel te komen tot een samenhangende beschrijving van de situatie van het sociaal en cultureel welzijn hier te lande en van de op dit gebied te verwachten ontwikkelingen;
- b bij te dragen tot een verantwoorde keuze van beleidsdoelen, benevens het aangeven van voor- en nadelen van de verschillende wegen om deze doeleinden te bereiken;
- c informatie te verwerven met betrekking tot de uitvoering van interdepartementaal beleid op het gebied van sociaal en cultureel welzijn, teneinde de evaluatie van deze uitvoering mogelijk te maken.

Het SCP verricht deze taken in het bijzonder bij problemen die het beleid van meer dan één departement raken.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport is als coördinerend minister voor het sociaal en cultureel welzijn verantwoordelijk voor het door het SCP te voeren beleid. Over de hoofdzaken hiervan heeft hij/zij overleg met de minister van Algemene Zaken; van Veiligheid en Justitie; van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties; van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap; van Financiën; van Infrastructuur en Milieu; van Economische Zaken; en van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

© Sociaal en Cultureel Planbureau, Den Haag 2015

SCP-publicatie 2015-27

Zet- en binnenwerk: Textcetera, Den Haag

Figuren: Mantext, Moerkapelle

Omslagontwerp: bureau Stijl Zorg, Utrecht

Foto omslag: Marc de Haan | Hollandse Hoogte

ISBN 978 90 377 0761 8

NUR 740

Voor zover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.repro-recht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

Sociaal en Cultureel Planbureau

Rijnstraat 50

2515 XP Den Haag

(070) 340 70 00

www.scp.nl

info@scp.nl

De auteurs van SCP-publicaties zijn per e-mail te benaderen via de website. Daar kunt u zich ook kosteloos abonneren op elektronische attendering bij het verschijnen van nieuwe uitgaven.

Inhoud

Verzorgd in Europa: kerncijfers 2011	4
Wie organiseert de langdurige zorg?	5
Uitgaven aan langdurige zorg	6
Het aandeel 50-plussers in de totale bevolking	7
50-plussers en hun beperkingen	9
Het familienetwerk	11
De beschikbaarheid van financiële middelen onder 50-plussers	14
Betaald en onbetaald zorggebruik	15
Tot slot	17
Literatuurlijst	19

Verzorgd in Europa: kerncijfers 2011

Verandering. Dat is waardoor de Nederlandse langdurige zorg de laatste jaren wordt gekenmerkt. In de zorg voor mensen met een beperking, die voor langere tijd ondersteuning bij het dagelijks functioneren nodig hebben, is het accent steeds meer op ‘eigen regie’ en ‘eigen verantwoordelijkheid’ komen te liggen. Het zijn vooral ouderen die een beroep op langdurige zorg doen. Met de veranderingen in de zorg wordt nagestreefd dat ouderen, ook als ze ondersteuning nodig hebben, zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen. De verwachting is dat ze daarbij hulp en ondersteuning van hun sociale netwerk krijgen.

De Nederlandse overheid is tot veranderingen in de langdurige zorg overgegaan, omdat de zorgkosten een steeds groter aandeel in het overheidsbudget vormen. Hierdoor komen de houdbaarheid en betaalbaarheid van het zorgstelsel onder druk te staan. Door de Nederlandse situatie tegen de situatie in andere Europese landen af te zetten, krijgen we een idee waar Nederland in Europa staat. In de SCP-studie *Who cares in Europe?* hebben we Nederland vergeleken met landen die een breed scala aan zorgsystemen vertegenwoordigen (Verbeek-Oudijk et al. 2014). Onze selectie kent zowel landen met een uitgebreid als met een minder uitgebreid publiek zorgsysteem. Als vanzelfsprekend zijn daar verschillen in uitgaven mee gemoeid, maar ook verschillen in kwaliteit van zorg. We leggen het accent in de landenvergelijking daarom op een kleinere selectie van landen, te weten onze buurlanden (Duitsland en België) en Denemarken, dat net als Nederland een klein land is en in veel opzichten een vergelijkbare verantwoordelijkheidsverdeling in de langdurige zorg kent.

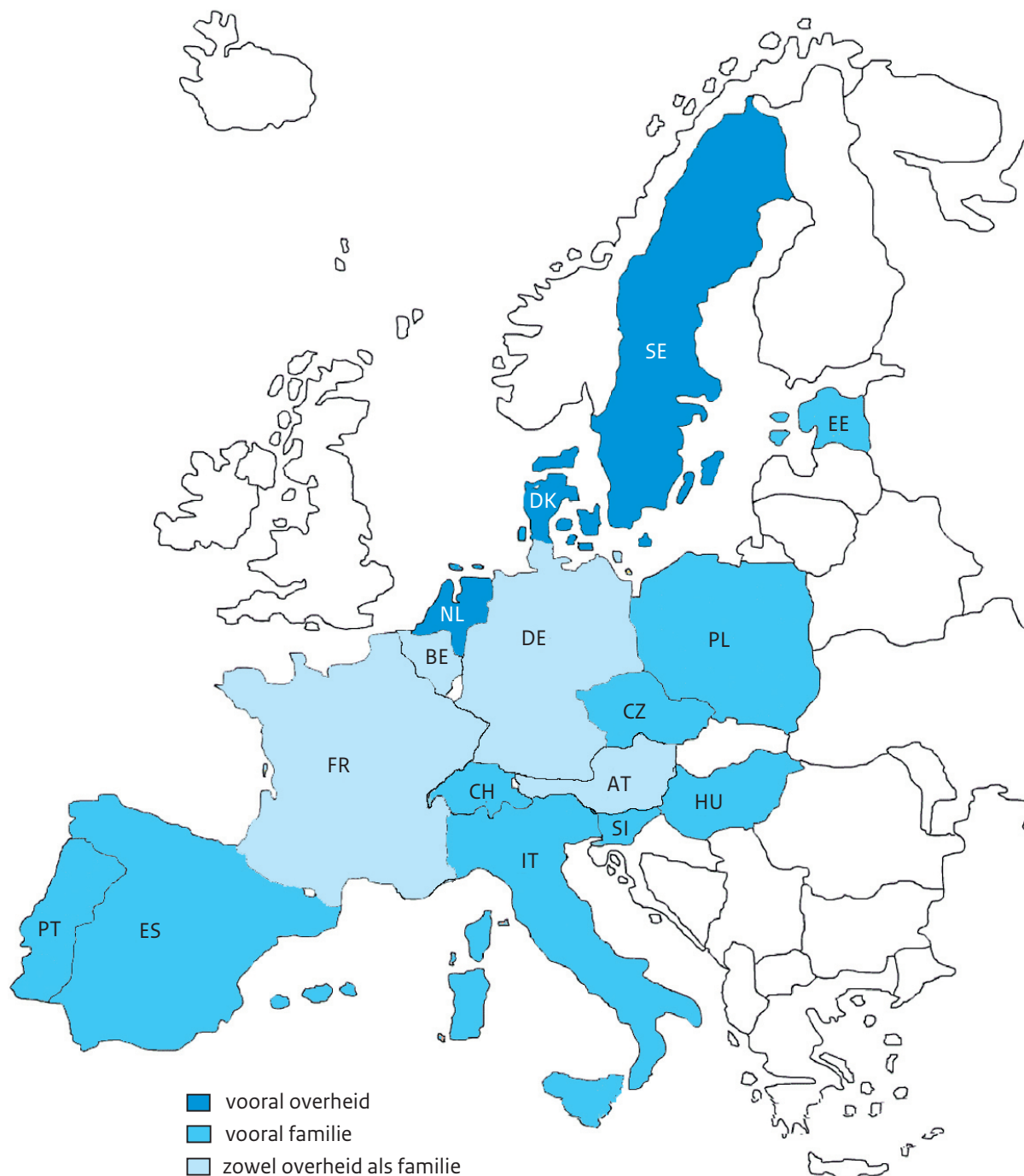
Het nu voorliggende kerncijferdocument, dat op verzoek van de staatssecretaris van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (vws) tot stand is gekomen, bespreekt de belangrijkste bevindingen uit de SCP-studie *Who cares in Europe?*. Voor de vergelijking tussen de Europese landen hebben we voornamelijk gebruikgemaakt van de gegevens uit de Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). Deze informatie heeft betrekking op het jaar 2011 en de zorgsituatie van zelfstandig wonende 50-plussers. Langdurige zorg wordt vooral, maar niet uitsluitend, door de oudere populatie ontvangen. Door de zorgsituatie van de 50 pluspopulatie in ogenschouw te nemen, komen we tot een breed beeld van de langdurige zorg. Dit in tegenstelling tot andere studies, die zich vaak op het zorggebruik van 65-plussers of de alleroudsten in de populatie richten. Doordat wij ons op de zorgsituatie van *zelfstandig wonende* 50-plussers richten, hebben we vooral de zorg aan huis bestudeerd. Daaronder valt huishoudelijke hulp, maar ook verpleging en verzorging die aan huis wordt gegeven. De zorg in tehuizen hebben we meestal buiten beschouwing moeten laten.

