

Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in Belgi

Vieillissement, aide et soins de sant en Belgique

Jozef Pacolet
Denise Delige
Caroline Artoisenet
Griet Cattaert
Vronique Coudron
Xavier Leroy
Annick Peetermans
Christian Swine

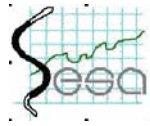


Een publicatie van
de Directie-generaal Sociaal Beleid
FOD Sociale Zekerheid

.be



Hoger instituut voor de arbeid
Katholieke Universiteit Leuven



Université catholique de Louvain
Ecole de santé publique
Recherche sur les systèmes de santé
SESA – Socio Economie de la Santé

VERGRIJZING, GEZONDHEIDSZORG EN OUDERENZORG IN BELGIE

RAPPORT VOOR DE FOD SOCIALE ZEKERHEID
DIRECTIE-GENERAAL SOCIAAL BELEID

VIEILLISSEMENT, AIDE ET SOINS DE SANTE EN BELGIQUE

RAPPORT POUR LE SPF SECURITE SOCIALE
DIRECTION GENERALE POLITIQUE SOCIALE

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

November/Novembre 2004

Onderzoeksopdracht FOD Sociale Zekerheid Directie-generaal Sociaal Beleid
Projet de recherche SPF Sécurité sociale, Direction générale Politique sociale
2004/DGSOC 32036

Vergrijzing, gezondheidszorg en ouderenzorg in België – Vieillissement, aide et soins de santé en Belgique / Jozef Pacolet, Denise Deliège, Caroline Artoisenet, Griet Cattaert, Véronique Coudron, Xavier Leroy, Annick Peetermans, Christian Swine. – Brussel/Bruxelles: Directie-generaal Sociaal Beleid/Direction générale Politique social – FOD Sociale Zekerheid/SPF Sécurité sociale, 2005, 684 p.

ISBN 90-7794-001-4.
D/2005/10 528/1.

© Directie-generaal Sociaal Beleid - FOD Sociale Zekerheid
Direction générale Politique social - SPF Sécurité sociale
Victor Hortaplein 40, bus 20
1060 Brussel/Bruxelles
dg-soc@minsoc.fed.be

HIVA – K.U.Leuven
Parkstraat 47
3000 Leuven
Tel: +32 (0)16 32 33 33
www.hiva.be

SESA – UCL
Clos Chapelle-aux-Champs 30.41
1200 Bruxelles,
Tél: +32 (0)2 764 30 99
www.sesa.ucl.ac.be

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

Les travaux signés ou reproduits sous le couvert d'une indication de source dans cette publication n'engagent que la responsabilité de leur auteur et ne reflètent pas nécessairement la position ou l'opinion du Service public fédéral Sécurité sociale.

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvuldigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotocopie, microfilm of op welke andere wijze ook, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Toute reproduction d'un extrait quelconque de ce rapport, par quelque procédé que ce soit, et notamment par photocopie ou microfilm est interdite sans l'autorisation écrite préalable des auteurs.

No part of this book may be reproduced in any form, by mimeograph, film or any other means, without permission in writing from the publisher.

VOORWOORD

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

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

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

doen voor het beleid in de zorg, de zorgfinanciering, en de verdere informatieverzameling. De twee aspecten van 'facts and figures' en het oordeel over wat wij daaruit kunnen concluderen is finaal niet meer onderscheiden.

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

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

Enigszins lapidair kan men zeggen dat de gezondheidszorg in belangrijke mate en de ouderenzorg zelfs per definitie bedoeld is om een kost op te vangen die vooral naar boven komt bij de ouder wordende bevolking, maar anderzijds is het niveau van de kost helemaal niet de resultante van de vergrijzing maar resultante van economische en maatschappelijke vooruitgang en motor van vooruitgang van levensverwachting en kwaliteit van het leven. Een sector waarvan wij vandaag ongeveer 10% van de bestedingen in onze economie terugvinden, en die de komende halve eeuw waarschijnlijk kan verdubbelen tot bijna 20%, is daarmee een grote opportuniteit voor verdere vooruitgang, creatie van welvaart en welzijn, jobcreatie, maar evenzeer een uitdaging voor meer effectiviteit en efficiëntie.

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

kunnen wijzigen. Wie toekomstverkenningen 50 jaar vooruit projecteert, weet dat ook die prognoses voortdurend en ingrijpend dienen aangepast te worden op basis van deze nieuwe inzichten.

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

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

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

Prof. dr. Jozef Pacolet

Prof. dr. Denise Delière

Hoger Instituut voor de Arbeid

Socio Economie de la santé

Katholieke Universiteit Leuven

Université catholique de Louvain

PRÉFACE

En exécution des décisions prises en Conseil des Ministres les 16 et 17 janvier 2004, le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a chargé le Service public fédéral de Sécurité sociale de rédiger un rapport d'étude sur l'impact exercé par le vieillissement sur les soins de santé et plus précisément sur l'aide à la dépendance (soins de longue durée). Cette étude devrait faciliter le lancement d'un débat de société portant sur les conséquences du vieillissement.

En exécution de cette décision, le Service public fédéral de Sécurité sociale a confié au Hoger Instituut voor de Arbeid de la Katholieke Universiteit van Leuven et au service d'études Socio-Economie de la Santé de l'Université catholique de Louvain, une mission commune : rédiger une étude de faisabilité faisant le point sur les informations nécessaires à l'organisation d'un large débat de société relatif à l'impact du vieillissement sur les soins de santé et les soins de longue durée. Il a été demandé d'identifier les informations nécessaires pour que ce débat puisse se dérouler en toute objectivité, compte tenu des connaissances disponibles à l'étranger et d'identifier dans quelle mesure ces informations sont déjà disponibles en Belgique ; il convenait aussi d'examiner quelle pourrait être la position de notre pays, compte tenu de l'expérience acquise à l'étranger en la matière. Le rapport d'étude demandé doit aussi évoquer la manière d'organiser ce débat en Belgique. Cette mission devait être terminée dans un délai très bref (quatre mois), d'où la nécessité de se servir d'études préexistantes, notamment de celles rédigées par les auteurs du présent rapport, lesquels avaient déjà abordé cette problématique à plusieurs reprises.

Bien que cette mission ait été conçue au départ comme une simple étude de faisabilité, nous avons constaté d'emblée l'abondance croissante des informations disponibles, tant au niveau national qu'international. Nous avons dès lors tenu à rendre compte au maximum de ces informations, de façon à ce que le débat puisse commencer immédiatement, pour autant qu'il ne soit pas déjà en cours. Nous ne souhaitons toutefois pas fournir un « instantané » purement statistique du passé, du présent et de l'avenir, mais avons considéré en tant qu'organisme de recherche académique, que notre devoir consistait en outre à fournir notre propre interprétation de ces informations, à les commenter, à émettre des suggestions en ce qui concerne la politique de santé, son financement et la collecte future d'informations.

Au fur et à mesure que nous avançons dans la rédaction et dans la collecte d'informations, nous avons à maintes reprises, complété nos versions initiales,

avec de nouveaux éléments jugés indispensables, et en relevant les nouvelles lacunes qui nous apparaissaient.

Bien que l'on dénombre plus de six cents pages de rapports et de documentation, une large partie de la discussion n'y a pas encore trouvé place. De nombreuses conclusions stratégiques restent ouvertes : le débat de société devra tenter d'y répondre. Nous avons approfondi les relations entre vieillissement, santé, besoins en matière de soins de santé, infrastructures de soins, offre de soins de santé, soins de professionnels, services informels, ainsi qu'avec la disponibilité, la faisabilité financière et la durabilité de notre système de soins de santé. Si on y trouve de nombreuses informations, tant au niveau des compétences fédérales que communautaires, les aspects suivants n'ont par contre guère été approfondis, car ils concernent le débat global du financement de la sécurité sociale et de la protection sociale dans son ensemble, à savoir : le financement des systèmes et les modalités techniques susceptibles d'améliorer l'efficacité et l'efficience du système.

De façon lapidaire, on peut dire que les soins de santé sont en grande partie consacrés aux personnes âgées. Mais précisons d'emblée que, si les coûts augmentent fortement avec l'âge et l'évolution de la population, le niveau global des dépenses ne résulte que faiblement du vieillissement, mais provient en majeure partie des progrès économiques et sociaux, lesquels constituent le moteur des progrès en matière d'espérance de vie et de qualité de vie. Ce secteur, représente actuellement à lui seul environ 10 % de notre économie, et ce pourcentage pourrait doubler au cours des cinquante prochaines années, jusqu'à s'approcher des 20 % ; il constitue à la fois une réelle opportunité de progrès pour l'avenir, grâce à la création de bien-être et de postes de travail, et aussi un défi pour ce qui est de l'efficacité et de l'efficience de ce secteur.

Les hommes politiques nous disent que la seule attitude possible en l'occurrence se situe à mi-distance entre optimisme et pessimisme : c'est le réalisme. Nous espérons qu'avec les faits et données chiffrées qu'il contient, les évolutions du passé qu'il retrace et les scénarios d'avenir qu'il évoque, le présent rapport permettra de se faire « une petite idée » de la situation réelle du pays. Pour nous, c'est à la fois la « force tranquille » des avancées concrètes - souvent méconnues - réalisées au cours du dernier quart de siècle et « la corne d'abondance » qui pourrait nous attendre, toutes choses restant égales par ailleurs. Ce rapport d'étude ne pourra donner qu'une « petite idée » de la situation réelle, parce que la mission était trop brève pour être exhaustive et parce qu'il s'agit d'un secteur extrêmement complexe. « Petite idée » également parce qu'on ne dispose pas de suffisamment d'informations en matière d'aide aux personnes âgées, ce secteur en pleine expansion commençant seulement à être confronté au « papy-boom », si bien que les situations et les idées peuvent évoluer très vite. Quiconque tente, sur

base de projections, de formuler des prévisions à 50 ans, sait que ces perspectives doivent être continuellement remaniées, sur base des données nouvelles, des évolutions de société, des modifications du système et du progrès des connaissances.

Nous remercions le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique Rudy Demotte qui nous a confié cette importante mission de recherches, touchant à l'essence même de ses compétences. Nous remercions également Ri de Ridder, Tom Auwers, Jan Bertels, Michel Eggermont et Koen Vleminckx qui, de l'Administration ou du Cabinet, ont suivi de près le déroulement de ces recherches. Nous les remercions d'avoir cru dans cette mission et d'avoir témoigné un intérêt enthousiaste pour l'apport potentiel de ces recherches. Nous espérons – et sommes en fait convaincus – que le matériel rassemblé par la présente étude relancera effectivement le débat.

Il nous reste à rendre hommage à la parfaite liberté scientifique dont nous avons - comme il se doit, c'est évident - disposé lors de la réalisation de ce rapport : à tout moment, chacun de nous a pu écrire ce qu'il pensait devoir écrire. C'est pourquoi les conclusions et les recommandations lient uniquement les auteurs, seuls responsables des interprétations et informations, ainsi que des erreurs et fautes éventuellement contenues dans le présent rapport. Tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes : les auteurs de la présente étude ont pu écrire ce qu'ils pensaient devoir écrire et le monde politique peut continuer à faire ce qu'il croit devoir faire.

Pour terminer, nous souhaitons remercier les membres des deux équipes de recherche, et particulièrement : Caroline Artoisenet (SESA), Griet Cattaert (HIVA), Véronique Coudron (HIVA), Xavier Leroy (SESA), Annick Peetermans (HIVA) et Christian Swine (SESA) pour la souplesse, l'implication et l'inspiration dont ils ont fait preuve lors de l'élaboration du présent rapport.

Prof. dr. Jozef Pacolet

Prof. ém. dr. Denise Delière

Hoger Instituut voor de Arbeid

Socio-Économie de la Santé

Katholieke Universiteit Leuven

Université catholique de Louvain

INHOUD

Lijst van afkortingen

xxi

Methodologische inleiding en structuur rapport	1
1. Vraagstelling	2
2. Afbakening van het onderzoeksdomein en onderzoeksmethode	3
2.1 Afbakening onderzoeksdomein	3
2.2 Behoeften : een holistische benadering	5
2.3 Vertaling naar organisatievorm: een exhaustieve benadering van het zorgaanbod	6
2.4 Van micro- naar macro-gegevens : van behoeften over omkadering naar macro-economische bestedingen	7
2.5 Prospectieve analyses	8
2.6 Beleidsanalyse en verloop maatschappelijk debat	9
3. Structuur van het rapport	9
Chapitre 1 / Volet démographique : vieillissement de la population	12
1. L'évolution démographique	13
1.1. D'où vient le vieillissement ? L'analyse du passé	13
1.2. Le vieillissement à venir	15
2. La dépendance démographique	16
3. Autres coefficients de dépendance des âgés	19
3.1. La dépendance socio-démographique et socio-économique des âgés	19
3.2. Les coefficients de dépendance financiers	20
4. La dépendance économique globale	22
5. Le circuit de financement public	23

6. L'âge au décès s'élève	25
7. Les âges à risque accru de morbidité et de dépendance	26
7.1. Quels seuils d'âge ?	26
7.2. Evolutions attendues à risque inchangé	28
7.2.1. Evolutions globales	28
7.2.2. Evolution selon le genre	31
7.3. Evolutions attendues en cas d'amélioration de la santé	32
8. La charge parentale	36
8.1. A seuil d'âge inchangé	36
8.2. En cas d'amélioration de la santé	37
8.3. Réalité et impact de la charge parentale	38
9. Le potentiel d'apport parental ou d'apport intergénérationnel des âgés	39
10. Un vieillissement supplémentaire : le groupe des adultes vieillit aussi	40
11. Nombreux ménages d'une personne	41
12. La Belgique dans le concert européen	43
13. Résumé et conclusions	44
Chapitre 2 / Espérance de vie, morbidité et dépendance	47
<hr/>	
1. Introduction	47
2. Vieillissement, autonomie et dépendance	49
3. Vieillissement, santé et la CIF	50
4. Vieillissement et longévité.	53
4.1. Facteurs de longévité.	53
4.2. Médecine anti-âge ou promotion de la santé ?	55
5. Espérance de vie et longévité.	56
5.1. Relations entre espérance de vie et longévité.	56
5.2. L'espérance de vie en Belgique	57
5.2.1. Importantes différences selon le genre et le niveau d'instruction	57
5.2.2. Le fossé d'espérance de vie va-t-il continuer à se creuser ?	60
6. Espérance de vie en santé et sans incapacité	62
6.1. Les concepts	62
6.1.1. Les méthodes d'évaluation.	62
6.1.2. L'espérance de vie sans incapacité (EVSI)	63

6.2. Espérance de vie et évolution de la morbidité en général et des incapacités	64
6.2.1. Les scénarios possibles	64
6.2.2. Comparaison entre pays.	68
6.2.3. Les différentiels et les inégalités d'espérance de vie sans incapacité	72
7. Santé perçue et incapacités aujourd'hui et demain	74
7.1. L'incapacité : aperçu général	74
7.1.1. Des dépendants plus nombreux, mais une incapacité moins grave	74
7.1.2. Les personnes âgées dépendantes et leur évolution	75
7.2. Morbidité et dépendance en Belgique et en Europe: enquêtes de santé	77
7.3. Santé perçue et espérance de vie en santé	78
7.3.1. La santé perçue	78
7.3.2. Espérance de vie en santé (EVS).	79
7.4. Les Incapacités	81
7.4.1. Les incapacités résultant d'une maladie chronique	81
7.4.2. Incapacités spécifiques	83
7.4.2.1. Atteintes de la vision	83
7.4.2.2. Atteintes de l'audition.	84
7.4.2.3. Santé mentale	85
7.4.2.4. Handicaps de mobilité.	85
7.4.3. Scores de fonctionnement physique.	86
7.4.3.1. Score SF36	86
7.4.3.2. Score OMS de fonctionnement physique	88
7.4.4. Espérance de vie sans incapacité	90
7.5. Discussion à propos de la santé subjective et des incapacités	91
7.6. Comment contribuer activement à la compression de l'incapacité	92
8. Les maladies chroniques et les problèmes associés au vieillissement	94
8.1. Introduction	94
8.2. Fréquence des maladies chroniques en général	97
8.2.1. La situation en Belgique	97
8.2.2. La Belgique dans l'éventail des situations européennes	100
8.3. Maladies cardiovasculaires et insuffisance cardiaque	101
8.4. Ostéoporose, arthrose, chutes et fractures du col	104
9. Démences	107
9.1. Introduction	107
9.2. Prévalence et incidence des démences et de la maladie d'Alzheimer	107
9.3. Les diverses formes de démences irréversibles	110
9.4. La survie à la démence et l'espérance de vie sans démence	111
9.5. Les bases diagnostiques et préventives des démences	112

9.6. La prise en charge: majoritairement informelle et coûteuse.	113
9.7. Quel sera à l'avenir le poids des démences?	115
9.8. Conclusion en matière de démence	117
10. Fragilité et risque de dépendance (déclin fonctionnel).	118
10.1. Les plus de 80 ans ('oldest old')	118
10.2. Fragilité, risque de déclin fonctionnel et évaluation gériatrique	119
10.3. Le patient gériatrique	123
11. Propositions d'action face au vieillissement	127
11.1. Introduction.	127
11.2. Politique de santé face au vieillissement : Objectifs, stratégies et tactiques	128
11.2.1. Objectif	128
11.2.2. Stratégies	129
11.2.3. Tactiques	130
11.3. Dépistage, évaluation et actions sur la fragilité (1 ^è ligne)	133
12. Résumé et conclusions sur la santé, la morbidité et la dépendance	135
12.1. Résumé	135
12.2. Conclusions	139
Chapitre 3/ Qualité de vie	143
<hr/>	
1. La qualité de vie en général	143
1.1. Qualité de vie : définitions	143
1.2. Qualité de vie : mesures dans sa dimension « santé »	144
2. La qualité de vie des personnes âgées	146
2.1. La diversité des personnes âgées	146
2.2. Perception des personnes âgées	147
3. Santé et qualité de vie	147
4. Perception de sa santé	148
4.1. La santé subjective	148
4.1.1. En Belgique	148
4.1.2. A l'étranger	151
4.2. Les plaintes de santé	153
5. Au-delà de la santé	155
5.1. Le logement et l'habitat	155
5.2. Le bien-être social	156
5.3. La retraite	158
6. Comment améliorer la qualité de vie ?	160