Wie organiseert de langdurige zorg?

In Nederland, Denemarken en Zweden ligt de verantwoordelijkheid voor het bieden van de benodigde zorg veel minder bij de familie van de hulpbehoevenden en is hiervoor een belangrijke taak voor de overheid weggelegd (zie figuur 1). In vergelijking met de andere landen is in Nederland en Scandinavië veel publiek gefinancierde zorg beschikbaar.

Figuur 1

Formele verantwoordelijkheid voor langdurige zorg in zestien Europese landen



Bron: Verbeek-Oudijk et al. (2014)

In de Zuid- en Oost-Europese landen, maar ook in Zwitserland, is vooral de familie verantwoordelijk voor de zorgtaken voor mensen met beperkingen. In de praktijk betekent dit dat de familie zelf veel hulp verleent of een deel van de zorg betaalt. In België, Duitsland, Frankrijk en Oostenrijk wordt de verantwoordelijkheid van langdurige zorg door familie en de overheid gedeeld. Wat betreft organisatie van langdurige zorg lijkt Nederland op Denemarken, terwijl de langdurige zorg in België en Duitsland een gedeelde verantwoordelijkheid tussen de overheid en familie is.

Ondanks de verschillen die tussen landen bestaan, lijken ze in twee aspecten naar elkaar toe te groeien, namelijk voor wat betreft de inzet van informele zorg en de organisatie en regulering van de zorg. Landen met een groot aanbod aan publiek gefinancierde zorg zetten steeds meer in op informele, onbetaalde zorg. In de landen waar informele zorg al de boventoon voert, blijft dit een cruciale rol spelen, maar worden er stappen ondernomen de formele zorg uit te breiden en te verbeteren. Daarnaast komt de organisatie en regulering van de zorg in steeds meer landen bij de decentrale overheden (zoals gemeenten) te liggen. Een van de opvattingen die hieraan ten grondslag ligt, is dat de zorg dichterbij de omgeving van de hulpbehoevende wordt geregeld, waardoor naar een meer passende oplossing kan worden gezocht. In Nederland was de langdurige zorg tot voor kort voornamelijk centraal georganiseerd, maar met de recente hervormingen in de zorgsector is de zorg aan huis steeds meer een taak voor gemeenten en zorgverzekeraars geworden.

Uitgaven aan langdurige zorg

Nederland behoort tot de landen met de hoogste publieke uitgaven aan langdurige zorg. Alleen Zwitserland gaf in 2011 meer uit, namelijk bijna 5,5% van het bruto binnenlands product (BBP) (zie figuur 2). In Zwitserland worden de langdurige zorguitgaven voor een groot deel bekostigd uit de eigen bijdragen die de ontvangers van zorg moeten betalen (OECD 2011). In Nederland wordt 4,9% van het BBP aan langdurige zorg uitgegeven. Dat is een vergelijkbaar aandeel als in België (4,8%). De Oost-Europese landen besteden een beduidend kleiner aandeel van de publieke middelen aan langdurige zorg. Tegenover de hoge uitgaven aan langdurige zorg staat in Nederland overigens wel een hoge kwaliteit van publieke zorg, zoals we uit andere studies kunnen leren (Bíró 2012).

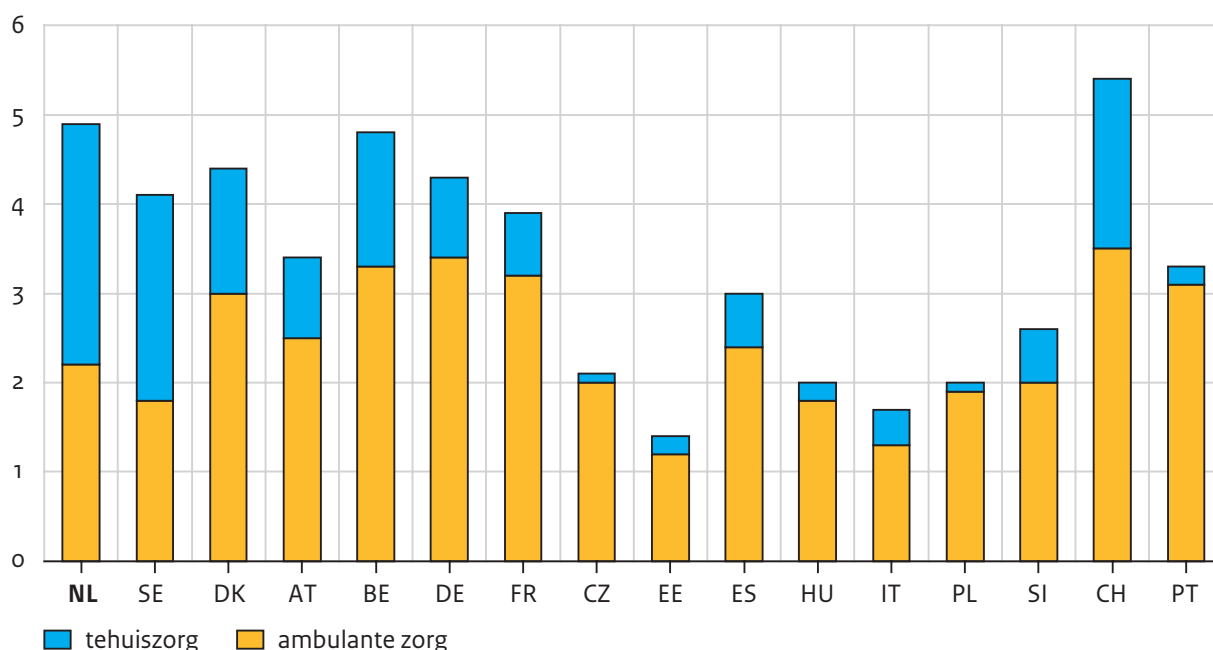
De meeste landen geven meer uit aan ambulante zorg¹ dan aan de langdurige zorg geleverd in tehuizen. Uitzonderingen zijn Nederland en Zweden. De hoge uitgaven in Nederland zijn vooral het resultaat van het feit dat relatief veel oude 50-plussers in een

1 Ambulante zorg is zogeheten out-patient care. Het betreft de zorg aan een persoon die niet is opgenomen in een instelling. Het gaat om langdurige zorg aan huis, maar bijvoorbeeld ook om specialistische zorg verleend door tandartsen, verslavingszorg en diëtisten. Specifieke gegevens over uitgaven aan zorg aan huis zijn voor slechts enkele landen voor meerdere jaren bekend, en voor Nederland alleen voor het jaar 2004. De gegevens zijn daarom niet bruikbaar.

tehuis worden verzorgd. Daarnaast vallen in Nederland niet alleen de woonkosten, maar ook de verblijfskosten (zoals maaltijden) in de tehuizen onder de publieke financiering, terwijl dat bijvoorbeeld in Frankrijk door de bewoners zelf wordt betaald (TK 2012/2013). Wanneer we inzoomen op de uitgaven aan ambulante zorg, de zorg die in dit document centraal staat, zien we dat de Nederlandse uitgaven hieraan met ruim 2% wat lager liggen dan in veel andere landen. Duitsland, België en Denemarken geven duidelijk meer uit aan zorg aan huis, respectievelijk 3,4%, 3,3% en 3%.

Figuur 2

Uitgaven^a aan thuis- en ambulante zorg als aandeel van het BBP, 2011 (in procenten)



a Het gaat hier om publieke uitgaven inclusief eigen bijdragen van gebruikers. Voor Zweden en Italië betreft het de uitgaven aan langdurige zorg uit 2007. Dit zijn voor deze landen de meest recente beschikbare cijfers.

Bron: oecd 2015; stats.oecd.org; Huber et al. 2009

Om te begrijpen waardoor de verschillen in uitgaven tussen landen worden beïnvloed, bieden we hier inzicht in verschillende aspecten van het zorggebruik van 50-plussers. Daartoe bespreken we onder meer hun aandeel in de totale bevolking, de ernst van hun beperkingen en of ze de beschikking over een familienetwerk hebben.

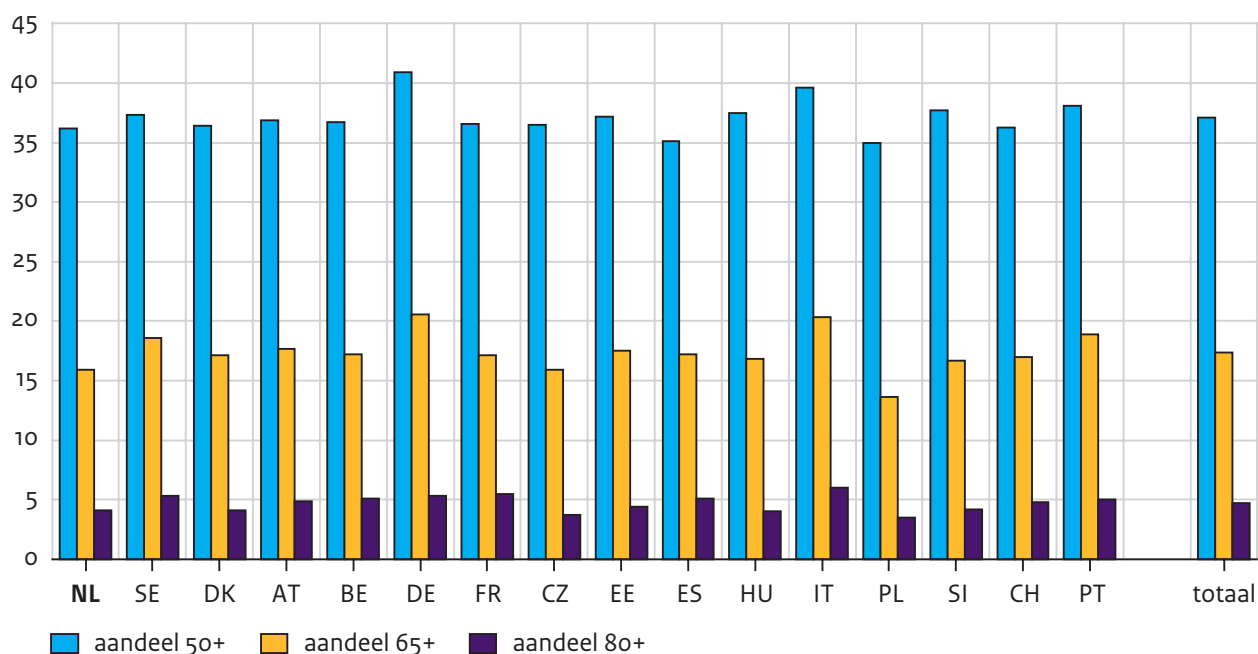
Het aandeel 50-plussers in de totale bevolking

De mate waarin een land in langdurige zorg investeert, hangt samen met het aandeel 50-plussers in de bevolking. We bestuderen niet alleen het aandeel 50-plussers in de bevolking, maar zoomen eveneens in op het deel van hen dat niet meer actief aan de beroepsbevolking bijdraagt (65-plussers) en het aantal 80-plussers. Deze laatste groep heeft immers de grootste kans op zorggebruik. Ongeveer 36% van de Nederlandse bevol-

king is 50 jaar of ouder (zie figuur 3). Het aandeel 65-plussers is met bijna 16% wat lager dan het gemiddelde in de zestien onderzochte landen, namelijk 17,4%. Ook het aandeel 80-plussers in Nederland is met 4% lager dan in de meeste andere Europese landen. Vergeleken met de andere Europese landen behoort Nederland samen met Tsjechië en Polen tot de ‘jongste’ landen. Als we Nederland met onze buurlanden vergelijken, zien we dat de hogere uitgaven voor zorg aan huis in Duitsland zouden kunnen voortkomen uit een vergrijsde bevolking. Duitsland kent verhoudingsgewijs duidelijk meer 65-plussers en 80-plussers dan Nederland. België kent weliswaar niet veel meer 65-plussers, maar wel duidelijk meer 80-plussers dan Nederland. De situatie tussen Denemarken en Nederland is wat betreft vergrijzing nauwelijks verschillend.

Figuur 3

Aandeel 50-plussers, 65-plussers en 80-plussers in de bevolking, 2011 (in procenten)

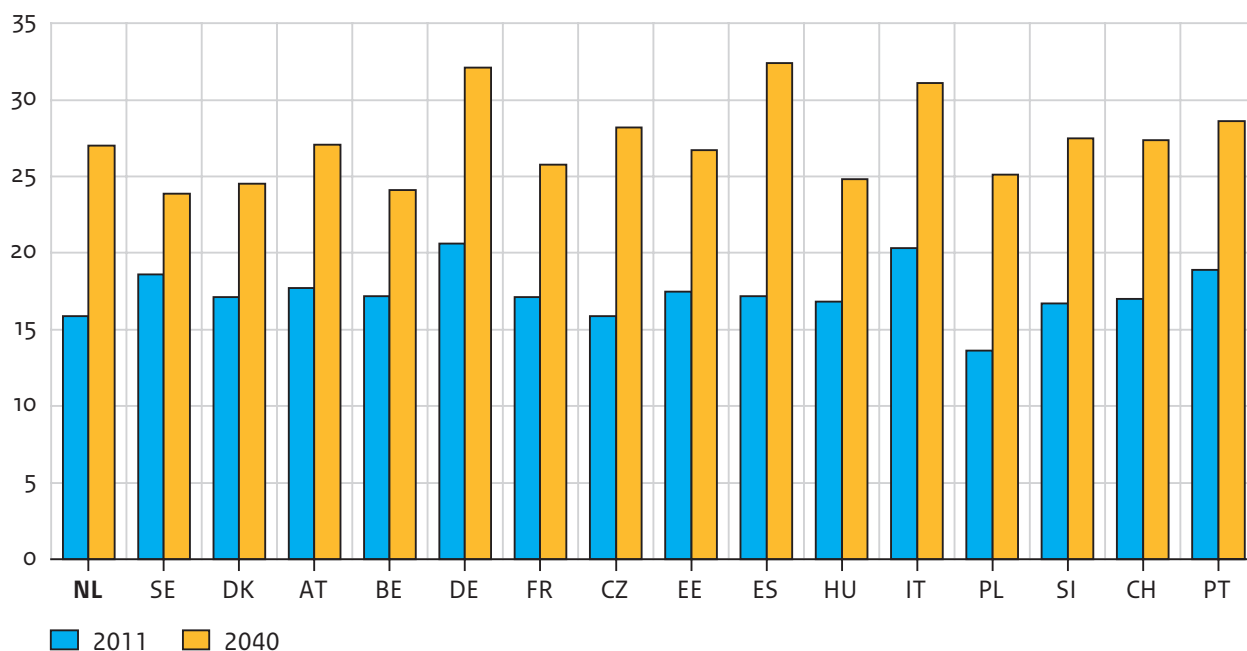


Bron: oecd (demography and population); stats.oecd.org (scp-bewerking)