1.4. Les soins et l'aide à domicile	220
1.4.1. Les soins infirmiers à domicile (SIAD)	220
1.4.1.1. Tendances du passé	220
1.4.1.2. Perspectives d'avenir des SIAD	230
1.4.2. L'aide à domicile	235
1.4.2.1. Les acteurs de l'aide à domicile et leurs contributions (Enquêtes universitaires)	235
1.4.2.2. Les enquêtes de santé nationales	237
1.5. Recours au kinésithérapeute	239
1.6. Consommation de médicaments	240
1.6.1. Recours aux médicaments prescrits et non prescrits	240
1.6.1.1. En Belgique	240
1.6.1.2. En France	241
1.6.2. Dépenses pharmaceutiques	242
1.6.2.1. En Belgique	242
1.6.2.2. En France	243
1.6.2.3. Comparaison internationale	244
1.7. Les soins en fin de vie	246
1.7.1. Les dépenses de soins de santé à l'approche de la mort	246
1.7.1.1. En Belgique	246
1.7.1.2. En France	249
1.7.1.3. L'avenir des soins en fin de vie	249
1.7.2. Les soins palliatifs	250
1.8. 'Profils' de consommation des plus âgés	253
1.8.1. Les soins : médecins, dentistes, kinésithérapeutes et médicaments	253
1.8.2. Services et institutions de soins	253
1.8.3. Perspectives d'avenir	255
2. Coût budgétaire du vieillissement et dépenses de soins de santé	257
2.1. Le coût budgétaire du vieillissement en Belgique	257
2.1.1. Méthode	257
2.1.2. Résultats globaux : charges de pensions et dépenses de soins de santé	259
2.1.2.1. Scénario de base	259
2.1.2.2. Scénario alternatif	260
2.2. Les dépenses de soins de santé en Belgique	261
2.2.1. Méthode	261
2.2.2. Les dépenses de santé totales	262
2.2.3. Les dépenses publiques de santé	264
2.2.4. Vieillesse des personnels de santé	266

2.3. Vieillessement et dépenses de soins de santé en France	267
2.3.1. Effet morbidité, effet âge et effet génération confirmés	267
2.3.1.1. Multimorbidité = dépenses	267
2.3.1.2. L'effet âge	268
2.3.1.3. La modification des structures de consommation.	268
2.3.1.4. La croissance temporelle (effet « génération »)	269
2.3.2. Les grands consommateurs et le type de dépenses médicales	270
2.3.3. Perspectives d'avenir	271
2.4. Vieillessement et dépenses de soins de santé en Europe	272
2.4.1. Dépenses publiques de soins de santé	272
2.4.2. Dépenses publiques de soins de longue durée	274
2.5. Vieillessement et dépenses de soins de santé au niveau international	277
2.5.1. Dépenses de santé totales	277
2.5.2. Dépenses publiques de soins de santé	278
2.5.3. Dépenses publiques liées à la dépendance	282
3. Conclusion : Impact du vieillissement et réflexions pour l'action	287
3.1. Age, santé et consommation de soins	287
3.2. Les perspectives d'avenir en volume	289
3.2.1. Les facteurs de changement	289
3.2.1.1. L'effet mécanique	289
3.2.1.2. L'effet morbidité	289
3.2.1.3. L'effet « société »	290
3.2.1.4. L'effet « génération »	290
3.2.2. Les perspectives selon divers scénarios	290
3.3. Les perspectives d'avenir des dépenses	292
3.3.1. Les scénarios en Belgique	292
3.3.2. Les scénarios au niveau international	294
3.4. Les bases de discussion pour l'action	295
3.4.1. Politique de ressources humaines	295
3.4.2. Infrastructures et services	297
3.4.3. Optimiser l'usage des soins de santé	298
3.5. Enjeux politiques globaux dans le domaine de la santé	300
3.6. Le financement des dépenses	302
Hoofdstuk 5 / Uitbouw van de zorgvoorzieningen en zorgopname	304
1. Verscheidenheid en beschikbaarheid	304
1.1. België en de drie gewesten	304
1.2. Regionale verschillen	316
1.2.1. Regionale verschillen in de institutionele zorg	316
1.2.2. Regionale verschillen in de thuisverpleging en gezinszorg	322

1.3	Internationale vergelijking zorgaanbod	325
1.3.1	Thuiszorg of institutionele zorg of beide	325
1.3.2	Internationale vergelijking institutionele zorg	326
1.3.3	Internationale vergelijking thuiszorg	328
1.4	Ongedekte behoeften in België/Vlaanderen	329
1.4.1	Thuiszorg	329
1.4.2	Mantelzorg en formele zorg	334
1.4.3	Residentiële zorg	336
2.	Toegankelijkheid en betaalbaarheid	340
2.1	Financiering en betaalbaarheid	341
2.2	'Arm maakt ziek'	342
2.3	Van sociale en fiscale franchise over maximumfactuur in België naar deze in Vlaanderen	345
2.3.1	Regelgeving	345
2.3.2	De effectiviteit van de MAF	347
2.4	Dreigende dualisering? Rantsoenering naar leeftijd?	350
3.	Vermarkting en privatisering	351
3.1	Aandeel privé/publiek in de gezondheidszorg en de ouderenzorg	351
3.2	Aanvullende verzekeringen	357
3.2.1	Aanvullende pensioenvoorzieningen	357
3.2.2	Aanvullende ziekteverzekeringen	357
3.3	Relatief belang publiek/privaat aanbod voor ouderenvoorzieningen	368
3.4	Vermarkting in de zorg	371
4	Kwaliteit van het aanbod van de zorg	372
4.1	Aandacht voor kwaliteit in het algemene gezondheidsbeleid	372
4.2	De kwaliteitswetgeving	374
4.3	Specifieke initiatieven inzake kwaliteit van zorg	374
4.3.1	Wet op de patiëntenrechten	374
4.3.2	Andere initiatieven	376
4.4	Invoering opnameverklaring	377
4.5	Beleidsparticipatie ouderen	377
4.6	Een eerste indicator van kwaliteit: het aantal éénpersoonkamers	377
4.7	De kost van gebrek aan kwaliteit	382
5.	Samenwerking eerstelijnszorg/welzijnszorg-gezondheidszorg	382
Hoofdstuk 6 / Financiering van de gezondheids- en ouderenzorg op micro-, meso- en macroniveau		386
<hr/>		
1.	Aandeel gezondheidszorguitgaven voor ouderen	387
1.1	Aandeel ouderenzorg in RIZIV-uitgaven	387

1.2	Totale RIZIV-uitgaven naar leeftijd	387
1.3	Totale zorguitgaven voor gezondheid en welzijn in België en zijn gemeenschappen	391
1.3.1	België:bepaalde en toch ook substantiële private uitgaven	393
1.3.2	Vlaamse Gemeenschap:het mirakel van de zorgverzekering versus de stille kracht van de tegemoetkoming hulp aan bejaarden op federaal niveau	395
1.3.3	Franse/Duitstalige Gemeenschap:de last weegt zwaarder	396
1.3.4	Vlaamse Gemeenschap	413
1.3.5	Franse Gemeenschap	416
1.3.6	Investeringen in infrastructuur in de Vlaamse Gemeenschap	416
1.4	Totale zorguitgaven (publiek en privé) als % van BBP	417
1.5	Internationale vergelijking	422
1.5.1	Aandeel ouderen in gezondheidszorg en LTC-uitgaven	422
1.5.2	Situering LTC uitgaven ouderen in recente OESO-studie	426
1.5.3	Situering totale gezondheidszorguitgaven in België	430
1.6	Kost van de zorg voor personen met de ziekte van Alzheimer en dementie	435
2.	Macro-economische betekenis van de gezondheidszorguitgaven gisteren, vandaag en morgen, en zijn componenten	437
2.1	Opsplitsing van de evolutie van de uitgaven in de componenten	437
2.2	Demografische evolutie	439
2.3	Afhankelijkheid	442
2.3.1	België	442
2.3.2	Internationaal	443
2.4	Decompositie van de evolutie van de zorguitgaven	448
2.4.1	Retrospectieve analyse:prijs en volume-effecten ontrafeld	448
2.4.2	Prijs- en volume-effecten in het buitenland	449
2.4.3	Evolutie reële uitgaven en werkgelegenheid in de zorgsector:verleden en korte-termijn perspectieven	450
2.4.4	Prospectieve analyse	454
2.4.4.1	Hypothesen van het Federaal Planbureau	454
2.4.4.2	Vergelijking met gedetailleerde manpowerplanning	456
2.4.4.3	Verdere illustratie van de impact van de vergrijzing op de gezondheidszorguitgaven in België en de gemeenschappen	456
2.4.5	De financiering van de zorguitgaven, privaat en publiek, zal moeten stijgen:het 'Baumol-effect' geconcretiseerd	464
2.4.6	De betaalbaarheid van de zorguitgaven:het 'Baumol-effect' geïllustreerd als 'de hoorn des overvloeds'	470
2.4.7	Drie opeenvolgende generaties van ouderen achter een toekomstverkenning van 50 jaar	473

2.4.8	Internationale prospectieve analyses	476
2.4.8.1	EPC	476
2.4.8.2	Prognoses voor LTC voorzieningen in detail	480
2.4.9	Conclusies	482
3.	Professionele zorg	483
3.1	Werkgelegenheidsevolutie	483
3.1.1	Verleden: motor van jobcreatie en economische ontwikkeling	484
3.1.2	Toenemende zelfstandige tewerkstelling	487
3.1.3	Evolutie naar sector en kwalificatie	491
3.2	Werkgelegenheidsperspectieven	492
3.2.1	Prognoses op korte termijn	492
3.2.2	Globale prognoses op middellange en lange termijn	496
3.2.3	'The sky is the limit'?	498
3.2.4	Toekomstige evolutie naar subsectoren en beroepsgroep	499
3.2.5	Interesse voor het beroep of alvast voor de opleiding	502
3.2.6	Tekorten of voldoende beroepskrachten voor de zorgsector?	503
3.2.7	Uitbouw zorgtewerkstelling in Europees perspectief	505
3.2.8	Conclusie	510
4.	Professionele zorg én informele zorg	511
4.1	Beschikbaarheid van mantelzorg versus professionele zorg.	512
5.	Het groeiende belang van verlostelsels expliciet en impliciet gericht op betaling van zorg en vergoeding van mantelzorg	519
5.1	Vergoedingen voor de opvang en opvoeding van een kind	520
5.2	Vergoedingen voor de verzorging van een zwaar ziek of palliatief gezinslid	521
5.3	Tijdskrediet	522
5.4	Vlaamse aanmoedigingspremies	522
5.5	Vergoedingen betaald ter ondersteuning van de (mantel)zorg	523
5.5.1	Federale vergoedingen	523
5.5.1.1	De tegemoetkoming hulp aan bejaarden	523
5.5.1.2	Vergoedingen in het kader van de 'maatregelen chronische zieken'	524
5.5.1.3	De vergoeding 'hulp van derden' van het RIZIV	524
5.5.2	De Vlaamse zorgverzekering	525
5.5.3	Premies van lokale overheden	525
5.5.4	Premies of vergoedingen van privé-instanties	525
5.6	In cash versus in kind of nieuwe alternatieven	526
6.	De uitbouw van de zorgverzekering in België en Vlaanderen in Europees perspectief	526
6.1	Langdurige zorg een onderverzekerd risico	526

6.2	Stelsels van sociale bescherming en de plaats van de zorgverzekering	527
6.3	Karakteristieken van de zorgverzekering: doortrekken van traditie en toenadering naar andere tradities	530
6.4	De uitbouw van de zorgverzekering in Vlaanderen	533
6.5	De afwezige zorgverzekering voor de Franse Gemeenschap	537
6.6	De zorgverzekering als expliciete transitie van een acuut naar een chronisch zorgsysteem	538
6.7	Conclusie	539
Hoofdstuk 7 / Situering van België in het beleidsdebat omtrent de impact van de vergrijzing in internationaal perspectief		540
<hr/>		
1.	'Think global': aanzwengelen van het debat internationaal	541
1.1	OESO: Gezondheidszorg en 'long term care': cijfers, feiten en beleidsdebat	542
1.2	Europese Unie: vrijwaren van toegankelijkheid, kwaliteit en financiële duurzaamheid en levensvatbaarheid	551
2.	Debat in een aantal buurlanden: Nederland, Duitsland, Verenigd Koninkrijk en Frankrijk	557
2.1	Nederland	557
2.2	Duitsland	561
2.3	Frankrijk	563
2.4	Verenigd Koninkrijk	566
3.	'Act local': conclusies voor het debat in België	571
Chapitre 8 / Questions de recherche et système d'information		575
<hr/>		
1.	Recherches internationales en cours	575
2.	Thèmes de recherche à développer	577
2.1.	Population	577
2.2.	Espérance de vie, morbidité et dépendance	578
2.3.	Qualité de vie des aînés	579
2.4.	Services aux aînés	580
2.5.	Consommation de soins	582
3.	Systèmes d'information	584
3.1.	Rapports	584
3.2.	Tableaux de bord	585
3.3.	Développement de systèmes d'information en santé dans une perspective de bonne gestion	585

Bijlagen	590
Annexe 1 : Evolution de la population – Belgique - 1995 – 2050	591
Annexe 2: Paramètres pour l'estimation des « besoins » à venir et Evolution estimée	593
Annexe 3: Evaluation des niveaux de dépendance	599
Bijlage 4 : Voorzieningen en sociale bescherming voor ouderen in België en de drie gewesten, 1990 - 2003	601
Bijlage 5: Vergelijking bevolkingsprognoses	622
Bijlage 6: Verklaring van bronnen bij de berekening van de publieke en private financiering van de gezondheidszorg en de LTC	623
Bijlage 7: BBP/capita	627
Bijlage 8: ZIV uitgaven met al dan niet voorkeurregeling	629
Bijlage 9: Totale tewerkstelling in de gezondheidszorg naar gewest	631
Bibliografie	635

LIJST VAN AFKORTINGEN

AARP	American Association Retired Persons
ADL	Algemeen Dagelijkse Leven
AWP	Ageing Working Party
BBP	Bruto Binnenlands Product
BVVO	Beroepsvereniging der Verzekeringsondernemingen
CM	Christelijke Mutualiteit
EPC	Economic Policy Committee
EU	Europese Unie
FOD	Federale Overheidsdienst
HADL	Huishoudelijke activiteiten van het dagelijkse leven
HIVA	Hoger Instituut voor de Arbeid
IADL	Instrumentele Activiteiten van Dagelijks Leven
IGSS	Inspection générale de la sécurité sociale (Luxemburg)
LTC	Long term care
MAF	Maximumfactuur
MISSOC	Mutual Information System on Social Protection in the EU
OESO	Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling
PAB	Persoonlijk Assistentiebudget

PGB	Persoonsgebonden Budget
PSSRU	Personal Social Services Research Unit
PUG	Primaire Uitkeringsgerechtigden
RVA	Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening
RVT	Rust- en Verzorgingstehuis
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SERV	Sociaal-Economische Raad van Vlaanderen
SESA	Socio-Economie de la Santé
VIPA	Vlaams Infrastructuurfonds voor Persoonsgebonden Aangelegenheden
VVI	Verbond der Verzorgingsinstellingen
WHO	World Health Organisation

METHODOLOGISCHE INLEIDING EN STRUCTUUR RAPPORT

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

Het is begrijpelijk dat dit maatschappelijk debat nu pas op gang komt, enige tijd na de discussie over de levensvatbaarheid van de pensioenen, omdat de gevolgen van de vergrijzing zich ook later in de tijd zullen voordoen als de babyboomgeneraties hoogbejaard zullen zijn. Het is mede begrijpelijk dat dit debat later op gang komt omdat de zorgsector waar die gevolgen moeten opgevangen worden een relatief 'jonge' sector is zodat de informatieleemten nog aanzienlijk zijn, maar ook - misschien mede daardoor - is de voorspellende waarde van toekomstverkenningen over de impact van de vergrijzing nog gebrekkig zodat weinigen zich wagen aan dergelijke toekomstverkenningen.

Het is onmogelijk om ook maar te beweren dat op korte termijn een volledige inventaris kan gemaakt worden van wat wij weten en zouden moeten weten in dit verband, maar tegelijk zou het onverantwoord zijn om die reden het maatschappelijk debat uit te stellen en zich te beperken tot een onderzoeksagenda voor het invullen van de leemten. Wij geven er de voorkeur aan om vertrekkende van een inventaris van de aspecten van de relatie bevolking-vergrijzing-afhankelijkheid-behoefte-zorgopname-zorgomkadering-zorgkostprijs-zorgfinanciering, de voornaamste informatiebronnen en meest recente studies in België te screenen en de relevante informatie daaruit te weerhouden, en dit te toetsen aan internationale vergelijkbare informatie. Het is niet de bedoeling om hier Europees comparatief onderzoek te realiseren maar wij verwijzen wel naar ofwel comparatieve studies of internationale ervaring om de meest noodzakelijke parameters in beeld te brengen en na te gaan of deze informatie voor België beschikbaar is. Dit schema wordt dan ook wat de invulling betreft vergeleken met

internationale evidentie, met name WHO, OESO en EU en een aantal specifieke landen.

Het zou verder onjuist zijn om te beweren dat hierover in België weinig exact cijfermateriaal beschikbaar is. Diverse ad hoc studies over de omvang en determinanten van gezondheidszorg en ouderenzorg maar ook systematische toekomstverkenningen als deze van het Federaal Planbureau over de sociale uitgaven, bevatten systematisch elementen of partiële informatie die het maatschappelijk debat kunnen stofferen. Daarom dat deze eerste synthese het bruikbare materiaal voor een debat wenst te filteren om zo de leemten te identificeren.

Wij definiëren de opdracht hierna vertrekkende van de vraagstelling, om te vervolgen met een afbakening van het onderzoeksdomein en onderzoeksmethode en te eindigen met de verdere structuur van dit rapport.

1. Vraagstelling

De onderzoeksopdracht van de Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid specificeert op basis van de beslissing van de bijzondere Ministerraad van Gemboux van 16 en 17 januari 2004 expliciet de informatie dat een beleidsinformatiesysteem moet bevatten om een maatschappelijk debat te kunnen voeren over de impact van de vergrijzing op gezondheidszorg en de ouderenzorg. De opdrachtgever verwacht een studierapport *over de ontwikkeling van de behoeften inzake ouderenzorg, de noodzakelijke aanpassingen van het aanbod teneinde rekening te houden met de veranderingen in de verwachtingen van de ouderen zelf, onder andere wat betreft toename aan preventief gebruik van zorg, en een geselecteerd aantal andere elementen die de vraag zullen beïnvloeden (...), de draagkracht van de mantelzorg, de ontwikkeling van de totale en van de publiek gedekte kostprijs van de zorg en van het private kostenrisico en de noodzakelijke evolutie van het arbeidsaanbod en van de materiële infrastructuur in de zorgsector.*

Deze opsomming illustreert de graad van exhaustiviteit die men nastreeft in de inventaris van de diverse facetten en mogelijke beleidsaandachtspunten. Achtereenvolgens schetsen wij het analyseschema dat wij hebben aangehouden, de onderzoeksmethodologie en de structurering van de resultaten.