De vergrijzing in Nederland is nog maar recentelijk op gang gekomen. De voorspellingen zijn dat de vergrijzingspiek in Nederland rond 2040 wordt bereikt. Tegen die tijd zal ruim een kwart van de bevolking een leeftijd hebben bereikt waarbij men met langdurige zorgproblemen kan worden geconfronteerd (zie figuur 4). In sommige landen zal de vergrijzing in 2040 nog verder gevorderd zijn (zoals in Spanje, Duitsland en Italië). In andere landen zal de vergrijzing naar verwachting minder snel verlopen (namelijk in Zweden, Denemarken, België en Estland).

Figuur 4

Aandeel 65-plussers in de bevolking, 2011 en 2040 (in procenten)



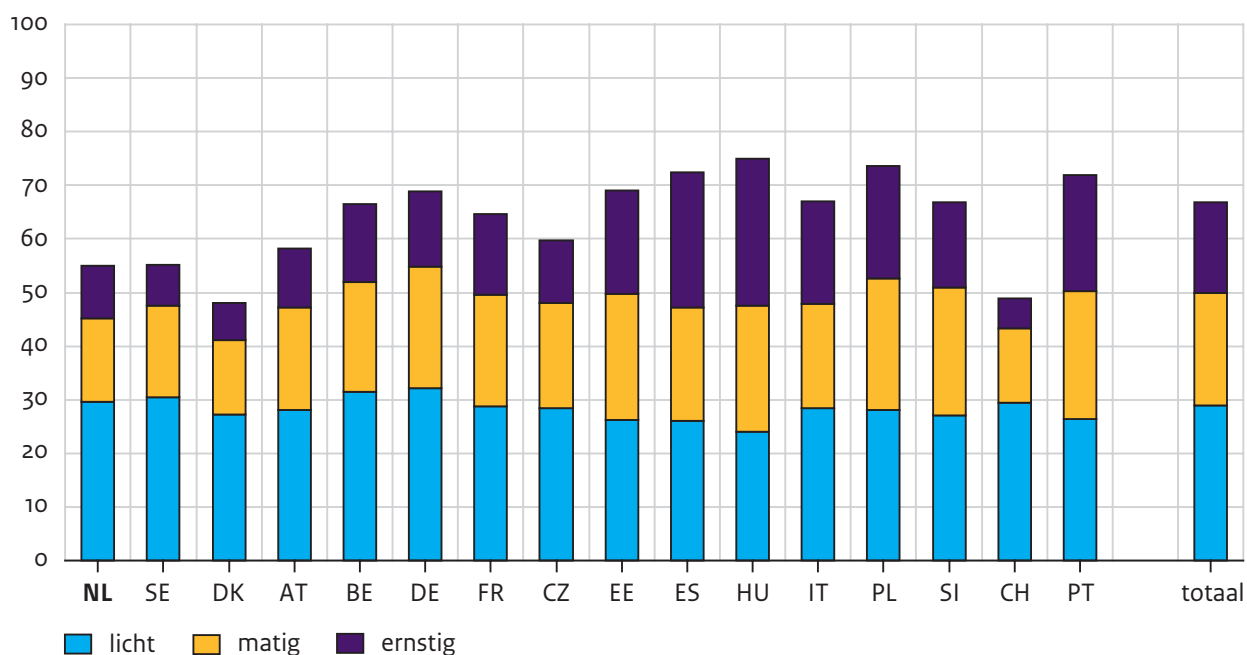
Bron: oecd (demography and population); stats.oecd.org (scp-bewerking)

50-plussers en hun beperkingen

Ouderdom komt met gebreken. Een beperking is dan ook een van de meest bepalende factoren voor het gebruik van langdurige zorg. Iemand heeft een beperking wanneer hij of zij als gevolg van gezondheidsproblemen moeite heeft met het uitvoeren van dagelijkse handelingen. Van een lichamelijke beperking is sprake als bijvoorbeeld boodschappen doen, een maaltijd bereiden of zich wassen moeite kost. We spreken van een psychische beperking als iemand bijvoorbeeld last heeft van depressieve gevoelens. Als iemand geheugenstoornissen heeft, dingen of mensen niet meer herkent en het dagelijks leven niet meer goed kan organiseren, is er sprake van cognitieve beperkingen. Lichamelijke beperkingen komen het meest voor. Tussen de verschillende beperkingen bestaat een grote overlap. Meer dan de helft van de mensen met een ernstige psychische of cognitieve beperking heeft ook ernstige lichamelijke beperkingen. Daarom bestuderen we het voorkomen van een lichamelijke, psychische of cognitieve beperking tezamen. 55% van de Nederlandse 50-plussers heeft een beperking en voor ongeveer 10% is die beperking ernstig (zie figuur 5). Net als in Noord-Europa en Zwitserland zijn dat er minder dan gemiddeld in de zestien onderzochte Europese landen. Polen, Spanje, Portugal en Hongarije hebben juist veel mensen met een beperking.

Figuur 5

50-plussers met beperkingen in verschillende landen van Europa, 2011 (in procenten)

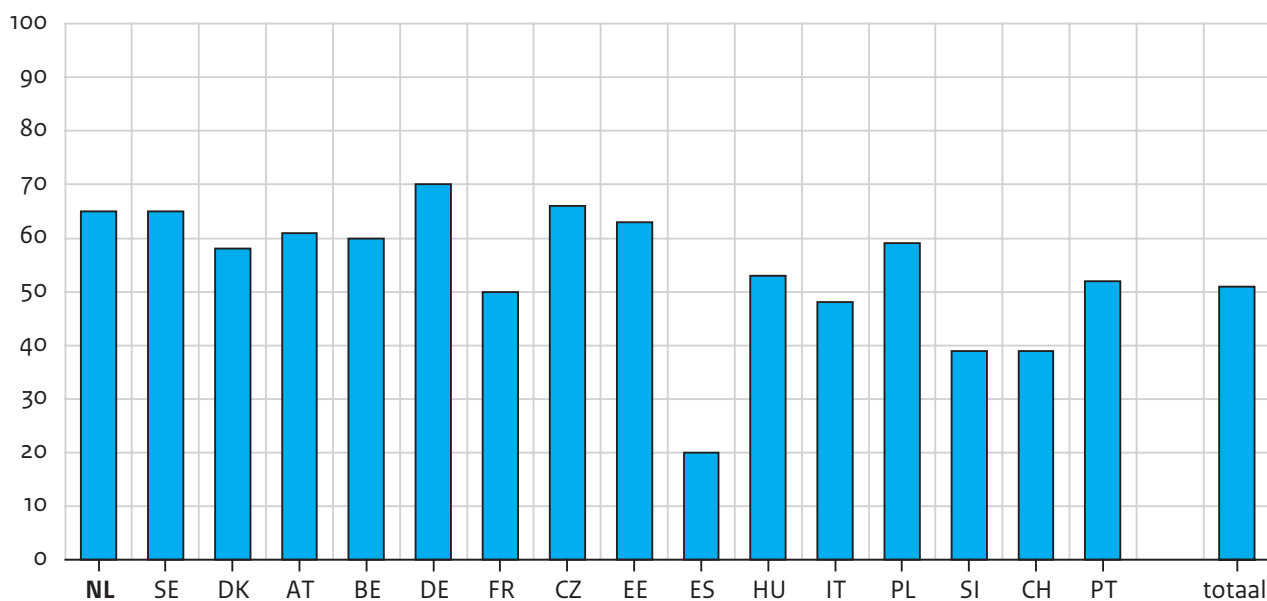


Bron: SHARE 2011 (SCP-bewerking)

De hogere uitgaven voor zorg aan huis in Duitsland en België in vergelijking tot Nederland lijken niet alleen voort te komen uit een verder gevorderde vergrijste bevolking, maar ook uit een 50 plusbevolking die met ernstig(er)e beperkingen kampt. Deze uitkomst is goed te begrijpen als men bedenkt dat op individueel niveau ouderdom gepaard gaat met gebreken. In figuur 5 zien we die dezelfde samenhang terug op macroniveau. Opvallend is verder dat Denemarken in vergelijking tot Nederland wel hogere uitgaven kent, maar dat in Denemarken juist een groot deel van de 50 plusbevolking geen beperkingen heeft.

Figuur 6

Aandeel 50-plussers met ernstige beperkingen dat hinder bij het dagelijks functioneren ervaart, 2011 (in procenten)



Bron: SHARE 2011 (SCP-bewerking)

Het hebben van een beperking wil nog niet zeggen dat mensen een beroep op zorg zullen doen. Daarvoor zullen zij ook hinder in het dagelijks functioneren moeten ervaren. Wel geldt: hoe ernstiger de beperking, hoe vaker men er hinder van heeft. Van de Nederlandse 50-plussers met een ernstige beperking geeft twee derde aan bij het dagelijks functioneren last te hebben van die beperking (zie figuur 6). Het verschil tussen het hebben van een beperking en de hinder die ervan wordt ervaren, verschilt sterk tussen de landen. Relatief weinig noordelijke 50-plussers, inclusief de Nederlanders, hebben beperkingen, maar ze voelen zich er wel het vaakst door gehinderd. In de zuidelijke landen geldt het omgekeerde: relatief veel 50-plussers hebben beperkingen, maar ervaren daar minder hinder van. We hebben geen duidelijke verklaring voor het bestaan van deze verschillen.

Het familienetwerk

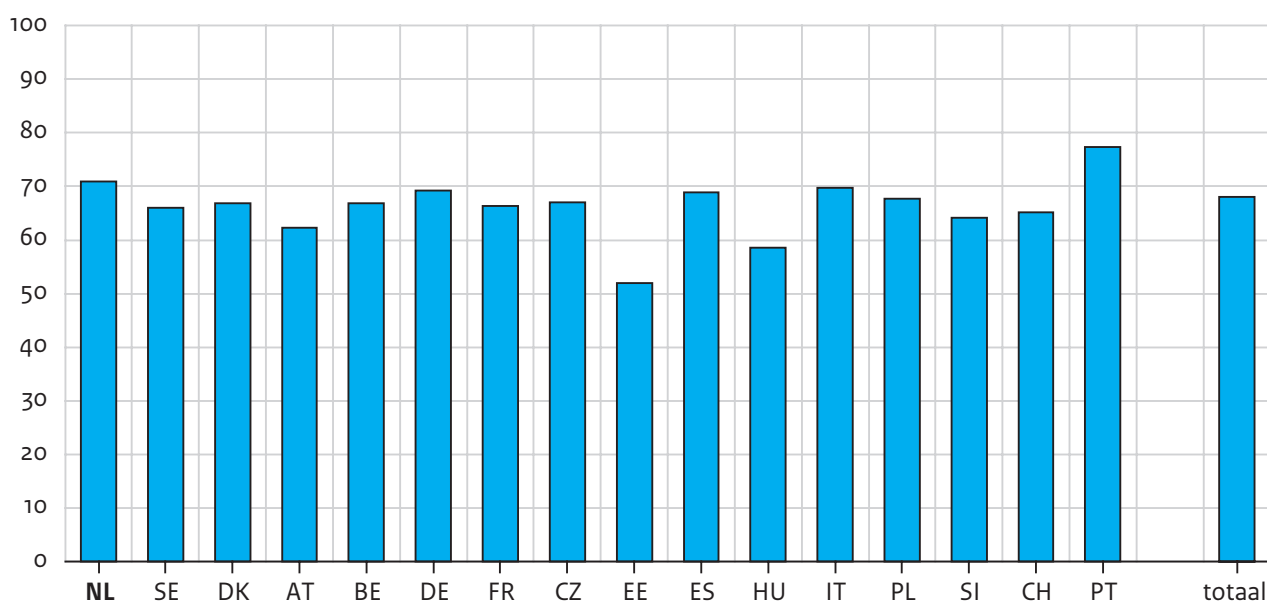
Partners en kinderen zijn de meest voor de hand liggende mensen die informele zorg kunnen bieden aan hulpbehoevende 50-plussers. Om te inventariseren of hulpbehoevende 50-plussers daarop terug kunnen vallen, is het van belang te weten of ze een partner en/of kinderen hebben, ofwel of ze over een familienetwerk beschikken. Ruim 70% van de Nederlandse zelfstandig wonende 50-plussers heeft een partner (zie figuur 7). In de meeste andere landen is het aandeel 50-plussers met een partner iets lager. Alleen in Portugal hebben meer 50-plussers een partner. Bij onze oosterburen hebben bijna net zoveel 50-plussers een partner als in Nederland. Bij onze zuiderburen en in Denemarken ligt dat percentage iets lager. In Nederland hebben veel 50-plussers een partner doordat

de levensverwachting van mannen en vrouwen dicht bij elkaar ligt dan in veel andere landen: stellen worden in Nederland vaker samen oud.

Nog geen 10% van de Nederlandse 50-plussers heeft inwonende kinderen (zie figuur 8). In de Noord- en Centraal-Europese landen is dit aandeel ook vrij klein (minder dan 17%). In de Zuid- en Oost-Europese landen is het veel gebruikelijker dat meerdere generaties in één huishouden wonen. Het aandeel 50-plussers met inwonende kinderen is in deze landen dan ook veel hoger. In Hongarije bedraagt dat aandeel zelfs 35%. Over het geheel genomen is de huishoudensgrootte (inwonende kinderen) in Nederland en de Noord-Europese landen iets kleiner dan in Zuid- en Oost-Europa. Het aandeel 50-plussers met inwonende kinderen is in Denemarken en Duitsland min of meer gelijk aan dat in Nederland. België wijkt daar duidelijk van af. Daar is het aandeel 50-plussers met inwonende kinderen bijna het dubbele van het aandeel in Nederland. Het aandeel Nederlandse 50-plussers met uitwonende kinderen is met 65% iets hoger dan gemiddeld in de zestien Europese landen (61%). Het aandeel 50-plussers met uitwonende kinderen ligt in Denemarken en België wat hoger dan in Nederland, maar is bij onze oosterburen juist beduidend lager dan in Nederland of gemiddeld in Europa.