2. Afbakening van het onderzoeksdomein en onderzoeksmethode

2.1 Afbakening onderzoeksdomein

Wat de afbakening van het domein betreft, wensen wij ons niet te beperken tot ouderenzorg. De impact van de vergrijzing wordt doorgaans onderverdeeld in zijn effecten op de gezondheidszorg en de overige zorgsectoren ('health insurance and long term care insurance'). Alhoewel deze systemen institutioneel van land tot land verschillen, is in de realiteit van de zorgsector en vooral de impact van de vergrijzing dit onderscheid moeilijk te maken. Bij vroegere studies omtrent de sociale bescherming van ouderen (in casu gezondheid en ouderenzorg), waarop wij onderstaande benadering ten dele inspireren, gingen wij verder uit van een macro-, meso- en microbenadering. Op deze domeinen werd vooral aan 'fact-finding' gedaan. Daarnaast werd het maatschappelijk debat terzake geschetst. Wij stellen voor de omschrijving te hanteren die de EU recent hanteerde in de Mededeling van de Commissie over een gezamenlijk verslag 'Gezondheidszorg en ouderenzorg' ("health care and care for the elderly"), wat een iets engere definitie is als 'long term care' in het algemeen die niet specifiek alleen op de ouderen gericht is, of de nog ruimere 'social care'.

De invalshoek naar leeftijd is hier belangrijk. Het valt ondermeer in de recente Eurostat "Health Statistics Key data on health 2002" op dat deze dimensie van gezondheid en gezondheidszorg naar leeftijd beperkt is gedocumenteerd. Zo onderzocht de Luxemburgse "Inspection générale de la sécurité sociale" voor rekening van Eurostat de mogelijkheden om 'Health Accounts by age and gender' op te splitsen wat de moeilijkheidsgraad van de praktische realisatie van het gevraagde informatiesysteem illustreert. Het zal moeten bouwen op een nog in ontwikkeling zijnde systeem van statistiekopbouw in de zorgsector, naar al deze dimensies. Eurostat zegt hierover zelf: (Eurostat, 2003, p. 319): "Substantial resources and time will be required in all Member States before Time series data are available, based on the new concept" (van zorgrekeningen, System of Health Accounts, ook naar leeftijd).

Wij hanteren de analyseschema's die wij in een drietal Europese onderzoeken hanteerden om een inventaris te maken van de sociale bescherming van een ouder wordende bevolking in Europa. Het analyseschema introduceert zowel een micro-meso- als macro-dimensie in de dataverzameling en laat ook toe de samenhang tussen micro-informatie (voornamelijk omtrent de afhankelijkheid van de bevolking, de leefsituatie, de mantelzorg), het meso-niveau – met inbegrip van personeelsuitgaven en omkadering en het macro-niveau, met name de uitgaven voor gezondheid (en ouderenzorg) in beeld te brengen. Dit onderscheid is voor alle dimensies van de relatie vergrijzing – sociale bescherming op het vlak van gezondheidszorg en ouderenzorg relevant. Zo verwijst het micro-niveau naar de

socio-demografische factoren van de leefsituatie en afhankelijkheid die op geaggregeerd niveau vertaald worden in demografische en epidemiologische gegevens.

De vroegere Europese studies gingen ook uitgebreid in op het institutioneel kader en het beleidsdebat terzake en de mate dat dit wijzigde, en dit zowel op het vlak van deelaspecten – bijvoorbeeld is men voorstander voor meer in cash ondersteuning of in kind- als meer structurele beslissingen als creëert men een “long term care insurance” of niet en indien men zij wenst te creëren, hoe organiseert men deze.

Het lijkt ons opportuun voor elke van de hierna in te vullen domeinen zowel de huidige situatie, eventueel de voorbije jaren, als de toekomstverkenningen samen in deelhoofdstukken onder te brengen. Elk deelhoofdstuk bevat dus een blik op het (nabije) verleden, het heden en de nabije en verre toekomst. Wij realiseren ons de moeilijkheidsgraad van deze gecombineerde voorstelling van historische en prospectieve informatie. Diegenen die met planningstudies bezig zijn (ondermeer het Federaal Planbureau) tonen aan dat dit perfect op een overzichtelijke manier mogelijk is. Het is ook noodzakelijk om voor het maatschappelijk debat over de impact van de vergrijzing op korte termijn nauwkeurig op het netvlies te hebben wat er de jongste jaren is gebeurd. Wij stellen informatieverzameling voor rond 2000–2001, met terugblik tot 1995 en vooruitblik tot 2005–2007 (Nederland hanteert ondermeer een planninghorizon in zijn toekomstverkenningen voor de zorgsector van 5 jaar) en lange termijn scenario's tot 2020. De toekomstverkenningen van de sociale zekerheid van het Federaal Planbureau kijken 50 jaar vooruit, en het Economic Policy Committee overweegt zijn toekomstscenario's tot 2070 door te trekken. De WHO maakte ook recent projecties van de afhankelijkheid tot 2050, wat toeliet voor bijvoorbeeld de West-Europese economieën te constateren dat de groei in de zorgafhankelijkheid zich tot 2020 zou manifesteren, om nadien minder uitgesproken te worden. Het besef van de relativiteit van een uiteenlopende tijdshorizon, en ook de relevantie omdat sommige problemen zich eerder in de tijd zullen voordoen dan andere, maakt dat de afbakening van het toekomsthorizon het discours beïnvloedt en bijgevolg niet neutraal is.

2.2 Behoeften : een holistische benadering

Te vervullen noden	Financiering											
	Sociale bijstand		Private medeverzekering		Private verzekering		Verplichte private verzekering		Beroepszorg		Sociale zekerheid	Publieke financiering van
	Bejaarden Familie				Pensioenen	Andere Gezondheid				Publieke diensten (incl. org.)	Private sector zonder winst- toogmerk	Private sector met winst- toogmerk
<input type="checkbox"/> Inkomen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Huisvesting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Verblijfskosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Zorgkosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kost. v. medische beh.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Informele zorg (en opportuniteitskosten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rechtsbescherming	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bron: Pacolet, Bouten, Lanoye, Versieck, 1998, p.40

Schema 1 Risico's en dekking van risico's in de ouderenzorg

Bovenstaand schema hanteerden wij om de inventaris te maken van de sociale bescherming voor hulpbehoevende oudere personen in de EU. Het vertrekt van een holistische visie op de noden van een bevolking omwille van afhankelijkheid (ook dit dient in ruime zin gedefinieerd te worden) en de systemen die deze noden vervullen. Hierin situeren zich de medische zorg, maar ook de overige zorgkosten, informele zorg, etc., en de financiering door de systemen van sociale bescherming of private voorzorg.

2.3 Vertaling naar organisatievorm: een exhaustieve benadering van het zorgaanbod

■ Organisatievorm				■ Financieringsvorm		
				Informele sector	Formele sector	
					<i>Privaat</i>	<i>Publiek</i>
■ In cash Financiële steun				Zelfhulp, wederzijdse hulp (altruïsme en liefdadigheid)	Verzekering en sparen (via repartitie- of fondsvorming)	Transfers (sociale zekerheid, bestaansminimum)
	■ In kind In natura, onder de vorm van diensten	□ Informele zorg			Zelfhulp (hulp van het sociaal netwerk)	Betaald vrijwilligerswerk
□ Formele professionele zorg		<i>Privaat</i>	Met winstoogmerk (commercieel)	Soms commerciële organisators van liefdadigheids acties	Commerciële ondernemingen op de private markt	Organisaties met winstoogmerk op een gesubsidieerde markt
			Zonder winstoogmerk	Private sector zonder winstoogmerk gesponsord door liefdadigheid	Eigen bijdragen	Gesubsidieerde private sector zonder winstoogmerk
		<i>Publiek</i>			Eigen bijdragen	Volledig publiek gefinancierd

Bron: Pacolet, Bouten, Lanoye, Versieck, 1998.

Figuur 1 Matrix over de financiering en organisatie van bejaardenzorg

De zorgbehoeften kunnen ingevuld worden via diverse types van voorzieningen in intramurale, extramurale en transmurale voorzieningen in de gezondheids- en welzijnszorg of ouderenzorg in de professionele sfeer, maar evenzeer blijft de informele sfeer of de mantelzorg en de ondersteuning voor de zelfzorg een belangrijke aanbieder van zorg. Het onderscheid tussen in cash en in kind hulp wordt hier vaak gehanteerd, en ook de diverse tussenvormen als persoonsgebonden budget en vouchers. Het aanbod kan door diverse actoren worden georganiseerd: de publieke sector, de private non-profit en de commerciële aanbieders en vrije beroepen.

Bij onze analyse voor 15 EU lidstaten van de sociale bescherming van de ouderen werd dit schema succesvol gehanteerd voor een aantal aspecten, voor een aantal andere (ondermeer de eigendomsstructuur van de zorgverstrekkers) ontbreekt bijna alle informatie. Desalniettemin blijven wij dit schema hanteren als een gouden standaard voor de informatiebehoeften voor steeds nieuwe maatschappelijke discussiepunten, die staan voor maatschappelijke keuzen die men wenst te maken. Zo concludeerden wij in een studie van 1998 dat ondanks het groeiende discours van een voorkeur voor in cash hulp, de facto een verdere expansie van de voorzieningen (in kind) te observeren was. Een meest recente OESO- studie (en parallel daarmee recente studies van "The Public Policy

Institute” van de “American Association Retired Persons”) beklemtonen het belang van de directe betalingen aan de ouderen en/of zijn familie en de mogelijkheden van vraaggestuurde zorg (‘consumer direction and choice’). Bovenstaande schema kan de transitie in de organisatie en financieringsvormen monitoren.

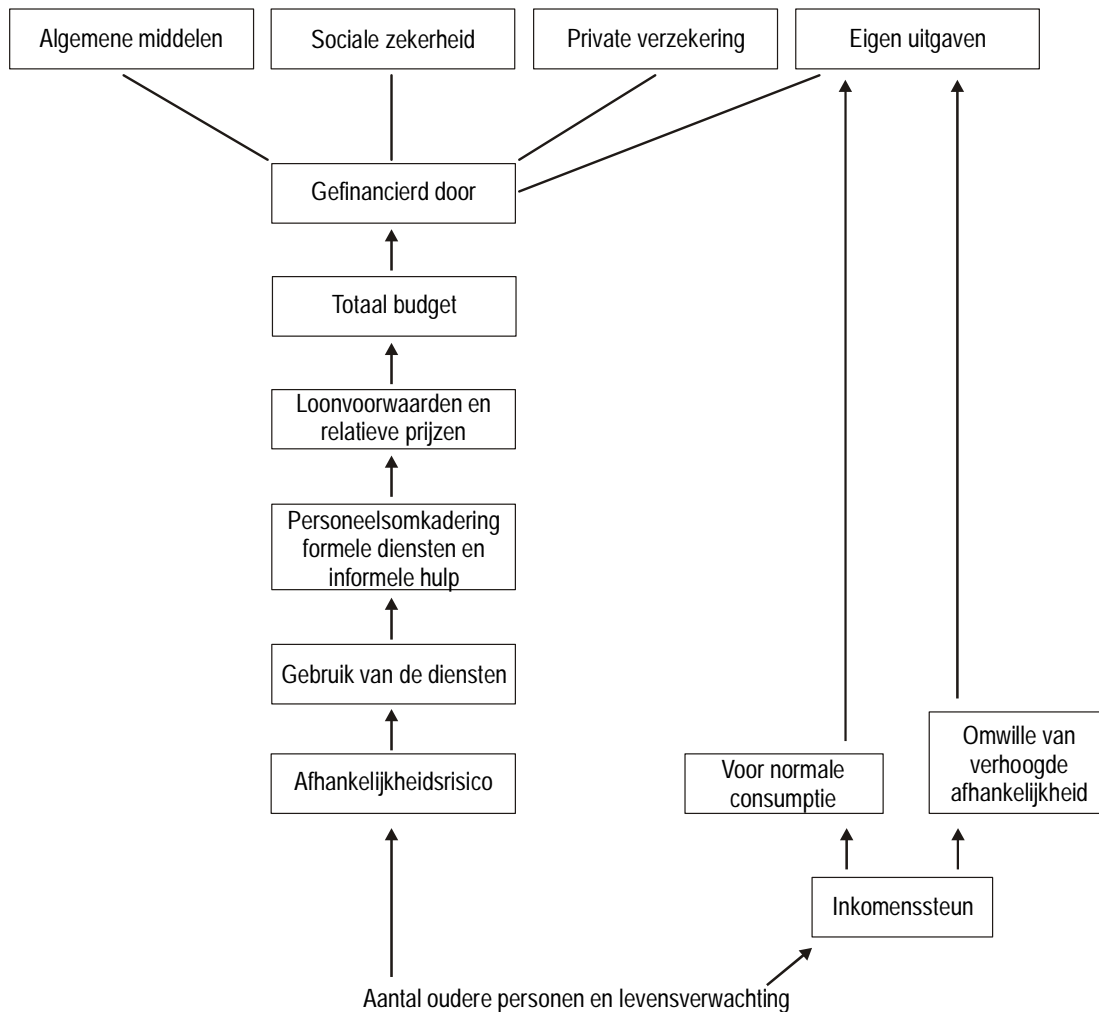
Dit schema laat nog toe een andere aandachtspunt van het zorgsysteem in de verf te zetten, met name de (overweldigende) omvang van de informele zorg die in de thuiszorg in (arbeids-)tijd het vijfvoudige en zelfs meer uitmaakt van de professionele zorg.

Tenslotte laat dit schema ook toe, voor zover informatie beschikbaar is – internationaal is dit amper het geval, nationaal is dit wel doenbaar – , een beeld te schetsen van de verschuivingen in de zorgsector tussen de private non profit verstrekkers, de publieke non-profit en de “for profit” of commerciële aanbieders. De zogenaamde vermarkting van de sector wordt daarmee in beeld gebracht.

2.4 Van micro- naar macro-gegevens : van behoeften over omkadering naar macro-economische bestedingen

Onderstaand schema vat de verdere samenhang samen tussen de afhankelijkheid van de ouder wordende bevolking, hun opname van voorzieningen, de manpower implicaties van deze zorgvormen en de overige kosten en uiteindelijk het macro-economisch kostenplaatje. Volgens dezelfde lijn kan ook de toekomstverkenning van de impact van de vergrijzing van de bevolking in kaart worden gebracht. Opnieuw kan hier de informatieverzameling op diverse niveaus van detail georganiseerd worden. Soms beperkt men zich tot de geaggregeerde uitgaven van de ziekteverzekering of de ‘long term care’ in functie van de leeftijd. Meer en meer wordt echter afgedaald op het niveau van het zorggebruik in functie van de socio-demografische factoren en de afhankelijkheid, en wordt dit vertaald naar manpowerbehoeften (ondermeer de eigen manpowerplanningstudies van HIVA en SESA voor de zorgsector) of naar financieringsbehoeften. Bepaalde buitenlandse studies (als PSSRU) introduceren hier bovendien een parameter loon, zodat ook hieromtrent bepaalde hypothesen kunnen aangenomen of gemoduleerd worden. De vertaling naar beroepskrachten stelt naast de gemiddelde kost, ook de vraag naar de mix van deze beroepskrachten, en finaal ook de vraag naar voldoende instroom van beroepskrachten op termijn voor de zorgsector. Deze verbijzondering naar manpower-implicaties en financieringsimplicaties in internationaal perspectief kan best aansluiting vinden met de inspanningen die Europees en in OESO-verband worden geleverd om ‘health- en long term care accounts’ op te stellen, alsmede “human resources accounts” (zie ook de aandacht hiervoor in de Eurostat Health Statistics Keydata on Health 2002).

De totale uitgaven voor gezondheidszorg en ouderenzorg vormen tenslotte een belangrijke parameter in de discussie omtrent de betaalbaarheid of duurzaamheid van het huidige stelsel van sociale bescherming in functie van de vergrijzing van de bevolking. De macro-economische vergelijkbaarheid vandaag en morgen van ook deze bestedingen dient te verlopen binnen de begripsomschrijvingen die thans op het vlak van de OESO en Eurostat worden gehanteerd.



Figuur 2 Macro-inschatting van het afhankelijkheidsrisico omwille van ouderdom

2.5 Prospectieve analyses

Het belangrijkste verschil met tal van studies op bovenvermelde domeinen en ondermeer de eigen vroegere studie van het HIVA over de sociale bescherming van ouderen is dat zij nu ook prospectief moet ingevuld worden. Ondanks de problemen die zich stellen om over het heden internationaal vergelijkbare en exhaustieve informatie te bekomen over de hierboven geschetste dimensies van de sociale bescherming van de ouderen is er een toenemende belangstelling om ook de impact van de komende vergrijzing in kaart te brengen. Ondermeer Europees

zijn er de werkzaamheden van het 'Economic Policy Committee' dat ook gedetailleerde berekeningen maakte omtrent de impact van de vergrijzing. Nationaal zijn er de toekomstverkenningen (overigens deels gekoppeld aan deze toekomstverkenningen van het Economic Policy Committee) van het Federaal Planbureau. Daarnaast zijn er talrijke ad hoc studies op nationaal niveau of op het niveau van de gemeenschappen die de behoeften aan zorg inschatten. Op het vlak van de manpowerstatistieken kan aangesloten worden bij een jarenlange ervaring van het HIVA en het SESA voor een aantal zorgberoepen en is er het rekenmodel voor het medisch aanbod van de Planningcel Medisch Aanbod van de FOD Volksgezondheid.

2.6 Beleidsanalyse en verloop maatschappelijk debat

3. Structuur van het rapport

De onderzoeksopdracht wordt opgevat als een haalbaarheidstudie voor het opstellen van de voornaamste parameters die men wenst in kaart te brengen voor een geïnformeerd maatschappelijk debat omtrent de impact van de vergrijzing op gezondheidszorg en ouderenzorg.

Vertrekkende van het zicht op de nationale en internationale oefeningen ter zake werd zal een selectie worden gemaakt van de beleidsparameters waarover men informatie moet ter beschikking hebben, en welke daarvan reeds ingevuld zijn. In de mate dat deze informatie reeds beschikbaar is vormt elk hoofdstuk waarin deze informatie samengebracht is een prototype van rapportering voor in de toekomst te hernemen of uit te diepen beleidsinformatie.

Dit vertrekt van een inventaris van de voornaamste instanties die in België en in internationaal verband deze informatie aanbrenge, en van de stand van zaken van dit materiaal voor België.

Deze hoofdstukken volgen de clusters van informatieaandachtspunten vermeld in het lastenboek voor deze offertevraag.

De voornaamste moeilijkheidsgraad bij deze dataverzameling is dat niet alleen feiten maar ook cijfers over vandaag en gisteren en liefst ook met de projecties voor morgen, moeten gevonden worden.

Er bestaan tal van beschrijvingen van de organisatie van de gezondheidszorg en zijn institutionele mechanismen (bijvoorbeeld MISSOC op Europees vlak). Wanneer het er op aan komt betrouwbare en interpreteerbare cijfers te vinden, die afwijken van courante administratieve rapportages (bijvoorbeeld het vademecum voor de Begroting van de Sociale Zekerheid) wordt de informatieverzameling

moeilijker. Wanneer deze feiten dan nog moeten in verband gebracht worden met één factor, hier de vergrijzing van de bevolking vandaag en vooral ook morgen, wordt de opdracht nog moeilijker. Nochtans hebben wij vanuit een eigen onderzoekstraditie omtrent de voorzieningen voor de ouderen in Europees en Belgisch perspectief ondervonden dat er wel een samenhangend beeld kan gedefinieerd worden, en geleidelijk aan ingevuld.¹

Dit rapport wenst in eerste instantie een concrete cijfermatige beschrijving te geven van de impact van de vergrijzing op de zorg, zodat zij enig houvast kan bieden omtrent de relatieve omvang van bepaalde fenomenen/problemen en omdat zij ook gemakkelijker internationaal kan vergeleken, en dus gerelateerd en eventueel zelfs gerelativeerd worden. Het feit dat er vergelijkbare inspanningen op internationaal vlak gebeuren (ondermeer OESO, Eurostat voor bepaalde domeinen) maakt internationale “benchmarking” eenvoudiger. Dergelijke “fact finding” wordt hier voor België uitgevoerd, beginnende met demografie en eindigend met de macro-economische budgettaire gevolgen van de vergrijzing, zoals in feite geschetst in figuur 2 hierboven. De informatie wordt telkens vanuit vier invalshoeken bekeken: België vandaag en teruggaand in de tijd (retrospectief); België in regionaal perspectief; België prospectief; België in internationaal perspectief.

Mogelijkheden en noodzaak om benchmarking te organiseren van deze ‘fact finding’ is voorzien. Deze eerste situering van de vereisten voor deze fact finding illustreren dat het opgeleverde rapport enkel als prototype van methodologie kan beschouwd worden, waarvan de invulling tentatief geschiedt maar uiteraard volgens het principe van ‘the best practical technology’.

Deze hoofdstukken, die het meest uitgebreid werden, omvatten standaardtabellen/grafieken die een ‘voorlopige rapportage over de toestand van de impact van de vergrijzing op onze gezondheidszorg en ouderenzorg’ uitmaken. Het zou een prototype van rapportering kunnen opleveren omtrent deze impact van de vergrijzing op de ouderenzorg en gezondheidszorg naar de toekomst.

De informatie moet telkens geschetst worden op het huidige moment, en met de relevante toekomstverkenningen (indien daarover informatie beschikbaar is). Bij de selectie van de tabellen hebben wij ons laten leiden door de minimale dataset die in internationaal perspectief in ontwikkeling is, m.n. voor de benchmarking op Europees niveau.

¹ Een voorbeeld van zuivere fact finding was een hoofdstuk over de impact van de vergrijzing in het Jaarverslag Sociale Zekerheid van 2000 van de Administratie Sociale Zaken.

Naarmate de informatie aangroeide en de inzichten duidelijker werden, hebben wij ook meer interpretaties en beleidsconclusies toegevoegd aan de rapportering. In een apart hoofdstuk werden een aantal concrete aanbevelingen samen gebracht voor het gezondheids- en gezondheidszorgbeleid dat specifiek ingaat op de uitdagingen van de vergrijzing. Tevens wordt nagegaan welke informatieleemten dringend dienden aangepakt te worden en hoe de overheid het maatschappelijk debat hierover kan stofferen. Tenslotte is ook in een apart hoofdstuk ingegaan hoe dit debat zich op het niveau van de EU, de OESO en in de buurlanden Nederland, Frankrijk, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk aan het ontwikkelen is. Ook hier waren belangrijke lessen te trekken voor het debat in eigen land.

‘Many of our oldest old are ‘surprised survivors’, individuals who grew up in a world where interrupted lives and broken ties were common, due to infectious disease and life’s many dangers. They never dreamed of becoming as old as they now are. These our oldest, in many countries, still do not take life for granted and will automatically, as they always have, add a short phrase when plans for future events are being made: ‘If we live’, or ‘God willing’ (Hagestad, 1999,p.1 , geciteerd in Jacobs, 2004, p. 33).

CHAPITRE 1. VOLET DÉMOGRAPHIQUE : VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Le vieillissement comporte deux faces :

- une face bénéfique (appelons la « rose ») : l'allongement de la vie constitue en grande partie un progrès au niveau individuel, et une richesse au niveau sociétal, par l'apport des générations aînées à la vie sociale et économique du pays.
- une face plus difficile (disons « grise ») au niveau collectif, laquelle suscite une double inquiétude : d'une part, une dépendance démographique accrue, susceptible d'handicaper les capacités de financement des systèmes de protection sociale, d'autre part, une pression sur les dépenses de sécurité sociale, notamment en matière de santé.

Toutefois, il faut se garder des conclusions hâtives que pourrait entraîner l'examen des seules perspectives démographiques : d'autres phénomènes évoluent et en édulcorent l'impact.

Dans cette section, nous examinerons successivement l'évolution des grandes classes d'âges, divers indicateurs de « dépendance » (qui soutient quoi ?), les seuils d'âge à considérer pour les risques accrus de morbidité et de dépendance, l'intensité du vieillissement, l'âge au décès, les charges mais aussi les solidarités intergénérationnelles. Nous évoquerons aussi le vieillissement attendu au sein de la population adulte, ainsi que l'ampleur attendue des ménages d'isolés, considérés comme à risque accru en termes de besoin de solidarité.

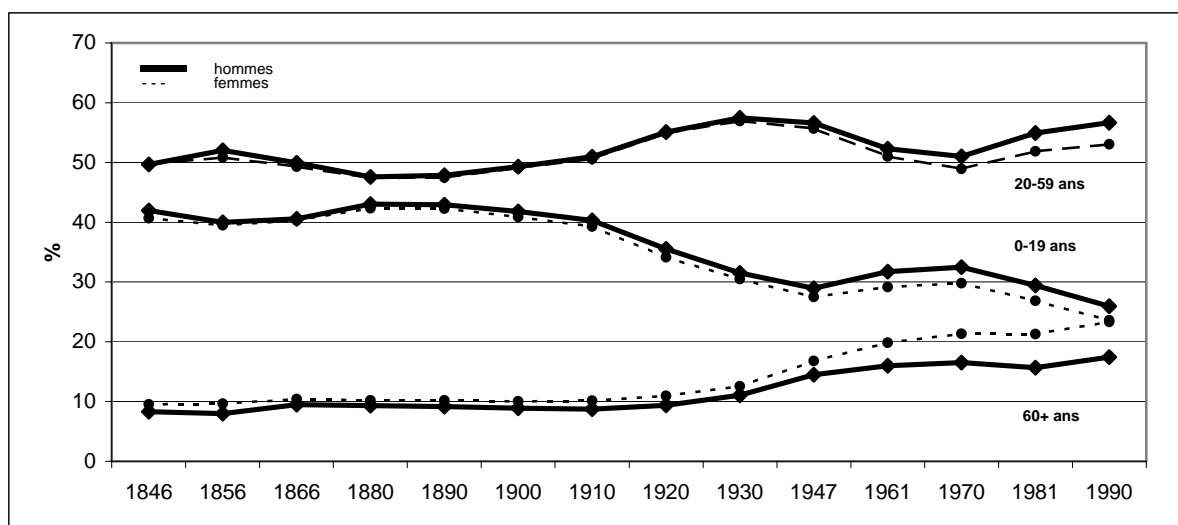
1. L'évolution démographique

1.1. D'où vient le vieillissement ? L'analyse du passé

Le vieillissement de la population résulte du processus de changement dans les structures par âge de la population, entraînant une transformation progressive de la pyramide des âges : sa base se rétrécit, alors que son sommet s'élargit. Les facteurs en cause sont, d'une part, le recul de la mortalité et, d'autre part, la diminution de la fécondité. Ces changements résultent des progrès scientifiques, techniques, économiques et sociaux enregistrés par nos sociétés. L'augmentation de l'espérance de vie en est le signe le plus remarquable.

Le processus de vieillissement est une tendance lourde de la démographie des pays industriellement développés. Il débuta en Belgique à la fin du 19^e siècle et se poursuit ensuite, d'abord lentement, s'accéléralant à partir de 1920 (cf. Figure 1-1). Seule la diminution de la natalité était en cause au début du processus et elle continue à exercer son influence. Quant au recul de la mortalité il n'a contribué que plus récemment au vieillissement démographique, car avec l'abaissement de la mortalité infantile, il eut d'abord pour effet un rajeunissement de la population. Quand celle-ci eut atteint un niveau relativement bas, les progrès ont ensuite surtout bénéficié aux plus âgés. C'est alors que le vieillissement a pris son véritable essor (J. Vallin, 1996).

Figure 1-1 Evolution relative des grands groupes d'âges - Belgique 1846-1990



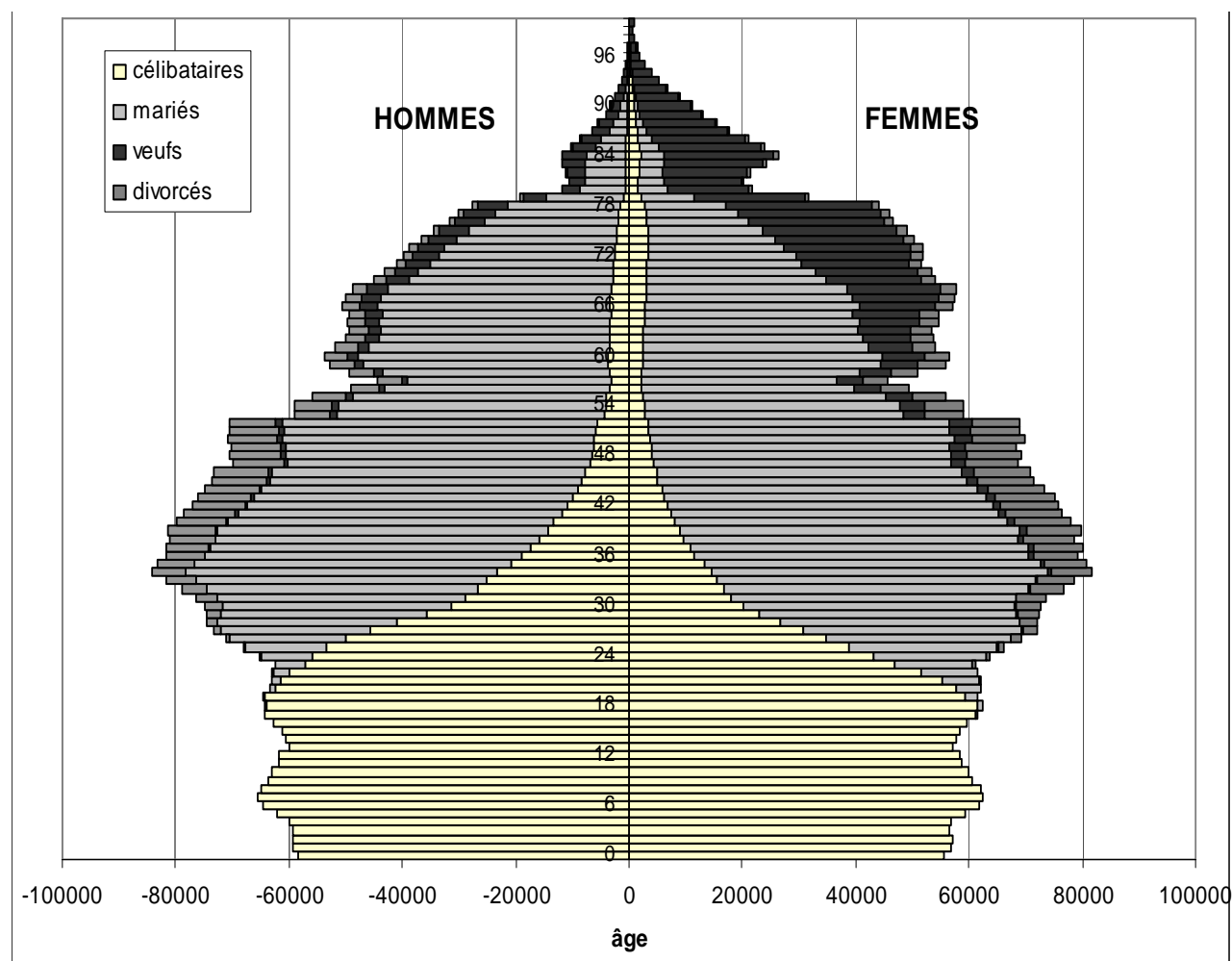
Source : Monographie CICRED A.Gommers

La croissance du nombre de personnes âgées a débuté depuis plus d'un demi-siècle

L'évolution a été marquée par l'impact des deux guerres mondiales, périodes au cours desquelles le nombre de naissances a été faible. Aussi, au cours des dix dernières années, le vieillissement démographique a été ralenti, car les générations peu nombreuses, nées pendant la guerre 1914-1918, ont atteint 80 ans et plus et celles des années 1940-1945 sont entrées parmi les plus de 60 ans. A l'inverse, les années '50 et les *golden sixties* ayant connu une forte natalité, ces générations plus nombreuses entreront parmi les sexagénaires à partir de 2010.

La pyramide d'âges qui en résulte illustre clairement ces deux creux (Figure 1-2).

Figure 1-2 Répartition de la population totale au 1.1.1999, par sexe, âge et état civil en Belgique



Source : Eurostat, 1999

1.2. Le vieillissement à venir

A l'avenir, la population subira encore un vieillissement important. Les perspectives de population par sexe et par classes d'âges sont exposées à l'annexe 1 et synthétisées au Tableau 1.1.

Les évolutions numériques les plus fortes se produiront entre 2010 et 2040 (cf. Figure 1-3).

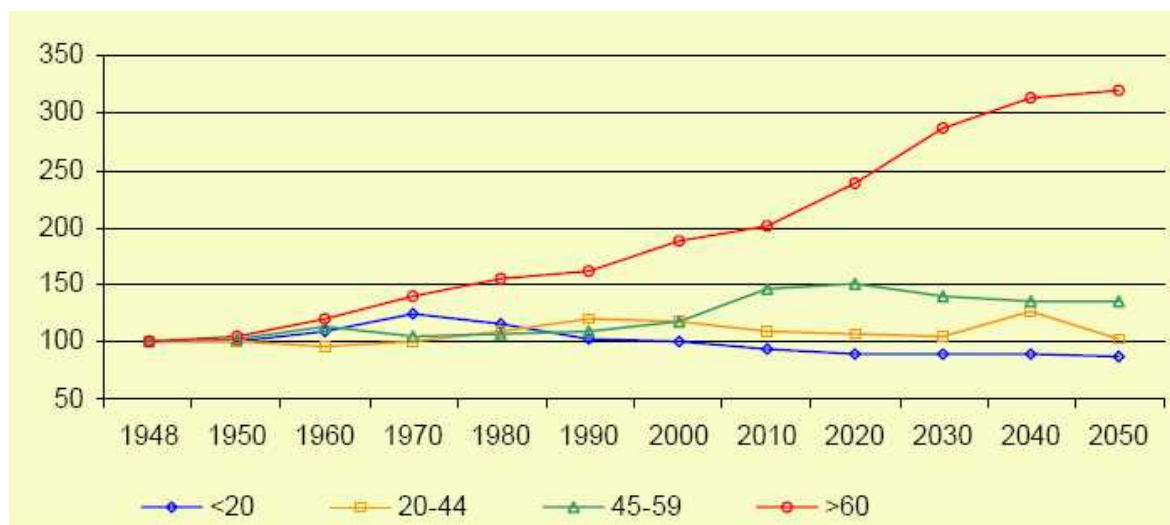
- Les nombres de jeunes (<20 ans) et d'adultes de 20 à 59 ans resteront assez stables d'ici 2010, mais décroîtront ultérieurement (- 7 % de 2000 à 2040).
- Les personnes de 60 ans et plus par contre, dont le nombre croît depuis 1950, deviendront encore plus nombreuses : + 11 % en 10 ans, et ce mouvement s'accélérera ultérieurement : + 56 % de 2000 à 2040.
- Quant aux personnes atteignant au moins 80 ans, ils auront triplé en nombre en un siècle (1950-2050).

Tableau 1.1 Population : perspectives d'avenir.

Ages	1995	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Evolution numérique de la population (milliers)							
0-19	2 436	2 416	2 344	2 275	2 272	2 243	2 229
20-59	5 534	5 615	5 682	5 521	5 279	5 222	5 166
60+	2 174	2 249	2 504	2 928	3 343	3 500	3 558
80 +	386	377	539	609	748	982	1135
Total	10 143	10 281	10 530	10 724	10 894	10 965	10 953
<i>Index pour 2000 = 100</i>							
0-19	1,01	1,00	0,97	0,94	0,94	0,93	0,92
20-59	0,99	1,00	1,01	0,98	0,94	0,93	0,92
60 +	0,97	1,00	1,11	1,30	1,49	1,56	1,58
80 +	1,03	1,00	1,43	1,62	1,99	2,61	3,01

Source : Calculs UCL sur base des perspectives 2000-2050 de l'INS et du Bureau du Plan.

Figure 1-3 Ampleur relative des classes d'âges (1948 = 100)



Source : Mestdagh et Lambrecht M, Bureau fédéral du Plan, 2003.