Figuur 7

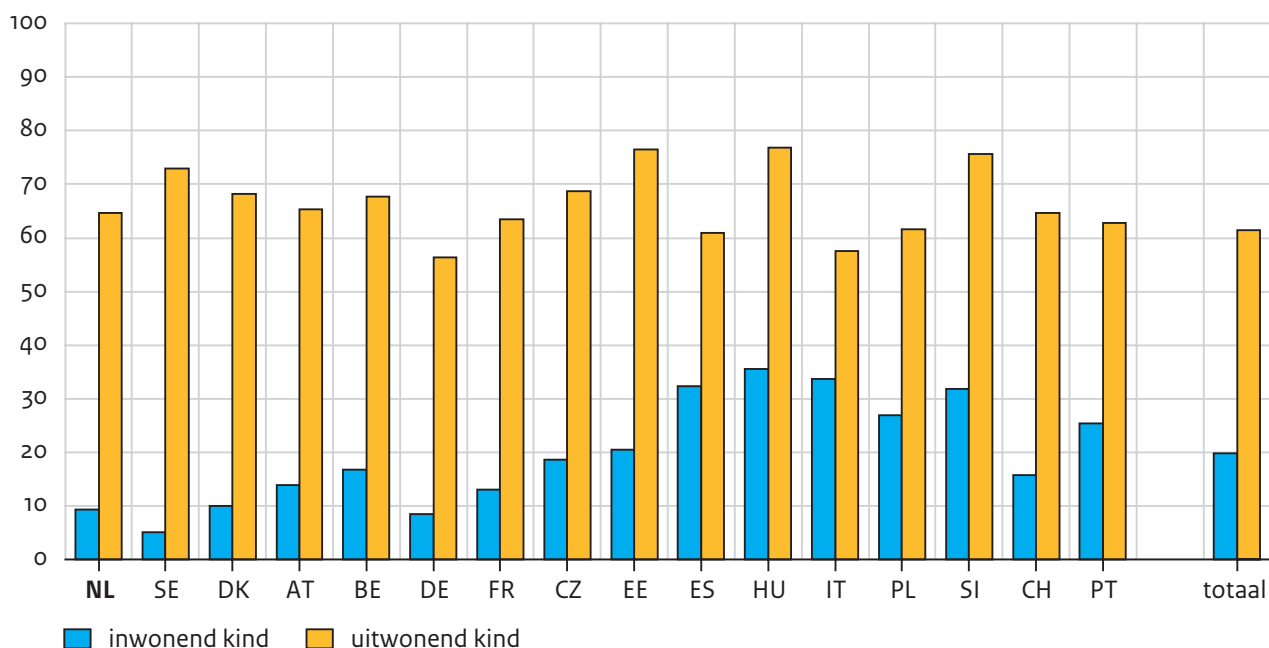
Aandeel 50-plussers met partner, 2011 (in procenten)



Bron: SHARE 2011 (SCP-bewerking)

Figuur 8

Aandeel 50-plussers met inwonende of uitwonende kinderen, 2011 (in procenten)

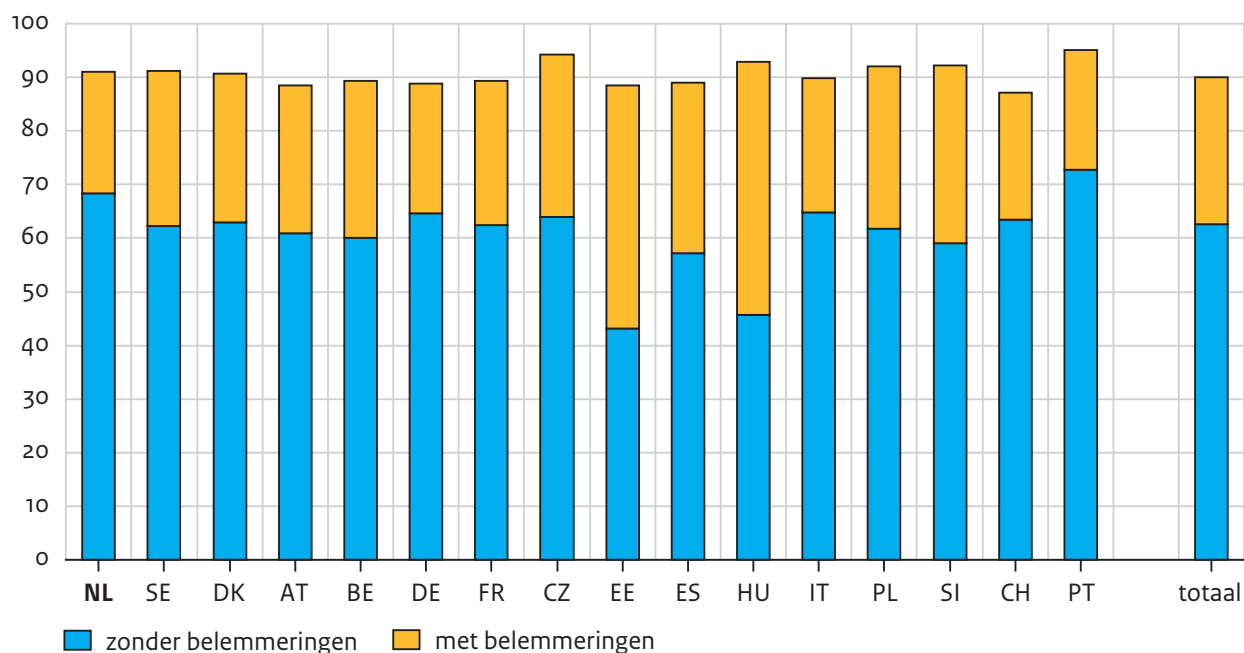


Bron: SHARE 2011 (SCP-bewerking)

Ongeveer 90% van de 50-plussers heeft een partner of kinderen die eventueel hulp zouden kunnen verlenen (zie figuur 9). De aanwezigheid van een partner en/of kinderen is geen garantie voor het daadwerkelijk ontvangen van hulp. Wanneer bijvoorbeeld de partner zelf beperkingen heeft, of de kinderen voltijds werken, kleine kinderen hebben, ver weg wonen van hun hulpbehoevende ouders of zelf beperkingen hebben, is hulpverlening niet zonder meer mogelijk. Kortom, het familienetwerk kan belemmerd zijn om informele hulp te verlenen. Bijna 70% van de Nederlandse 50-plussers heeft een familienetwerk dat zonder belemmeringen informele hulp kan verlenen (zie figuur 9). Dat percentage is hoger dan in bijna alle andere landen, ook als we vergelijken met Denemarken, België en Duitsland. Het gemiddelde komt uit op 63%. In Nederland bestaat het familienetwerk echter vooral uit partners, terwijl het elders vaker om kinderen gaat (zie ook Vrooman et al. 2015). Dat maakt het netwerk van de Nederlandse 50-plussers kwetsbaarder, doordat de partner zelf ook hulpbehoevend kan worden. Uit ander onderzoek blijkt verder dat wanneer vaker een beroep op onbetaalde hulpverleners moet worden gedaan de druk op deze mantelzorgers zal toenemen. Zij ondervinden nu al vaak een zware belasting (Oudijk et al. 2010). De verwachtingen van de recente hervormingen in de langdurig zorg over de inzet van het netwerk moeten dan ook niet te hoog gespannen zijn. Bovendien is het de vraag of met het doen van een grotere beroep op onbetaalde zorg het hoge peil van de Nederlandse publieke zorg kan worden behouden.