*Forte poussée supplémentaire
des 60+ en vue :
+ 56 % en 40 ans ;
alors que les <60 ans
diminueront en nombre.*

Ces évolutions sont illustrées à la Figure 1-3.

Elles seront détaillées plus finement à la section 7.

2. La dépendance démographique

La population en âge actif porte en grande partie le poids de la formation des jeunes et du support des aînés. Cette charge s'exprime par des « ratio de dépendance »¹, dont l'évolution brute pourrait inquiéter ; mais il faut nuancer en dépassant les simples coefficients démographiques (cf. sections suivantes).

Le ratio de dépendance démographique a été traditionnellement défini comme le rapport entre d'une part les jeunes de moins de 15 ans et les aînés de 65 ans et plus et, d'autre part, les 15-64 ans. Mais cet indicateur a évolué : le seuil supérieur a été ramené à 60 ans², vu la tendance généralisée à une retraite plus précoce (Mestdagh et al, 2003 ; Jackson et al, 2003). Selon l'OCDE, l'âge de transition vers

¹ A ne pas confondre avec les niveaux de dépendance des personnes qui ne peuvent plus accomplir seules des actes de la vie quotidienne.

² D'autres seuils d'âges seront proposés quand il s'agira d'évoquer la croissance des dépenses de santé liées au vieillissement.

l'inactivité a chuté de 6 à 7 ans en un demi siècle ; en dépit d'une légère remontée (suite à des politiques incitatives récentes), la moyenne OCDE pour 2000 est estimée à quelque 57 ans pour les femmes et à 58 ans pour les hommes (Blöndal et al, 1998 in Mestdagh, 2003).

Soulignons d'emblée que cet abaissement de l'âge de la retraite est le produit d'une politique visant, via les prépensions, à permettre la restructuration des entreprises, voire leur délocalisation dans le cadre de la mondialisation de l'économie. Depuis plusieurs années, on constate une réaction motivée par les conséquences néfastes de cette politique, tant pour l'économie et l'équilibre des finances publiques que pour le parcours de vie des citoyens réduits trop tôt à l'inactivité professionnelle. On cherche donc les moyens de maintenir plus longtemps les travailleurs en activité, en particulier pour ceux qui n'ont pas eu à souffrir de conditions de travail pénibles. Entre 60 et 75-78 ans, la santé est encore bonne, les performances intellectuelles aussi (Tubiana, 2003). Les sociologues qui ont lancé l'idée d'une seconde carrière (Gaullier, 1988, 1997) sont maintenant rejoints par des Ministres des Affaires sociales ou de l'Emploi et, plus récemment par la FEB. Si cette politique produit ses effets, il se peut donc que le seuil d'âge retenu pour définir le coefficient de dépendance doive au contraire être relevé à l'avenir.

Tout comme le Bureau du Plan, nous proposons en outre de repousser le seuil des jeunes « à charge » de 15 à 20 ans, vu l'obligation de scolarité plus tardive et le développement des études supérieures. Etant donné l'ampleur du chômage des jeunes, ce seuil pourrait s'avérer encore trop bas dans l'état actuel du marché de l'emploi ; en effet, l'âge auquel les jeunes entament leur premier travail est passé de 20.1 ans en 1990 à 24 ans en 2000 (Mestdagh et al., 2003) ; mais en ce domaine aussi, les conditions peuvent à nouveau se modifier. Nous en resterons donc au seuil proposé (20 ans), sans le relever à 25, vu les perspectives d'accroissement des taux d'emploi retenus par le Bureau du Plan, en raison de la contraction prévue de la population en âge actif.

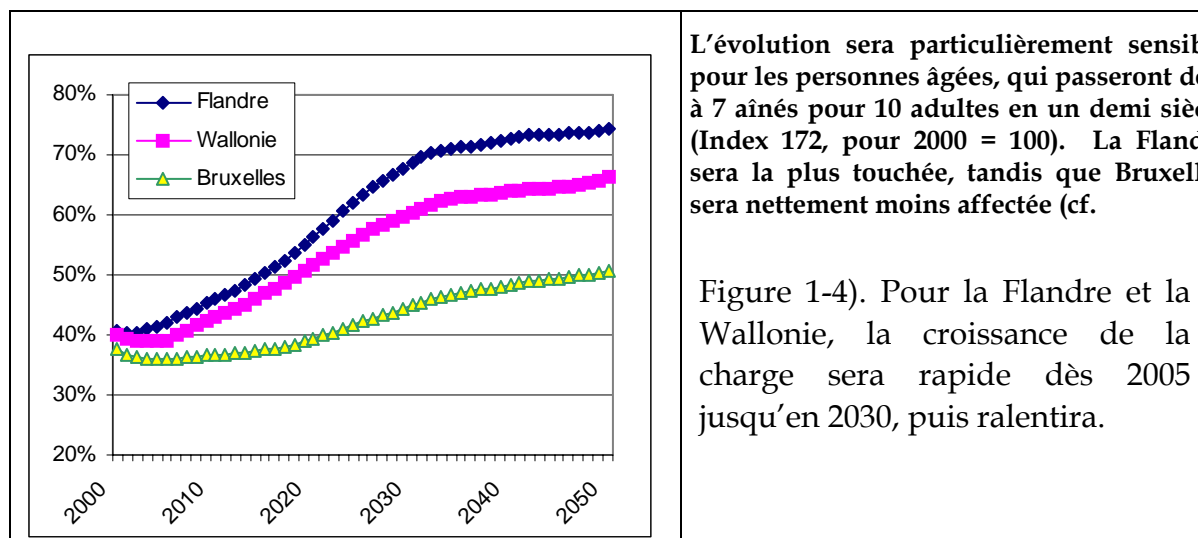
Tel que défini, le ratio de dépendance démographique est en l'an 2000 de 83 jeunes (< 20 ans) et âgés (60 ans et plus) pour 100 adultes de 20-59 ans (cf. Tableau 1.2). Il s'aggraverait nettement : vers 2025, les classes d'âges "à charge" deviendraient plus nombreuses que les adultes de 20-59 ans. En 2050, le coefficient passerait à 112 % (Index 135 pour 2000 = 100).

Tableau 1.2 Dépendance démographique : perspectives d'avenir.

Ages	1995	2000	2010	2020	2030	2040	2050	Différence en points de % versus 2000	
Ratio de dépendance démographique en % des 20-59 ans								2010	2040
60+	39 %	40 %	44 %	53 %	63 %	67 %	69 %	4 %	27,0 %
(019)+60+	83 %	83 %	85 %	94 %	106 %	110 %	112 %	2.2 %	26.9 %
<i>Index pour 2000 = 1</i>									
60+			1,10	1,32	1,58	1,67	1,72		
(019)+60+			1,03	1,13	1,28	1,32	1,35		

Source : Calculs UCL sur base des perspectives 2000-2050 de l'INS et du Bureau du Plan.

Figure 1-4 Rapport de classes d'âges versus la population d'âge actif (20-59)



Source : Calculs UCL, sur base des données INS, Bureau du Plan, *Perspectives de population 2000-2050*

Cette évolution a débuté dès le milieu du 20^e siècle. On peut la résumer ainsi :

En 1950, il y avait trois personnes potentiellement actives pour assurer le support d'un aîné ; en 2000, il n'y en a plus que 2.5 et en 2020, seuls deux adultes seront potentiellement disponibles à cet effet, et 1.5 seulement en 2050.

Mais, si on tient compte également des jeunes à charge, l'évolution de ce coefficient de dépendance démographique plus complet est moins rapide : 1.35 (2000-2050), versus 1.72 pour celui qui ne comptabilise que les personnes âgées

Cependant, dans une perspective d'évolution, est-il logique de supposer que les catégories d'âges définies en fonction des réalités socio-économiques de l'heure auront encore cours vingt à cinquante ans plus tard, alors que celles qui prévalaient vingt ans auparavant sont dépassées ? Si l'on envisageait une hypothèse où, soumis à la pression du manque de main d'œuvre, les jeunes trouvaient plus rapidement un emploi et que les travailleurs âgés qui en ont la force et l'envie travaillent plus longtemps, on pourrait imaginer un cycle de vie où l'on pourrait exercer une activité professionnelle jusqu'à 75 ans, bénéficiant ensuite de quelque dix années de retraite. Les adultes seraient alors les personnes de 20 à 74 ans, et dans ce cas il y aurait en 2050, quatre adultes pour un aîné, ce qui représenterait la valeur du rapport que l'on trouvait en 1948 entre les 20-59 et les plus de 60 ans. Une telle vision impliquerait cependant de nombreuses conditions : une croissance économique soutenue, un climat favorable à l'entreprise, une création nette d'emploi (supérieure aux restructurations, délocalisations, ...) et une politique proactive d'encouragement au travail au-delà de l'âge actuel de la retraite.

Mais le monde change : l'indicateur pourrait ne plus être pertinent à l'avenir.

Et d'autres indicateurs sont plus pertinents (cf. ci-dessous).

Si l'on admet que la société change et que la santé s'améliore, l'évolution du coefficient de dépendance démographique et celui de la charge des aînés, ne peuvent se calculer en adoptant des catégories d'âges dont les bornes sont fixées une fois pour toutes.

3. Autres coefficients de dépendance des âgés

3.1. La dépendance socio-démographique et socio-économique des âgés

Le Bureau du Plan a également mis en garde contre un usage simpliste des taux de dépendance *démographique* des âgés (60/20-59), en proposant

- un coefficient de dépendance *socio-démographique* (rapportant les Pensionnés aux Actifs), et
- un coefficient de dépendance *socio-économique* (Pensionnés/ Actifs occupés).

Ainsi calculée, la dépendance socio-économique des aînés apparaît évidemment plus lourde que celle basée sur les seuls indicateurs démographiques (cf. Tableau 1.3) : de 54 % en 2000 (au lieu de 40 %), elle passerait à 81-88 % en 2050 (au lieu de 69 %). Par contre, les index d'évolution à venir s'en trouvent allégés : 1.62 au lieu de 1.71 (pour 2000 = 1).

Selon les perspectives du Bureau du Plan, l'emploi devrait augmenter de quelque 8 % entre 2000 et 2010, augmenter encore très légèrement au cours de la décennie suivante (indice 109 par rapport à 2000), puis décliner quelque peu (indices 107-106) (Englert et al, 2002, p.62).

Selon le Comité d'Etudes sur le Vieillissement (CEV), le taux d'emploi (en % de la population d'âge actif) pourrait être accru (de 2 points de % en 2030), en cas d'une politique d'emploi renforcée, notamment par le recul de l'âge du retrait du marché du travail (Rapport annuel 2004, p. 26).

Les coefficients de dépendance sont à rapporter aux actifs ou, mieux, aux actifs occupés. Ils dépendent donc du niveau d'emploi

Mais ces indicateurs ne donnent pas encore une vue complète des perspectives d'avenir : d'autres coefficients ont été proposés (cf. section suivante).

3.2. Les coefficients de dépendance financiers

Les évolutions en nombre d'individus sont insuffisantes pour rendre compte de la dépendance réelle : il faut aussi considérer les aspects financiers (Fasquelle N, Financer la sécurité sociale à l'horizon 2050, in Colloque 99, p.62) :

- le coefficient de dépendance *financier des personnes âgées* (Masse des pensions/masse salariale) : l'augmentation sera moindre, car le taux de remplacement de la pension salariée se dégrade) ;
- le coefficient de dépendance *financier total* (Dépenses sociales, y compris soins de santé/Masse salariale) : s'accroîtra encore moins vite, car certaines dépenses sociales se réduiront (allocations familiales, chômage, prépensions, ...).

De telles perspectives dépendent évidemment fortement des hypothèses retenues en matière d'emploi et de « taux de remplacement » (ratio entre une allocation moyenne de sécurité sociale et salaire moyen brut). Tout comme les perspectives démographiques, elles doivent donc être régulièrement réévaluées, sur base des changements de politique sociale et des évolutions économiques. C'est ce qu'a déjà fait le Bureau du Plan dans une étude plus récente (cf. Tableau 1.3 et Figure 1-5).

La charge financière des âgés croîtra nettement moins vite que l'évolution numérique des personnes concernées et l'évolution ralentit après 2030.

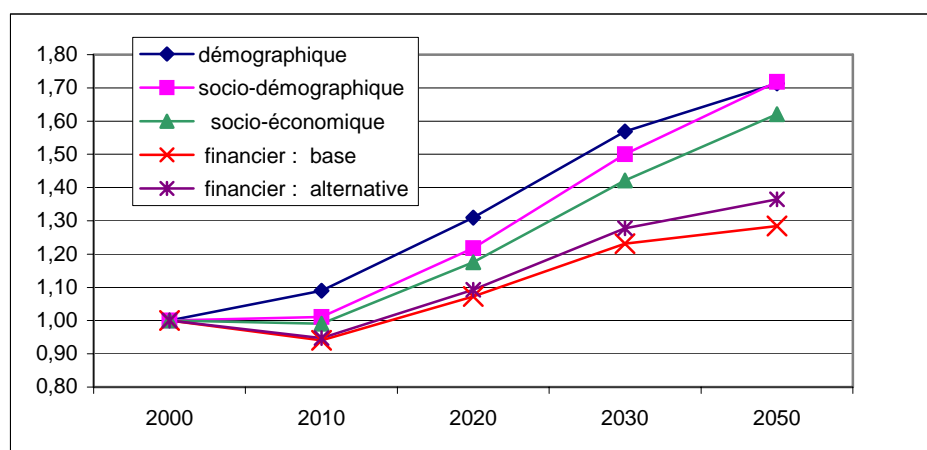
Tableau 1.3 Coefficients de dépendance des âgés (en %)

	1950	2000	2010	2020	2030	2050	2050 / 2000
- démographique (60 + / 20-59)	29	40.1	43.7	52.5	62.9	68.7	1.71
- socio-démographique ^(a)		47.2	47.7	57.5	70.8	81.1	1.72
- socio-économique ^(b)		54.1	53.6	63.6	76.9	87.7	1.62
- financier : scénario de base		15.1	14.2	16.2	18.6	19.4	1.28
scénario alternatif		15.1	14.3	16.5	19.3	20.6	1.36

(a) Pensionnés/Actifs au sens large : emploi + chômeurs (y compris chômeurs âgés non demandeurs d'emploi)

(b) Pensionnés / Actifs occupés

Source : Englert M, et al, Bureau Fédéral du plan, 2002, p 58 et 104

Figure 1-5 Coefficients de dépendance des âgés

Source : Graph UCL, sur base de Englert M et al, BFP, 2002

Les coefficients de dépendance financiers sont plus pertinents et leur évolution prévue moins inquiétante.

En résumé, les évolutions à venir de ces divers indicateurs présentent des profils très différents (cf. Figure 1-5). L'évolution de la charge financière pourrait être bien moins inquiétante que ne le laisse supposer le seul examen des ratios de dépendance démographique et l'écart entre ces indicateurs s'accroît au fil du temps.

Malgré leur grande qualité, ces coefficients de dépendance des âgés pèchent par deux limitations :

- ils focalisent l'attention sur un groupe de population, alors que d'autres sont aussi « à charge » ;
- ils relèguent en bloc les âgés dans la position d'une catégorie de personnes « à charge » ; d'autres indicateurs devraient mettre en valeur leur contribution à la société (cf. section 9).

4. La dépendance économique globale

Le niveau réel de dépendance ne dépend pas que de la structure d'âges d'une société. D'autres catégories de personnes sont dépendantes, principalement l'ensemble des allocataires sociaux. Les coefficients pertinents incluront dès lors parmi les personnes à charge : les chômeurs, les préretraités, les minimexés, les handicapés, les invalides. Comme pour les âgés, ils pourront être calculés de diverses façons : socio-démographique, socio-économique et financier, dont voici la synthèse (Tableau 1.4).

Tableau 1.4 Coefficients de dépendance globaux (en %)

	2000	2010	2020	2030	2050	2050/2000
- socio-démographique (a)	66.9	67	76.4	88.1	98.1	1.47
- socio-économique (b)	76.8	75.2	84.5	95.6	106.2	1.38
- financier hors soins de santé (c)	21.2	19.7	21.4	23.2	23.7	1.12
- financier avec soins de santé (d)	31.9	31.5	34.4	37.3	39.8	1.25

(a) Pensionnés + prépensionnés + chômeurs + Invalides / Actifs (au sens large : emploi + chômeurs (y compris âgés et non demandeurs d'emploi))

(b) Pensionnés + prépensionnés + chômeurs + Invalides/Emploi

(c) Pensions + prépensions + allocations de chômage et d'incapacité de travail/Revenus du travail

(d) Idem au précédent plus dépenses de santé

Source : Englert M et al, BFP, 2002, p. 104.

Comme pour la dépendance des âgés, ces coefficients globaux sont à la fois moins lourds et en évolution moins rapide quand on considère les coefficients financiers plutôt que les coefficients de dépendance démographiques et sociaux. Pour tous ces coefficients, l'évolution prévisible s'avère moins inquiétante que ceux relatifs aux seules personnes âgées, dans la mesure où les scénarios considèrent que la croissance du nombre de bénéficiaires de prépensions et d'invalidité sera inférieure à celle des pensionnés (et diminuera même en ce qui concerne les chômeurs) et que les revenus de remplacement évolueront moins vite que les salaires.

Dans la logique d'une société marchande, il faudrait peut-être même inclure les femmes au foyer (voire aussi les poètes ?!) dans le numérateur du coefficient de « dépendance » ; toutefois l'apport des personnes au foyer se verrait ainsi encore davantage négligé : n'étant pas directement rémunéré, cet apport demeure invisible, malgré sa contribution majeure au bien-être général.

Le rapport entre d'une part les jeunes + âgés + allocataires + personnes au foyer (malgré l'apport de ces dernières à l'économie) et, d'autre part, l'emploi total apparaît au Tableau 1.5. Par rapport à 1970, ce coefficient s'est détérioré au début

des années '80. Depuis 2000, de nouvelles méthodes de comptabilisation ont été mises en place ; les ratios de personnes à charge s'en trouvent allégés, mais ils se détériorent à nouveau.

Tableau 1.5 Population à charge économique des personnes occupées

	1970	1985	1990	1995	1999	2001 *	2003
Ratio personnes non occupées/ personnes occupées (emploi officiel)	1.66	1.77	1.65	1.73	1.66	1.48	1.52

* Rupture de série : nouvelle comptabilisation de l'emploi à partir de 2001 (ICN). A vérifier : le nombre d'emplois dépasse-t-il celui du nombre de personnes ?

Source : calculs UCL/SESA sur base de données du Ministère de l'Emploi et du Travail (jusqu'en 1999), puis de l'Institut des Comptes nationaux sur site web de l'INS.

5. Le circuit de financement public

Le secteur public contribue à la valeur ajoutée du PIB, notamment en ce qui concerne les services de santé ; néanmoins, le *circuit de financement* diffère, vu qu'il requiert un passage par les finances publiques (impôts, cotisations, ...).

En globalisant ces activités avec le nombre de personnes non occupées, on crée un ensemble hybride, dont on peut néanmoins suivre l'évolution par rapport au secteur privé, établissant ainsi un indicateur intéressant en termes de circuit de financement ; à ce stade, il s'agit d'un *proxy* grossier car le secteur public contribue aussi à ce financement. En outre, cette vue est évidemment réductrice, puisqu'elle néglige non seulement les taxes et cotisations payées par ces secteurs, mais surtout leur apport : l'enseignement, la justice, la sécurité, l'environnement etc., toutes fonctions essentielles au bon fonctionnement de la société. Ces mises en garde étant faites, voyons les chiffres (cf. Tableau 1.6). En rapportant cet ensemble à l'emploi dans le seul secteur privé, on remarque un pic du ratio vers 1985 ; néanmoins, il est en 1999 encore supérieur de 13 % à son niveau de 1970. A partir de 2001 (après une révision des méthodes de calcul), il s'est à nouveau détérioré.

Tableau 1.6 Ratio à suivre pour le circuit de financement : proxy *

	1970	1985	1990	1995	1999	2001 *	2003
Ratio (Personnes non occupées + occupés secteur public**)/ Personnes occupées dans le secteur privé, indépendants et aidants	2.29	2.80	2.58	2.69	2.59	2.04	2.10

* Rupture de série : nouvelle comptabilisation de l'emploi à partir de 2001 (ICN). A vérifier : le nombre d'emplois dépasse-t-il celui du nombre de personnes ?

** Administration publique et enseignement à partir de 2001.

Source : calculs UCL/SESA sur base de données du Ministère de l'Emploi et du Travail (jusqu'en 1999), puis de l'Institut des Comptes nationaux sur site web de l'INS.

En trois décennies (1970-199), l'emploi global a légèrement augmenté (+ 6 %), mais sa structure s'est modifiée (cf. Tableau 1.7) : les salariés du privé ont diminué en nombre (- 5 %) ; l'emploi global n'a pu croître qu'au prix d'un développement massif du secteur public (+ 43 %). La croissance du secteur public a heureusement permis d'atténuer les ravages socio-économiques du chômage ; par contre, le ratio par rapport au secteur privé s'en est trouvé détérioré (cf. Tableau 1.6).

En 2001 et en 2002, la situation s'est détériorée : l'emploi intérieur a chuté dans l'agriculture, l'industrie, la construction et le commerce (surtout l'industrie : - 7 % en deux ans) (Institut des Comptes nationaux) ; par contre, il a augmenté dans les services (sauf le commerce) et notamment dans les services publics (en ce compris l'enseignement) : + 2 %. Au total : - 1/2 % en deux ans (- 1% pour les seuls secteurs privés).

Tableau 1.7 Evolution et structure de l'emploi

	1970	1980	1990	1999	1999/1970
Non salariés : indépendants	531 067	480 852	532 737	564 122	1.06
Non salariés : aidants	147 584	125 536	142 414	124 094	0.84
Salariés du privé	2 266 277	2 145 288	2 117 712	2 164 188	0.95
Salariés du public	696 268	948 487	971 237	995 148	1.43
Sans distinction	3 641 196	3 700 163	3 764 100	3 847 552	1.06

Source : Ministère de l'Emploi et du Travail, in Info-Santé (www.sesa.ucl.ac.be)

Le ratio « Population sans emploi / Emploi » est revenu à son niveau de 1970. Mais il se détériore à nouveau.

Par ailleurs, le secteur public croît, contrairement au secteur privé.

Une telle présentation se comprend dans une société marchande comme la nôtre, mais elle occulte évidemment l'apport très riche de toute une part de l'activité humaine qui prend place en dehors du secteur marchand ; les services publics notamment font partie intégrante de notre économie. On peut y ajouter l'économie sociale, et l'apport énorme et non reconnu des fonctions au foyer (déjà évoqué), ainsi que les échanges informels de services entre les citoyens.

6. L'âge au décès s'élève

Pour les dépenses de santé, les décès constituent un événement clé, vu la concentration des dépenses en fin de vie. Le nombre total de décès a été relativement stable depuis 1950 : quelque 55 000 à 60 000 hommes et de 50 000 à 55 000 femmes sont décédés chaque année. A l'exception de la première année de vie, le nombre de décès à chaque âge est très faible jusqu'à la quarantaine, puis il augmente graduellement jusqu'à un sommet, pour retomber ensuite, le nombre de survivants très âgés devenant faible. Le sommet de la courbe se déplace graduellement avec le temps : environ 79 ans en 1950, 82-87 ans en 2000 ; on s'attend à ce qu'il atteigne 95 ans en 2050 (Mestdagh et al., 2003).

Le décès étant souvent précédé d'une période de soins très intense en fin de vie, il est intéressant d'examiner le nombre de décès à venir : inférieurs à 105 000 en 1990, ils augmenteront en nombre (jusqu'à 122 000 en 2045, mais ce chiffre devrait être réactualisé sur base des nouvelles perspectives de population), pour diminuer à nouveau ultérieurement (Lambrecht M, BFP, Colloque 1999). L'effort de soins s'atténuant avec l'âge au décès (cf. chapitre 4, section 1.7.1), il faudrait analyser le nombre de décès par groupe d'âges.

7. Les âges à risque accru de morbidité et de dépendance

7.1. Quels seuils d'âge ?

La population âgée connaît davantage de problèmes de santé, notamment de maladies chroniques de longue durée, elle est plus souvent en butte à une multimorbidité et, à mesure que l'âge avance, elle devient plus dépendante pour l'accomplissement d'actes de la vie quotidienne (cf. chapitre 2).

Elle consomme dès lors plus de soins médicaux et paramédicaux. Comme la part des aînés croîtra dans l'ensemble de la population, une crainte a surgi quant à l'ampleur que prendront les soins à l'avenir. Nous y reviendrons en détails au chapitre 4.

Contentons nous dans un premier temps d'observer l'évolution numérique des groupes « à risque accru de soins », ce qui implique de fixer des seuils pour ces risques. Notons d'emblée que ces évolutions brutes peuvent s'avérer fallacieuses pour deux raisons :

- a) les seuils d'âge habituellement retenus ne sont pas nécessairement les plus pertinents à ce jour ; ils doivent être mis en question et
- b) ils risquent de devoir être revus à la hausse à l'avenir (cf. section 7.3).

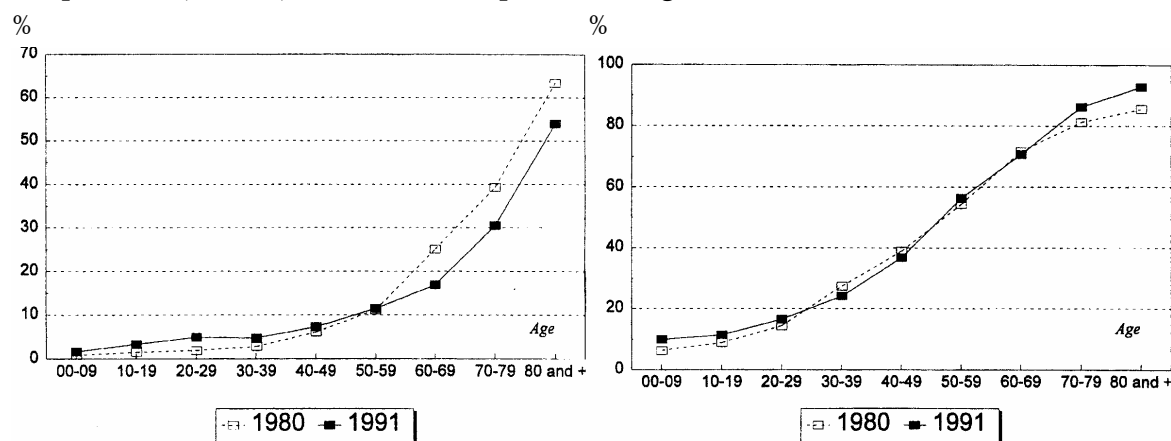
Les projections pour l'avenir doivent donc se fonder sur des hypothèses dont la probabilité est difficile à fixer.

Il est d'usage de retenir les 80+ comme groupe à risque élevé de dépendance. A cet âge en France (Robine et al. 1998b), plus de 50 % des femmes survivantes étaient affligées d'une invalidité en 1991 (plus de 60 % en 1981), ce qui ne signifie pas qu'elles soient dépendantes, car le handicap peut être léger. Pour une première approximation, c'est donc un seuil intéressant pour commencer à estimer de l'évolution à venir dans le domaine des soins de long terme ; la circonspection reste de rigueur, sachant que la courbe d'incapacité s'incurve dès la soixantaine et que, même à 80 ans, la fraction de la population atteinte d'incapacité grave ne dépasse pas 10-15 %.

Par ailleurs, la notion de « risque accru de maladie » ou « risque accru de soins » est beaucoup moins développée. On sait que la mauvaise santé subjective et la consommation de soins croissent avec l'âge et ce dès la trentaine. Existe-t-il un indicateur pertinent et un seuil critique ?

A cet égard, une étude de Robine apporte un éclairage intéressant : ayant identifié les maladies chroniques potentiellement invalidantes, il a calculé par âge les taux de présence d'au moins une de ces maladies et le nombre de ces maladies par personne atteinte. Pour la présence d'au moins une maladie, la courbe s'infléchit beaucoup plus précocement que celle de l'invalidité (cf. Figure 1-6) : pour les femmes, elle s'incurve dès la quarantaine et c'est dès 50 ans que 50 % de la population est concernée. Quant au nombre de maladies par personne atteinte, il croît tout au long de la vie, mais la tendance s'accélère à partir de 50 ans (graphique disponible pour les seules femmes, résultats non montrés). Selon ce critère, cinquante ans pourrait donc être retenu comme seuil à risque.

Figure 1-6 Incapacité (à gauche) et % de personnes souffrant d'au moins une maladie incapacitante (à droite), France, femmes par classe d'âges, 1980 et 1991.



Source : Robine JM, Mormiche P, Sermet C, 1998b.

L'analyse des données des enquêtes de santé en Belgique nous livre des résultats très semblables (cf. Figure 1-7 et Figure 1-8).

Figure 1-7 -Personnes avec incapacité sévère ou modérée causée par maladie chronique - Belgique : % des classes d'âges concernés

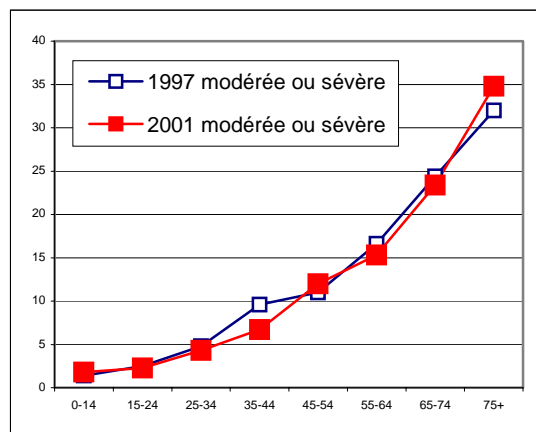
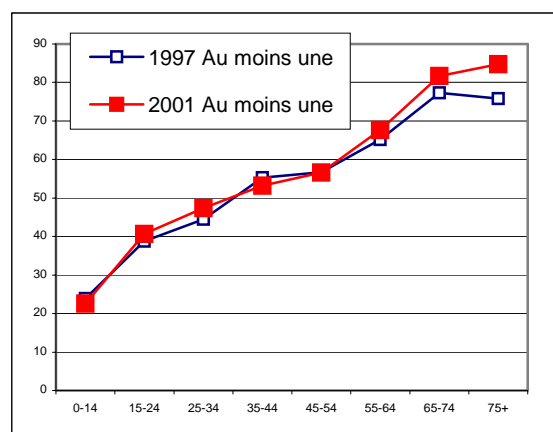


Figure 1-8 Affections chroniques au cours de l'année écoulée - Belgique : % des classes d'âges concernées -



Source : UCL/SESA, sur base des enquêtes de santé

Le seuil d'incapacité à retenir pour caractériser la dépendance reste à définir. La fréquence des incapacités graves liées à des maladies chroniques, de longue durée ou à un handicap est faible, mais elle augmente fortement au grand âge ; il faudrait donc des informations subdivisées pour des catégories plus fines au-delà de 75 ans. Pour les maladies chroniques, l'inflexion de la courbe de prévalence commence avant 65 ans.

Les enquêtes de santé en Belgique confirment une étude de Robine :

- *la prévalence des maladies chroniques augmente beaucoup plus tôt dans la vie que celle des incapacités ;*
- *la prévalence des incapacités graves y liées a diminué en quatre ans, contrairement à celle des incapacités modérées (cf. chapitre 2) ; il faudra confirmer sur base des enquêtes ultérieures.*

7.2. Evolutions attendues à risque inchangé

7.2.1. Evolutions globales

Dans un premier temps, limitons-nous à analyser l'évolution attendue de divers groupes d'âges au sein de la catégorie des âgés (cf. Tableau 1.8), tout en mettant d'emblée en garde contre une interprétation trop mécanistique des évolutions prévisibles.

Tableau 1.8 Population selon seuils d'âges (milliers de personnes âgées et index pour 2000 = 1)

	2000	2010	2020	2030	2040	2050
60+	2249	2504	2928	3343	3500	3558
65+	1731	1855	2205	2647	2862	2899
70+	1221	1373	1565	1929	2233	2278
75+	758	930	996	1279	1596	1684
80+	377	539	609	748	982	1135
85+	186	245	310	346	501	645
90+	60	70	116	136	195	270
60+	1,00	1,11	1,30	1,49	1,56	1,58
65+	1,00	1,07	1,27	1,53	1,65	1,68
70+	1,00	1,12	1,28	1,58	1,83	1,87
75+	1,00	1,23	1,31	1,69	2,10	2,22
80+	1,00	1,43	1,62	1,99	2,61	3,01
85+	1,00	1,31	1,67	1,86	2,69	3,47
90+	1,00	1,17	1,95	2,28	3,27	4,53

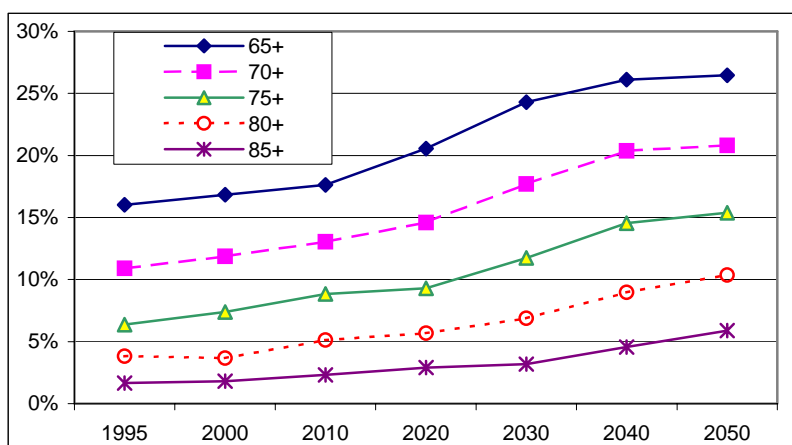
Source : Calculs UCL, sur base de INS, Bureau du Plan, Perspectives de population, 2000-2050

- D'ici 2010, l'évolution sera limitée :
 - . le nombre des personnes âgées de 65 ans et plus n'augmentera que de quelque 120 000 unités (+ 7 %) ;
 - . celui des 80+ croîtra à peine plus (+ 160 000), mais relativement, cet accroissement sera beaucoup plus important : + 43 % déjà en 10 ans, par rapport à 2000.
- Ultérieurement, la croissance sera beaucoup plus impressionnante :
 - . 1.1 million de 65+ supplémentaires en 2040 par rapport à 2000 (fois 1.6) ; ils formeront alors plus d'un quart de la population globale (18 % en 2000) ;
 - . 600 000 octogénaires en plus (fois 2.6), 135 000 nonagénaires en plus (fois 3.3).
 - . En 2050, c'est avec 750 000 octogénaires supplémentaires qu'il faudra compter (triplement par rapport à 2000) et avec 200 000 nonagénaires en plus (fois 4.5). Aussi, la part de ces groupes très âgés va-t-elle s'amplifier.

Mais, les croissances des diverses catégories d'âges seront très différentes selon les décennies considérées.

- De 2000 à 2010, c'est la classe d'âges 75-84 qui présente une augmentation de quelque 200 000 unités, enregistrant ainsi la disparition progressive à ces âges des générations nées pendant les années 1914-1918.
- Durant la décennie suivante, c'est la classe d'âges 65-74 qui voit croître ses effectifs de 275 000 personnes, enregistrant ainsi l'entrée des enfants du baby boom parmi les plus de 65 ans.
- Par la suite, de dix en dix ans, la présence de ces générations nombreuses se marque dans la catégorie d'âge supérieure (cf. Annexe 1).

Figure 1-9 - Part des aînés dans la population selon divers groupes d'âges (1995-2050)



Source : Calculs UCL, sur base de INS, Bureau du Plan, Perspectives de population, 2000-2050

On connaîtra aussi un **vieillissement à l'intérieur du vieillissement**, autrement dit une intensité du vieillissement : la part des personnes très âgées croît au sein du groupe des 65 ans et plus (cf. Tableau 1.9 et Figure 1-10).

- La part relative des 80 ans et plus parmi les 65+ passe déjà de 22 % en 2000 à 29 % en 2010 ; elle se maintient à ce niveau jusqu'en 2030, puis bondit encore de dix points en deux décennies, atteignant près de 40 % en 2050.
- La part relative des 85+ parmi les aînés de 65 ans ou plus, dépasse à peine 10 % en 2000 ; elle croît un peu (environ 13 % de 2010 à 2030), puis bondit pour atteindre quelque 22 % en 2050.