Figuur 9

Aandeel 50-plussers met familienetwerk met en zonder belemmeringen, 2011 (in procenten)



Bron: SHARE 2011 (SCP-bewerking)

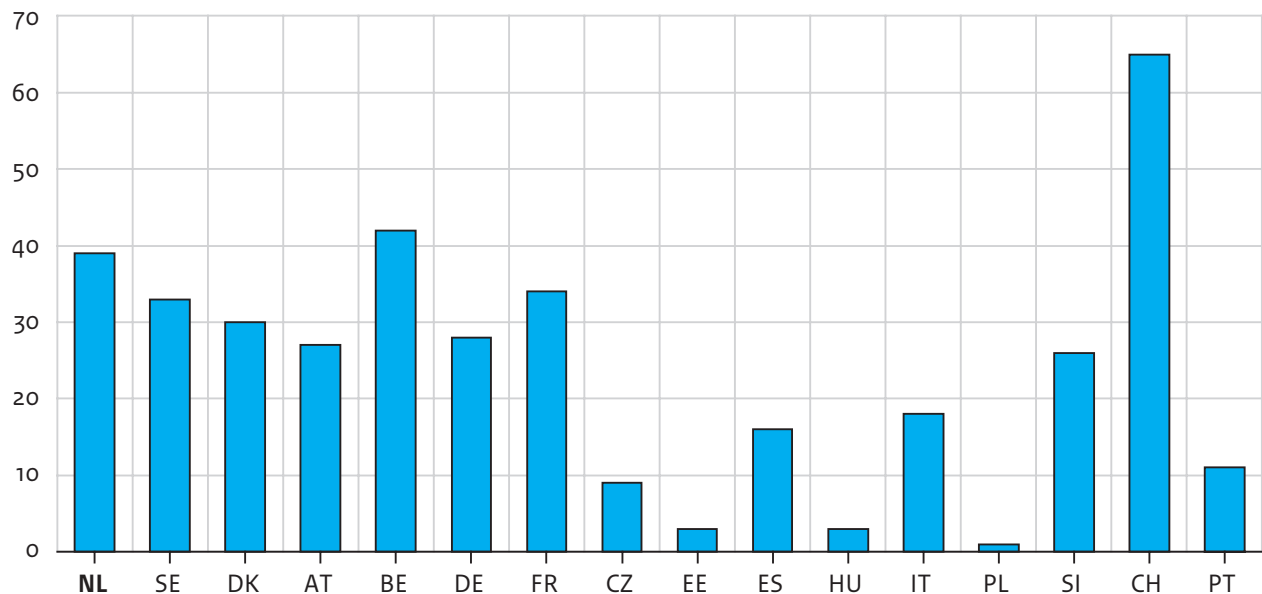
De beschikbaarheid van financiële middelen onder 50-plussers

Hoe kapitaalkrachtiger mensen zijn, hoe meer mogelijkheden ze hebben om zelf langdurige zorg in te kopen. Figuur 10 geeft inzicht in de financiële middelen die de Europeanen in de verschillende landen ter beschikking staan. De gegevens in de figuur hebben betrekking op het jaarlijkse gestandaardiseerde nettohuishoudensinkomen per persoon uitgedrukt in euro's en 'purchasing power parity'.² Dat wil zeggen dat in de hoogte van het jaarlijkse huishoudensinkomen per persoon rekening is gehouden met het prijspeil in de verschillende landen. Bijna 40% van de Nederlandse 50-plussers heeft een jaarlijks huishoudensinkomen per persoon van 30.000 euro of meer. Alleen in België en Zwitserland is dat aandeel hoger. Daarmee lijken de meeste Zwitsers geen moeite te hebben om de van hen gevraagde hoge eigen bijdrage voor langdurige zorg te betalen. Zwitserland is immers in vergelijking met andere landen een rijk land (Oudijk et al 2012). In Denemarken en Duitsland ligt het aandeel 50-plussers met een inkomen van 30.000 euro of meer duidelijk onder het aandeel in België en Nederland. Ondanks de correctie voor het prijspeil zien we de meeste lage inkomens in de Midden- en Oost-Europese landen.

2 Het gaat om een vergelijking waarbij het prijspeil in Nederland in 2011 het uitgangspunt is.

Figuur 10

Aandeel van de 50 pluspopulatie met een jaarlijks huishoudinkomen per persoon van 30.000 euro of meer, 2011 (in procenten)



Bron: SHARE 2011 (SCP-bewerking)

Niet alleen de hulpbehoefte, de beschikbaarheid van een familienetwerk en financiële middelen bepalen of een beroep op zorg aan huis wordt gedaan. Sommige mensen zullen om andere redenen sneller of juist minder snel geneigd zijn van zorg gebruik te maken. Zo is iemands ziektegeschiedenis van invloed op het beroep dat op zorgvoorzieningen wordt gedaan, maar ook iemands opleidingsniveau en beroep oefenen daar invloed op uit. Deze onderwerpen komen in deze beknopte studie niet aan bod, maar in *Who cares in Europe?* is daaraan wel aandacht besteed (Verbeek-Oudijk et al. 2014).

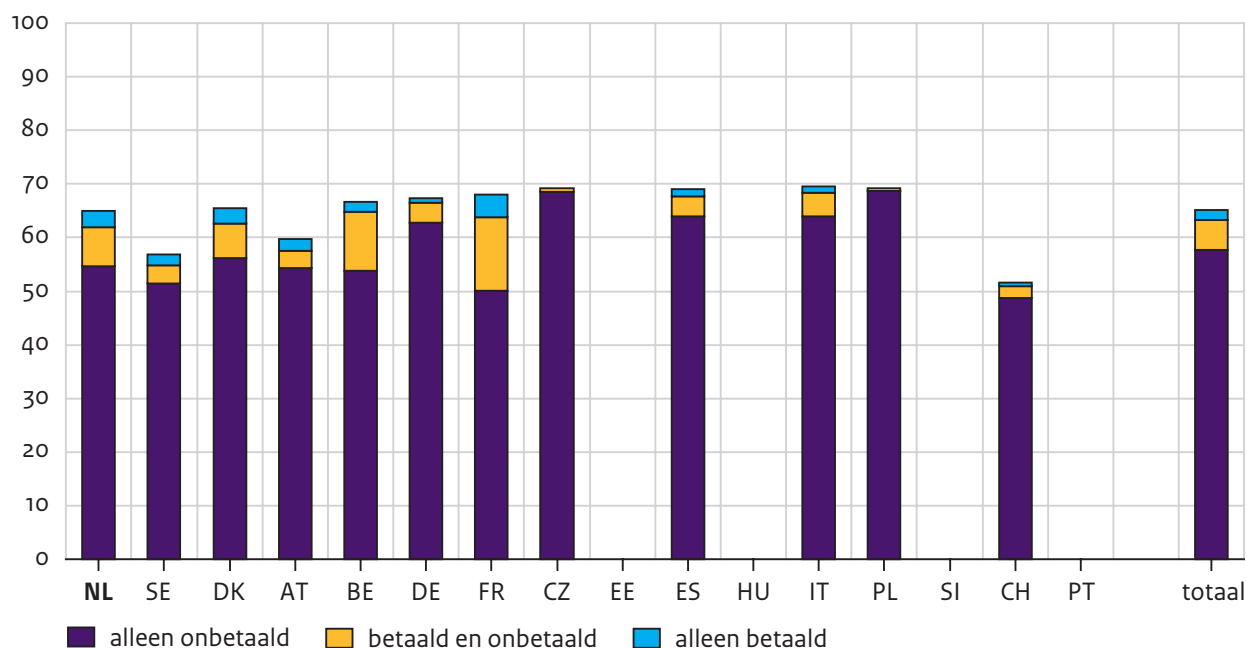
Betaald en onbetaald zorggebruik

50-plussers die dat nodig hebben, ontvangen hulp en ondersteuning via betaalde en/of onbetaalde zorg. Onder betaalde zorg valt niet alleen de publiek gefinancierde zorg, maar ook de ondersteuning die de hulpbehoevende 50-plusser particulier organiseert. Naast de zorg door de partner en de kinderen wordt tot de onbetaalde zorg ook de zorg verleend door vrienden, burens en vrijwilligers gerekend. Naar schatting ontving in 2011 64% van de zelfstandig wonende Nederlandse 50-plussers betaalde en/of onbetaalde zorg aan huis (zie figuur 11). Dit komt overeen met het gemiddelde in de onderzochte landen. Het gebruik van betaalde zorg is in Nederland met ruim 10% hoger dan gemiddeld (7,5%).