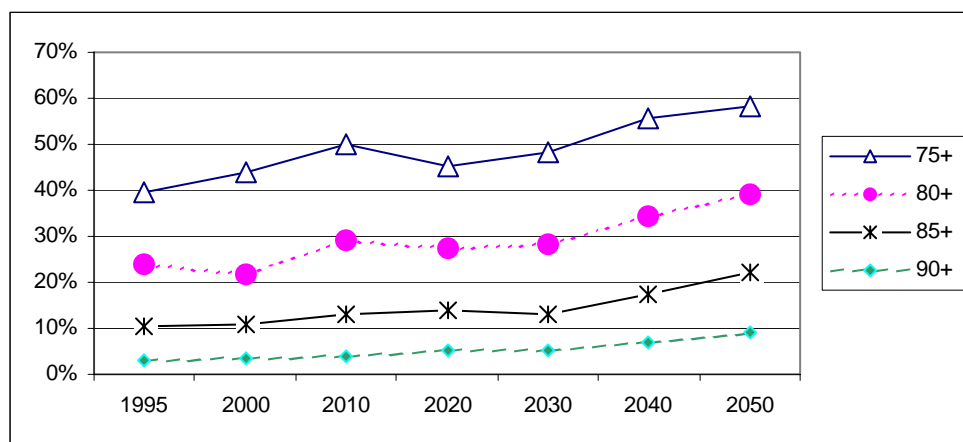
Tableau 1.9 Intensité du vieillissement : Part des groupes très âgés au sein des âgés (en %)

	1950	1995	2000	2010	2020	2030	2040	2050
70+/65+ ^(a)		68,1%	70,5%	74,0%	71,0%	72,9%	78,0%	78,6%
80+/65+ ^(a)	9	23,8%	21,8%	29,0%	27,6%	28,3%	34,3%	39,1%
85+/65+ ^(a)		10,3%	10,7%	13,2%	14,1%	13,1%	17,5%	22,2%
85+ /65+ ^(b)			10-11	12-13		10-15		15-24

(a) Source : calculs UCL, sur base des perspectives de population INS 2000-2050

(b) Source : Englert M, BFP, 2002, Scénarios Eurostat : hypothèses alternatives.

Figure 1-10 Intensité du vieillissement : part des plus âgés parmi les 65 ans et +



Le nombre de personnes âgées (65+) croîtra fortement à partir de 2010 : + 27 % de 2000 à 2020, + 65 % de 2000 à 2040.

L'évolution sera nettement plus forte pour les plus âgés d'entre eux : pour les personnes d'au moins 80 ans, l'augmentation atteindra 62 % en vingt ans et leur nombre triplera en un demi-siècle (2000-2050).

La part des plus âgés va donc s'amplifier au long des décennies :

- Les 75 ans et + formeront à peu près la moitié des aînés (65+) dès 2010 et 58 % en 2050.

- Les 80 ans et plus verront leur part passer de 22 % des aînés en 2000 à un tiers en 2040 et à près de 40 % en 2050.

- Les 85+ constituent à peine plus de 10 % des aînés en 2000 ; ils vont devenir nettement plus nombreux à partir des années '40 et formeront près d'un quart des aînés en 2050.

7.2.2. Evolution selon le genre

De 65 à 80 ans, l'amélioration de la mortalité profitera surtout aux hommes ³. Aussi le déséquilibre entre les genres aux âges supérieurs s'atténuera-t-il (cf. Tableau 1.10). Ainsi par exemple, de près de quatre nonagénaires femmes pour un homme en 2000, il n'y en aura plus que trois vers 2020 et environ deux en 2050.

Tableau 1.10 Nombre de personnes âgées par sexe (milliers)

	Hommes					Femmes					Femmes pour Hommes = 1	
	2000	2010	2040	2010/ 2000	2040/ 2000	2000	2010	2040	2010/ 2000	2040/ 2000	2000	2040
60+	958	1 096	1 603	1.21	1.76	1 291	1 408	1 897	1.09	1.47	1.3	1.2
65+	707	776	1284	1.21	2.01	1 023	1 079	1 578	1.05	1.54	1.4	1.2
70+	469	545	973	1.35	2.41	752	829	1 260	1.10	1.68	1.6	1.3
75+	267	343	664	1.66	3.22	491	587	932	1.20	1.90	1.8	1.4
80+	115	179	381	1.55	3.31	262	360	602	1.37	2.30	2.3	1.6
85+	48	70	176	1.72	4.29	138	174	325	1.26	2.35	2.9	1.8
90+	12	16	61	1.63	6.10	47	54	134	1.14	2.83	3.8	2.2

Source : Calculs UCL, sur base de INS, Bureau du Plan, Perspectives de population, 2000-2050

³ Selon les perspectives de population, ce rééquilibrage est particulièrement visible au delà de 80 ans (Perspectives 2000-2050). Néanmoins, les évolutions à venir en matière d'espérances de vie publiées par le Bureau du Plan laissent entrevoir des gains supérieurs pour les femmes au delà de 80 ans (Mestdagh et al, 2003, tableau 27).

7.3. Evolutions attendues en cas d'amélioration de la santé

Les indicateurs ci-dessus sont classiques. Nous ne pouvons en faire l'économie. Mais sont-ils pertinents ? Il convient de ne pas en tirer de conclusions hâtives quant à l'évolution des soins qui en découlerait. D'ores et déjà, grâce à l'amélioration des conditions de vie et aux progrès médicaux, les sexagénaires d'aujourd'hui sont en bien meilleure forme que leurs prédécesseurs. A l'avenir, les seuils d'âge à risque de mauvaise santé ou de dépendance pourraient encore reculer, si l'allongement de l'espérance de vie s'accompagne à nouveau d'une amélioration de l'espérance de vie en bonne santé. Cependant, ces améliorations se traduiront de façon différente selon le type de soins (cf. infra).

Actuellement, l'espérance de vie à la naissance s'améliore d'environ une année par 4 à 5 ans (« une saison par an »). Cette amélioration se répercute en grande partie sur les classes d'âges âgées, mais en partie seulement (cf. Tableau 1.11).

Si l'amélioration perdure au rythme attendu, les 65 ans et plus auront gagné près de trois années d'espérance de vie en 2025 et encore environ 2.5 années supplémentaires vers 2050. Les 80 ans et plus auront gagné deux fois 1.5 années. On peut donc évaluer grossièrement les gains à environ 1.1 an par décennie pour les 65+ et à un peu plus d'une demi année par décennie pour les octogénaires. Dans les deux cas, l'amélioration est plus rapide au début du siècle, puis ralentit.

Tableau 1.11 Espérance de vie calculée et attendue

	Hommes				Femmes			
	1950	2000	2010	2050	1950	2000	2010	2050
A la naissance	65	75	77	84	70	81	83	89
A 65 ans	12.7	15.9	17.1	21.5	14.4	20	21.3	25.3
A 80 ans	5.4	6.9	7.5	9.8	6.1	8.8	9.6	12

Source : Mestdagh et al, 2003., Tableau 27

Or, selon de nombreux auteurs, l'allongement de la vie ne s'accompagne pas d'une pandémie d'incapacités, surtout pas d'incapacités graves. Ils confirment ainsi la théorie dite de la compression de la morbidité (Fries, 1980). En France, pays proche du nôtre, les indicateurs disponibles tendent à confirmer la théorie dite de l'équilibre dynamique (Manton, 1982), selon laquelle la prévalence des maladies chroniques augmente mais, grâce à une bonne gestion, leur gravité serait en moyenne moindre (Robine et al, 1998). Nous y reviendrons en détails au chapitre 2.

En outre, les évolutions sociétales favorisent l'amélioration de la santé ; en effet, les facteurs de risque sociaux de vieillissement prématuré ont été identifiés

(Mizrahi, 1994 et 1997) et iront s'améliorant : le chômage (censé diminuer à l'avenir), la statut d'ouvrier non qualifié (le secteur industriel s'étiolé au profit des services) et le faible niveau d'instruction (la formation s'étend et s'allonge).

S'il se confirmait que l'allongement de la vie profite principalement à l'espérance de vie sans incapacité (grave), le seuil de 80 ans habituellement retenu pour estimer l'ampleur des groupes à risque accru de dépendance deviendrait obsolète au fil du temps. Pour ce qui est du seuil d'âges de 65 ans et plus, souvent retenu vu son importance en matière de transition de vie (âge légal de la retraite), ce seuil n'est guère pertinent pour ce qui concerne les maladies chroniques, dont la prévalence s'infléchit dès la cinquantaine ; par contre, à cet âge, le risque accru pourrait concerner la multimorbidité (cf. chapitre 2, section 8.2.1). Si les améliorations attendues étaient proportionnelles à la hausse de l'espérance de vie totale, ces seuils seraient déplacés respectivement à 66.3 ans et à 80.8 ans en 2010, puis à plus de 70.4 et à plus de 83 ans au milieu du siècle. Remarquons que cette hypothèse est prudente, car selon le Bureau du Plan, l'espérance de vie sans incapacité s'améliorera relativement plus vite que l'espérance de vie (calculs basés sur les résultats présentés au tableau 2.17). Selon ce scénario, l'évolution numérique des groupes âgés à risque de mauvaise santé ou à risque de dépendance serait moindre⁴ ; la croissance serait réduite de plus de la moitié en ce qui concerne les 65+ et d'un tiers environ pour les octogénaires (cf. Tableau 1.12) :

- en 2010 :
 - - 1 % pour le risque accru de multimorbidité (au lieu de + 7 %),
 - + 29 % pour le risque accru de dépendance (au lieu de + 43 %).
- en 2050 :
 - + 29 % pour le risque accru de multimorbidité (au lieu de + 68 %),
 - + 118 % pour le risque accru de dépendance (au lieu d'un triplement).

Si l'amélioration de santé se confirme, les seuils de 65 et 80 ans deviendront moins pertinents ; en adaptant les seuils à l'évolution prévue de l'espérance de vie (censée se répercuter sur la santé), la croissance du nombre de personnes âgées « à risque » serait réduite d'environ un tiers pour les 65+ (+ 29 % au lieu de + 68 %) et de moitié pour les 80+ (doublement au lieu de triplement) et

⁴ - De 1.73 million de 65+ en 2000 à 1.89 million de 67.4 ans et + en 2020, et à 2.23 million de 70.4 ans et + en 2050.
 - De 377 000 octogénaires en 2000 à 522 000 personnes de 81.4 ans et + en 2020 et à 819 000 personnes de 83.1 ans et + en 2050.

On voit à quel point, l'évolution de la santé peut influencer l'ampleur des groupes à risque accru. Toutefois, l'amélioration concomitante de l'espérance de vie et de l'espérance de vie selon les indicateurs de santé choisis n'est pas assurée ; les premiers résultats des enquêtes de santé en Belgique fournissent des signes contradictoires (cf. chapitre 2).

Par ailleurs, même si l'amélioration se confirme, les besoins en soins médicaux continueraient à croître, pour deux raisons :

- d'une part, croissance numérique des effectifs sera importante ;
- d'autre part, l'amélioration de santé pourrait provenir en grande partie d'une meilleure prise en charge médicale, notamment grâce à des soins préventifs (AARP, 2002). Les estimations relatives à l'impact du vieillissement sur les soins seront présentées plus loin (cf. chapitre 4).

Notons en outre que cette notion de « âge à risque » reste assez abstraite. Les calculs établissent un *proxy* pour une population âgée particulièrement à risque. Le nombre effectif de personnes atteintes sera en fait très différent (cf. chapitre 2). Anticipons quelque peu : en ce qui concerne les incapacités liées à une maladie chronique par exemple, la fraction de personnes effectivement touchées par une incapacité grave est relativement faible : 6 à 15 % parmi les 75+ et seulement 3 à 4% dans l'ensemble de la population. Au total (en tenant compte aussi des jeunes), les projections pour cet indicateur laissent entrevoir pour l'avenir des nombres de personnes réellement atteintes d'incapacité grave nettement inférieurs à ceux apparaissant au Tableau 1.12. Par contre, si on utilisait un indicateur de maladies chroniques par exemple, le nombre de personnes réellement atteintes serait plus élevé que ceux présentés audit tableau pour un âge dit « adapté ».

Tableau 1.12 Groupes à risque accru de « mauvaise santé » ou de dépendance parmi les âgés,
Scénarios selon une évolution parallèle de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité

Classes d'âges	Population attendue (en milliers)					Croissance par rapport à 2000 (en milliers)					Idem en % de 2000					
	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2010	2020	2030	2040	2050	2010	2020	2030	2040	2050
Evolution sans amélioration de la santé						Croissance par rapport aux 65+ de 2000 (en milliers puis en % des 65+ de 2000)										
65+ ^(a)	1 731	1 855	2 205	2 647	2 862	2 899	+ 124	+ 474	+ 916	+ 1 131	1 169	+ 7 %	+ 27 %	+ 53 %	+ 65 %	+ 68 %
Evolution avec amélioration de santé						Pourrait concerner la multimorbidité, mais non les malades chroniques, pour lesquelles les nombres réels évolueront très différemment (cf. chapitre 2)										
(L'Indicateur pourrait être pertinent pour la multimorbidité)																
66.3 ^(b)	1 720						- 11					-1 %				
67.4 ^(b)			1 891					+ 160					+ 9 %			
68.4 ^(b)				2 149					+ 419					+ 24 %		
69.4 ^(b)					2 306					+ 575					+ 33 %	
70.4 ^(b)						2 227					+ 497					+ 29 %
Evolution sans amélioration de l'espérance de vie sans incapacité						Croissance par rapport aux octogénaires de 2000 (en milliers puis en % des 80+ de 2000)										
80+ ^(a)	377	539	609	748	982	1 135	+ 162	+ 232	+ 371	+ 606	+ 758	+ 43 %	+ 62 %	+ 99 %	+161%	+201%
Evolution avec amélioration de l'espérance de vie sans incapacité																
80.8 ^(b)	485						+ 109					+ 29 %				
81.4 ^(b)			522					+ 146					+ 39 %			
81.9 ^(b)				579					+ 202					+ 54 %		
82.5 ^(b)					719					+ 342					+ 91 %	
83.1 ^(b)						819					+ 442					+117%

(a) Evolution sans amélioration de la santé : multimorbidité (?) pour les 65+, incapacités pour les 80+

(b) Evolution avec amélioration de santé selon critère évoqué ci-dessus. Il s'agit là de personnes « à risque de mauvaise santé » (selon le critère) ; les nombres réellement atteints seront différents (cf. chapitre 2).

Source : Population : Perspectives 2000-2050, INS, BFP.

Choix des seuils : UCL selon données de Robine pour la France et évolution de l'espérance de vie in Mestdagh et al (2003), tableau 27.

Interprétation (exemple) : En 2020, les 80+ compteront 232 000 personnes de plus qu'en 2000 (+ 62 %). Mais l'espérance de vie se sera améliorée de 2.4 ans ; en supposant que l'espérance de vie sans incapacité progresse au même rythme (cette hypothèse est prudente), ce sont les personnes de 81.4 ans et plus qu'il faudra comparer aux 80+, soit une augmentation de 146 000 personnes (+ 39 %) au lieu de + 232 000. En réalité, l'espérance de vie sans incapacité s'améliore relativement plus vite que l'espérance de vie (selon calculs basés sur ceux du BFP, cf. tableau 2.17).

8. La charge parentale

Quand le vieillissement s'accompagne de mauvaise santé et/ou d'une perte d'indépendance, les « enfants » sont bien souvent mis à contribution ; ces aidants naturels ont évidemment vieilli en même temps que leurs parents. Traditionnellement, le coefficient dit de « charge parentale » est utilisé pour rendre compte de ce phénomène : le pourcentage de personnes très âgées (80+) par rapport aux adultes de 45-64 ans », soit : $[(P80+ / P45-64) * 100]$ (cf. section 8.1).

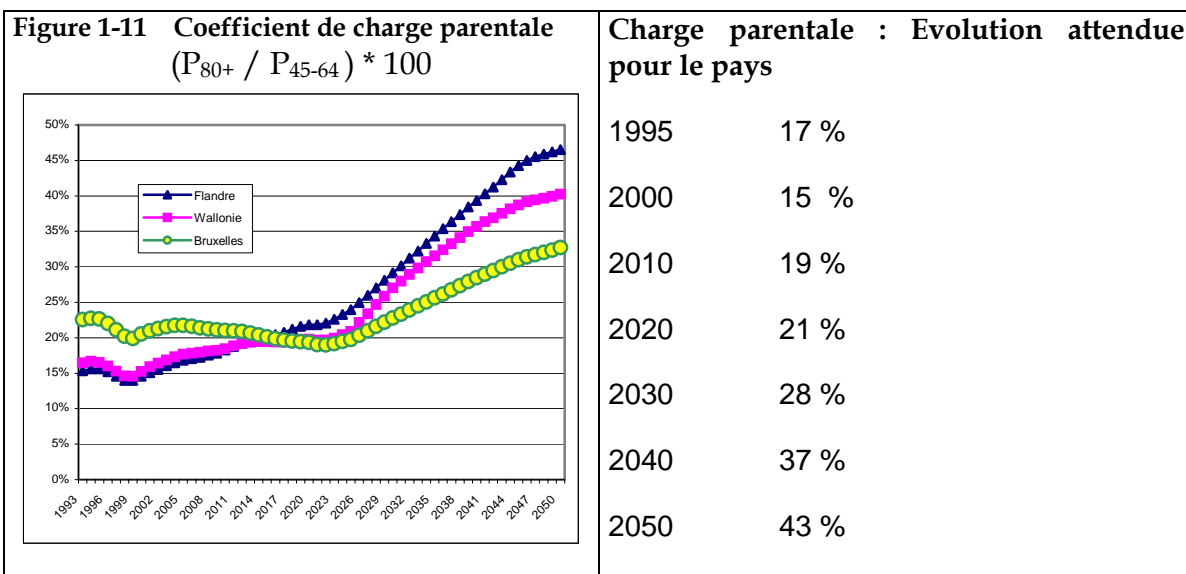
Mais, ce coefficient est fort imparfait (cf. sections 8.2. et 8.3) :

- Il ne fait que mesurer le rapport entre deux classes d'âges contenant théoriquement l'une les parents, l'autre les enfants ; il ne préjuge en rien des solutions qu'adoptent les personnes âgées pour répondre aux difficultés qu'elles rencontrent ni des changements que pourraient apporter à cet égard les évolutions de société.
- Utilisé sur de longues périodes, il ignore l'amélioration de santé aux âges élevés.
- Il ne dit rien sur la charge réelle : combien parmi ces 80+ seront-ils vraiment dépendants ? En réalité, cette charge sera nettement moindre (cf. section 8.3).

Enfin, il focalise l'attention sur un aspect négatif du vieillissement (une charge), alors que les personnes âgées représentent bien plus que cela dans une société ; nous y reviendrons à la section 9.