Ook in de Noord- en Centraal-Europese landen is het gebruik van betaalde zorg hoger dan gemiddeld.³ Het gebruik van onbetaalde zorg is met ruim 60% in Nederland juist relatief laag.⁴

Figuur 11

Benadering van zorggebruik door 50-plussers, 2011^{a, b} (in procenten)



a Voor Estland, Hongarije, Slovenië en Portugal is geen informatie over 2007 beschikbaar. Voor deze landen kan daarom geen inschatting van de betaalde zorg worden gemaakt. In de gemiddelden in de kolommen 'totaal' spelen deze landen ook geen rol.

b De gegevens over betaalde zorg in 2011 in het databestand zijn incompleet, zodat een schatting moest worden gemaakt. Het aandeel ontvangers van betaalde zorg in 2011 is afgeleid uit het aandeel ontvangers van onbetaalde zorg in 2011, en de verhouding (per land) tussen de aandelen betaalde en onbetaalde zorg in 2007. De overlap tussen het gebruik van betaalde en onbetaalde zorg in 2011 is afgeleid uit het aandeel gebruikers van betaalde zorg in 2007 dat ook onbetaalde zorg ontvangt (per land).

Bron: SHARE 2007, 2011 (SCP-bewerking)

3 Opvallend is dat Zwitserland wat betreft uitgaven tot de hoogst scorende landen behoort, maar als we naar het gebruik kijken juist een van de landen is waar het minst van zorg aan huis gebruik wordt gemaakt. Een goede verklaring hiervoor hebben we niet.

4 In hoeverre onze bevindingen op eerdere onderzoeksresultaten aansluiten, is moeilijk aan te geven. Een vergelijking met andere bronnen is lastig, omdat de onderzoekspopulaties niet altijd betrekking op dezelfde leeftijdsgroepen hebben. Daarnaast verschilt de afbakening van hulp vaak ook. Wel is uit verschillende bronnen af te leiden dat mensen met ernstige beperkingen meer informele dan formele hulp krijgen (De Boer en De Klerk 2013: 16).

In de meeste Zuid- en Oost-Europese landen ontvangt bijna 70% van de 50-plussers onbetaalde hulp. Het aanbod van onbetaalde zorg is daar groter doordat er vaker verschillende generaties in één huishouden wonen. Ook zijn er minder mogelijkheden om aanspraak op publiek gefinancierde hulp te maken. Niet alleen het aantal mensen dat informele hulp ontvangt, verschilt tussen de landen, dat geldt ook voor de frequentie waarmee ze zorg ontvangen. Globaal gezien is de frequentie van de informele hulp hoger in landen waar meer mensen deze hulp ontvangen. In Nederland en de Scandinavische landen wordt informele hulp minder frequent gegeven. In Nederland betreft dat twee derde van de totale informele hulp. In de zuidelijke landen ligt het aandeel minder frequent gegeven hulp veel lager (rond de 15%).

In Nederland ontvangen relatief veel mensen zowel betaalde als onbetaalde zorg. Dat suggereert dat in ons land deze zorgvormen elkaar aanvullen. In andere landen, zoals Duitsland, ontvangt men vaak slechts een van beide zorgvormen. Daar lijkt de betaalde zorg vervangbaar door onbetaalde zorg.

Tot slot

Wat heeft de internationale vergelijking in de langdurige zorg voor 50 plussers – en in het bijzonder tussen Nederland, België, Duitsland en Denemarken – ons geleerd? Hoewel we voorzichtig moeten zijn (we kunnen geen harde conclusies trekken op basis van enkel een beschrijving), lijkt Nederland het meest op Denemarken. Ons land heeft een vergelijkbare inrichting van het langdurige zorgstelsel en kent min of meer eenzelfde leeftijdssamenstelling van de bevolking, maar de 50 plusbevolking wordt wel meer met beperkingen geconfronteerd dan in Denemarken. Toch geeft Nederland minder uit aan zorg aan huis dan Denemarken, terwijl er wel in vergelijkbare mate een beroep op onbetaalde en/of onbetaalde zorg wordt gedaan. Kijken we naar Duitsland, dan zien we dat dit land in vergelijking tot Nederland hogere uitgaven aan zorg aan huis heeft, maar ook een oudere bevolking met ernstigere beperkingen (net als in België). Wat verder opvalt aan de Duitse situatie is dat dit land in vergelijking tot de andere landen beduidend minder vaak een beroep op betaalde zorg doet en dat veel onbetaalde zorg wordt verleend door een netwerk dat min of meer vergelijkbaar is aan het Nederlandse. Al met al rijst een beeld op van Nederland als een land waar de vergrijzing nog maar net is begonnen, waar in de organisatie van de langdurige zorg een belangrijke taak voor de overheid is weggelegd, en waar de uitgaven aan de zorg aan huis relatief laag liggen.

Wil dit nu ook zeggen dat in ons land, als voorbereiding op de toekomstige vergrijzing van bevolking, ruimte is om betaalde zorg over te brengen naar de onbetaalde zorg? Niet zonder meer. In Nederland wordt onbetaalde zorg naar verhouding vaak gecombineerd met betaalde zorg; de zorgvormen vullen elkaar aan. Vervanging is lang niet altijd mogelijk, zoals dat in Duitsland wel het geval is, omdat 50-plussers daar vaak slechts een van beide zorgvormen ontvangen. Daar komt bij dat een deel van de mantelzorgers in Nederland een

zware belasting ondervinden. Daarnaast is het onbekend of mantelzorgers de hulp verlenen zoals professionals dat doen. De tendens in Nederland naar het inzetten van meer onbetaalde hulp kan dan ook een risico in zich bergen: het gaat mogelijk ten koste van de hoge kwaliteit van de huidige Nederlandse langdurige zorg. Dit onderstreept het belang van een goed samenspel tussen formele en informele zorgverleners, waar in het huidige Nederlandse beleid ook de focus op wordt gelegd.

Literatuurlijst

- Bíró, A. (2012). Overall evaluation of performance. In: E. Mot, R. Faber, J. Geerts en P. Willemé, *Performance of Long-Term care systems in Europe* (p. 97-113). Brussel: Enepri Research Report No. 117.
- Boer, A. de, en M. de Klerk (2013). *Informele zorg in Nederland. Een literatuurstudie naar mantelzorg en vrijwilligerswerk in de zorg*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Huber, M., R. Rodrigues, F. Hoffmann, K. Gasior en B. Marin (2009). *Facts and figures on Long-Term Care. Europe and North America*. Wenen: European Centre for Social Welfare Policy and Research.
- OECD (2011). *Switzerland. Long term care*. Geraadpleegd op 7 april 2015 via www.oecd.org/switzerland/47878092.pdf.
- OECD (2015). *Health expenditure and financing*. Geraadpleegd op 26 februari 2015 via www.oecd.org/statistics.
- Oudijk, D., A. de Boer, I. Woittiez, M. de Klerk en J. Timmermans (2010). *Mantelzorg uit de doeken*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Oudijk, D., J. Jonker en S. Kooiker (2012). Health. In: J. Jonker (red.), *Countries compared on public performance. A study of public performance in 28 countries* (p. 127-188). Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- TK (2012/2013). *Vergelijking langdurige zorg in Frankrijk en Nederland*. Tweede Kamer, vergaderjaar 2012/2013, 30597, nr. 299.
- Verbeek-Oudijk, D., I. Woittiez, E. Eggink en L. Putman (2014). *Who Cares In Europe. A comparison of long-term care for the over 50s in sixteen European Countries*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Vrooman, C., A. de Boer, J.M. Wildeboer Schut, I. Woittiez en M. de Klerk (2015). *Co-wonen in context. Samenwonende generaties, mantelzorg en de kostendelersnorm in de aow*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.