8.1. A seuil d'âge inchangé

Si l'on s'en tient au seuil d'âge classique (80+), le coefficient dit de « charge parentale » semble exploser passant de 15 % en l'an 2000 à 43 % en 2050, avec une accélération à partir des années '20. L'évolution apparaît particulièrement rapide en Flandre : de 15 à 47 %. L'évolution en Wallonie est proche de la moyenne nationale. A Bruxelles, le mouvement est beaucoup plus lent et de moindre ampleur : de 21 à 33 % de charge "seulement" en 2050. Ainsi calculées, ces évolutions paraissent majeures, mais elles doivent être relativisées, vu les améliorations attendues en matière de santé.



Calculs UCL, sur base des données INS : Perspectives de population 2000-2050.

8.2. En cas d'amélioration de la santé

Rappelons la critique émise à l'encontre de coefficients à seuils d'âge fixes pour apprécier les évolutions à long terme : ils ignorent les évolutions sociales qui se produiront dans l'intervalle. La vue pessimiste évoquée ci-dessus à propos de la charge parentale pourrait donc se voir fortement réduite si l'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité (sévère) suivait la courbe de l'espérance de vie, soit à cet âge, environ une demi année par décennie.

Le coefficient dit de « charge parentale »

*$[(P_{80+} / P_{45-64}) * 100]$
 pourrait quasi tripler en 50 ans
 (de 15 à 43 %).*

Mais le recul de l'âge moyen de l'incapacité au fil du temps pourrait alléger nettement cette perspective, la ramenant à 31 %.

Dans ce cas, la charge parentale concernerait les plus de 82 ans et + en 2030 et les 83 + au milieu du siècle ! La charge parentale s'en verrait un peu atténuée jusqu'en 2020 (18 % au lieu de 21 %) et fort allégée par la suite : 31 % au lieu de 43 % au tournant du siècle ! On constate à nouveau à quel point les perspectives en matière d'évolution de la santé sont importantes dans les projections relatives aux effets du vieillissement !

8.3. Réalité et impact de la charge parentale

Le coefficient de charge parentale ne fournit qu'un *proxy* pour une charge potentielle. En réalité, la *charge effective* ne concernera qu'une faible fraction de la population âgée. En Belgique, on ne recense parmi les 75+ que 10 % d'incapacités graves liées à une maladie chronique, une maladie de longue durée ou un handicap (probablement hors démences séniles) (ISP, Enquête de Santé 2001). En France, 85 % des 80+ sont encore capables d'avoir une vie active et sociale autonome à notre époque (Robine). L'image négative ne correspond donc qu'à une faible partie de la réalité de la vieillesse (Tubiana, 2003). Par conséquent, en ce qui concerne les octogénaires, la charge réelle pourrait donc se limiter à 1,5 - 5 % (hors démences)! Ceci devrait toutefois être vérifié sur base d'indicateurs de dépendance en matière d'actes de la vie quotidienne.

En outre, il y a lieu de mesurer plus précisément la réponse effectivement donnée par la famille face à cette charge ; le recensement de 2001 apportera une première vue sur l'ampleur des *soins informels* ; cette analyse est en cours et cette initiative devrait être reconduite.

Enfin, des études plus poussées devraient cerner *l'impact de la charge* lorsque celle-ci s'actualise : quelles en sont les répercussions en termes émotionnels et sociaux ; quelles en sont les conséquences économiques ? Quel en sera le poids en termes de besoins de financement public selon divers scénarios de politiques de prise en charge ? La capacité des "vieux adultes" de rester au travail s'en verra-t-elle handicapée ? Dans cette hypothèse, la possibilité pour ces générations de contribuer ainsi au financement du système officiel de sécurité sociale s'en trouvera-t-elle atténuée ? Par ailleurs, la rapidité de transmission des héritages étant retardée, les investissements des jeunes dans de nouvelles entreprises s'en trouveront-ils handicapés ?

Les évolutions démographiques vont-elles aussi modifier les profils de *consommation et d'investissement* ? On peut supposer intuitivement que les consommations seraient plus orientées vers les loisirs et la culture, vu la présence d'une fraction de nantis parmi aînés. Mais les statistiques disponibles soulignent surtout une forte précarité (environ un quart des 65+ ont un revenu inférieur au seuil de pauvreté) et montrent qu'en moyenne, les aînés consacrent une proportion un peu moins forte de leur consommation aux loisirs et à la culture (Source : enquête sur le budget des ménages 1995-96, in CEV, Rapport annuel 2004).

9. Le potentiel d'apport parental ou d'apport intergénérationnel des âgés

Vu les améliorations notables de santé, est-il raisonnable de ne considérer les personnes âgées qu'en termes de charge pour la société ? Ne faut-il pas étudier et calculer leur apport en termes sociaux et économiques ?

En pendant au coefficient de charge parentale, il y aurait intérêt à proposer un indicateur complémentaire, par exemple le « coefficient d'apport parental des âgés », ou « d'apport intergénérationnel des âgés », exprimant ainsi les apports potentiels des « jeunes aînés » à la génération suivante, en termes de dons matériels et de services en tout genre : courses, bénévolat, solidarités de voisinage, gardes des petits enfants, contribution au ménage, aux tâches administratives.

Une étude intéressante consisterait à évaluer l'importance de la contribution des « vieux » au bien être de la société. Elle commencerait par mesurer la contribution qu'ils apportent à l'économie marchande du fait de leur consommation, de leurs investissements, des donations aux plus jeunes et de l'emploi qu'ils génèrent du fait des services qu'ils demandent. On poursuivrait en évaluant leur production au travers des services qu'ils apportent à leurs enfants, à leurs proches, notamment aux jeunes parents pour la garde des enfants, ... Dans quelle mesure ceci permet-il d'améliorer la participation à la vie professionnelle des jeunes mamans ? Et donc de contribuer à l'amélioration des taux d'activité prévus par le Bureau du Plan et si recommandés par les organismes internationaux ? On terminerait en dépassant le point de vue mercantile, pour prendre en compte leur apport à la transmission des connaissances et des valeurs qui forment la culture et donnent un sens à la vie !

Les personnes âgées constituent aussi une richesse dont il faut mesurer l'apport. Nous proposons un coefficient nouveau : « d'apport des âgés », apport parental ou intergénérationnel

En première approximation, on peut proposer pour ce nouvel indicateur le rapport entre d'une part les 60-79 et, d'autre part les 25-44 :

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

Tableau 1.13 Coefficient d'apport intergénérationnel des âgés (a)

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

(a) $(P_{60-79} / P_{25-44}) * 100$ - Source : Calculs UCL, sur base des Perspectives de population 2000-2050

En ce domaine, les perspectives sont nettement plus réjouissantes : le coefficient passe déjà de 62 % à 71 % au cours de la première décennie et grimpe à 94 % en un demi-siècle. Il resterait à confirmer par enquête la validité de ces seuils et à mesurer l'ampleur de ces solidarités, voire leur soutien à l'économie, par exemple en termes de possibilité de vie professionnelle pour les jeunes mamans et de complément aux crèches subsidiées.

Certes, il ne s'agirait que d'un potentiel, toutes les familles n'étant pas également solidaires ; mais ceci est vrai aussi pour le coefficient de charge parentale : nul ne sait dans quelle mesure les 45-64 de demain (plus impliqués dans l'emploi, plus dispersés dans le monde, plus hédonistes, ...) seront encore prêts à assumer cette charge.

Par ailleurs, des politiques pourraient viser à structurer ce potentiel d'énergie, à utiliser ce réservoir de savoirs, de disponibilité et de bonne volonté, au double profit des individus qui souhaitent continuer à se sentir utiles et de la société où les tâches de solidarité communautaires sont immenses.

10. Un vieillissement supplémentaire : le groupe des adultes vieillit aussi

Un vieillissement supplémentaire se marque aussi parmi les jeunes et les adultes. Toutes les classes d'âges inférieures à 44 ans vont continûment s'étioler jusqu'en 2050. Au contraire, la part des « vieux adultes » augmentera : les groupes de 45-54 ans et surtout de 55-64 ans s'étofferont quelque peu en début de période (cf. Figure 1-3 et annexe 1) ; leur part parmi les moins de 65 ans atteindra un tiers dès 2010 et se stabilisera à ce niveau.

Les adultes connaîtront aussi un vieillissement en leur sein, le groupe des 45-64 ans s'élargissant au détriment des cohortes plus jeunes.

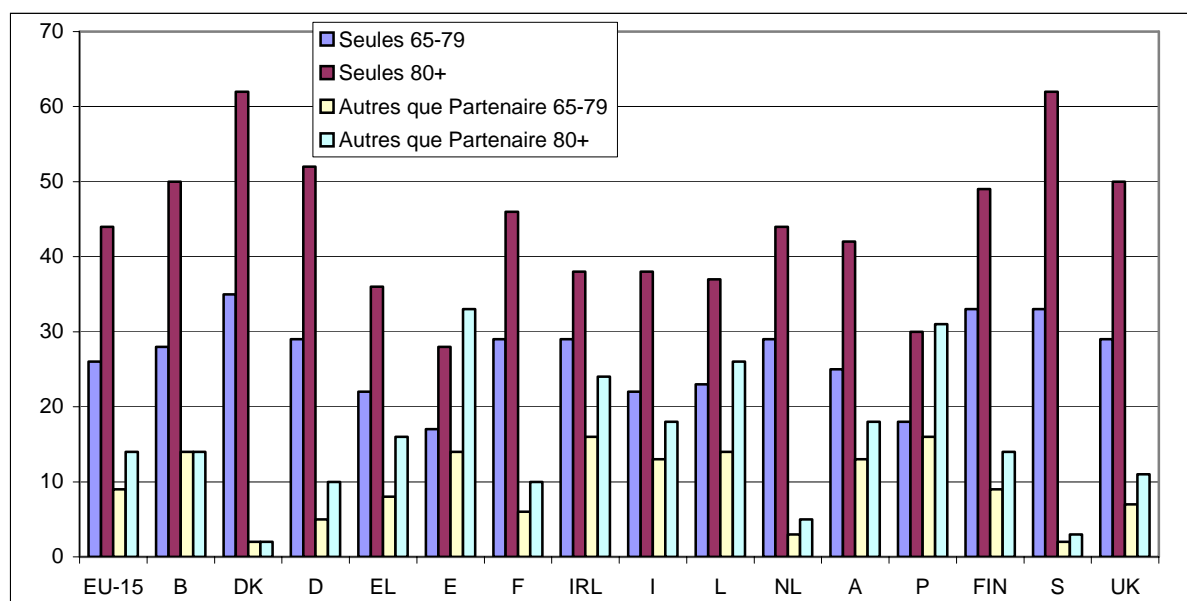
Ce vieillissement est relativement de faible ampleur, mais, comme il touche quelque 2.5 millions de personnes sur six millions des jeunes et adultes, son effet sur les dépenses de santé pourrait être non négligeable. Notons par exemple la prévalence élevée de maladies chroniques dès la cinquantaine (cf. chapitre 2).

11. Nombreux ménages d'une personne

Les personnes vivant seules sont davantage à risque de devoir être institutionnalisées en cas d'accident de santé. La famille multigénérationnelle a cédé le pas à des ménages de plus petite taille. Mais la taille réduite du ménage ne signifie pas nécessairement isolement.

Eurostat a produit des estimations quant à la situation des personnes âgées (cf. Figure 1-12). En Belgique, on estime qu'en 2010 un peu plus d'un quart des 65-79 ans et la moitié des personnes de 80 ans et plus vivront seules, ce qui constitue une situation un peu plus élevée que la moyenne par rapport aux autres pays européens. Ceci ne signifie pas que ces personnes soient isolées, ni qu'elles resteront seules en cas d'accident de santé.

Figure 1-12 Situation du ménage des personnes âgées : vivant seules ou avec d'autre(s) personne(s) que le partenaire* (2010)



* Cet « autre » peut être un enfant, un ami, ...

Source : Eurostat, *Living conditions in Europe*, Statistical pocket Book, Data 1998-2002, 2003 : 113

Pour les personnes âgées qui vivent avec une autre personne que le partenaire (enfant, ami), on peut supposer qu'elles bénéficient d'une solidarité privilégiée. Selon Eurostat, la Belgique se situerait ici aussi à une place moyenne ; seuls les « jeunes vieux » (65-79 ans) bénéficieraient plus souvent d'un accueil chez d'autres personnes que le partenaire ; une telle situation reste toutefois minoritaire : 14 %, pour une moyenne européenne de 9 %.

La Belgique ne se distingue que peu des autres pays européens, en ce qui concerne la composition du ménage des personnes âgées : la moitié des 80+ vivront seules en 2010. La part des personnes vivant avec une autre personne que le conjoint dépassera un peu la moyenne européenne pour les 65-79 ans, tout en restant fort basse : 14 %.

La proportion de personnes âgées vivant seules (34 % en moyenne) serait en 2010 trois fois plus élevée que celle observée en 2003 dans l'ensemble de la population.

La fraction de personnes vivant seules croît, notamment sous la double poussée de la dislocation des ménages et du vieillissement de la population. C'est à Bruxelles que les ménages d'isolés sont les plus fréquents, conformément à un phénomène bien connu dans les grandes villes : près d'un quart des personnes y vivent seules, contre 12 à 14 % seulement dans les deux autres régions (cf. Tableau 1.14). On peut supposer que cette particularité géographique concerne aussi les personnes âgées.

Tableau 1.14 Personnes vivant seules en % de la population

	1990	2002
Belgique	11.3 %	13.6 %
Région de Bruxelles-Capitale	23.3 %	24.7 %
Région flamande	9.2 %	11.6 %
Région wallonne	11.4 %	13.9 %

Source : Calculs UCL, sur base des données INS, Site Web, juin 2004

12. La Belgique dans le concert européen

Tableau 1.15 Indicateurs de population pour l'Europe

	65-79	Position du pays 1999 versus Belgique	80+	Position du pays 1999 versus Belgique	65+/15-64	Position du pays 2010 versus Belgique	Première année du déclin de la population	Position du pays versus Belgique
EU-15	12.6		3.8		27		2022	
B	13.1		3.8		27		2028	
DK	10.8	-	4.1	+	25	-	2034	+
D	13.1	=	3.9	=	30	+	2013	-
EL	13.7	+	3.5	-	29	+	2016	-
E	13.1	=	3.9	=	27	=	2012	-
F	12.2	-	4.1	+	27	=	2034	+
IRL	5.5	---	5.6	++	17	--		
I	14.1	+	4.1		31	+	2004	-
L	11	-	3	-	24	-		
NL	10.4	-	3.2	-	22	-	2038	+
A	11.7	-	3.9	=	26	-	2020	-
P	13	=	3.6	-	24	-	2040	+
FIN	11.6	-	3.6	-	25	-	2024	-
S	12	-	5.2	+	28	+	2031	+
UK	11.6	-	4	+	24	-	2033	+

Source : Eurostat, *Living conditions in Europe*, Statistical pocket Book, Data 1998-2002, 2003 : 113

A la fin du 20e siècle, la Belgique connaissait un moindre vieillissement que la plupart des autres pays de l'UE. En 2010, son coefficient de dépendance démographique (calculé par P_{65+} / P_{15-64}) sera dans l'exacte moyenne. Comme ses voisins, elle connaîtra un déclin démographique, dont le début se situera vers 2028, soit quelques années plus tard que la moyenne européenne ; à cet égard, l'Italie (dès 2004) et l'Espagne (en 2012) seront les premières touchés.

13. Résumé et conclusions

Le vieillissement n'est pas un phénomène nouveau : il est en cours depuis un siècle, surtout depuis les années '50 pour ce qui concerne la place croissante des aînés. Mais il s'accroîtra nettement : l'augmentation du nombre de personnes âgées sera très importante au cours des années 2010-2040, et celle des plus âgés d'entre eux davantage encore. A titre d'exemples, le nombre de personnes de 65 ans ou plus croîtra d'un tiers entre 2000 et 2050, et celui des 80 ans et plus triplera.

Ce phénomène sera partagé par nos partenaires au sein de l'Union européenne, lesquels risquent, tout comme nous, de connaître en outre un déclin démographique, du moins si rien ne change. Ceci jette une lumière nouvelle sur les implications de notre politique d'immigration ; d'autant plus que le solde migratoire pourrait diminuer fortement (jusqu'à 3 000 en 2050), en raison des taux de sortie plus élevés des étrangers, lesquels forment une part croissante de la population (estimation du Prof. Poulain).

Le vieillissement de la population se marque par une double évolution : une croissance du nombre d'aînés et une diminution de la population en âge actif. Des inquiétudes en résultent du fait de l'évolution prévisible de coefficients classiques : la "charge parentale" (censée refléter le support aux aînés dépendants par la génération suivante), ainsi que le coefficient de dépendance démographique des âgés (censée nous renseigner sur le potentiel de financement des pensions et des soins de santé). Néanmoins, les craintes sont souvent exagérées, car les coefficients en question sont en partie fallacieux, pour divers raisons, rappelées ci-dessous.

a) *Les personnes âgées d'aujourd'hui ne sont plus les mêmes que celles d'antan ;* elles sont notamment en meilleure santé et tout porte à croire que cette évolution bénéfique perdurera. Par conséquent, les seuils d'âges actuellement utilisés pour calculer le nombre de personnes à risque accru de soins ou de dépendance et la charge parentale seront vraisemblablement devenus obsolètes à l'avenir. En faisant l'hypothèse que l'espérance de vie « en bonne santé » (selon divers indicateurs) progressera au même rythme que celui prévu pour l'espérance de vie, on peut recalculer les seuils d'âge à venir correspondant aux seuils habituellement utilisés aujourd'hui (65+ et 80+). Les perspectives d'avenir relatives au nombre de ces personnes (dites « à risque ») s'en trouvent dès lors fort allégées. Cependant, la pertinence même de ces seuils doit être mise en question : les maladies chroniques sont déjà très fréquentes bien avant 65 ans et ce seuil n'est donc que peu pertinent à cet égard ; par contre, ce seuil pourrait s'avérer intéressant en ce qui concerne la multimorbidité. Pour ce qui est de l'incapacité grave (source de la dépendance), elle est relativement peu fréquente, même à 80 ans ; par contre, elle croît très rapidement après cet âge, de sorte qu'il serait utile de pouvoir disposer de taux de

prévalence pour des catégories d'âges plus fines, en y incluant les démences séniles.

b) *La dépendance économique* dépend moins de la population en âge actif que de la fraction de cette population qui sera réellement occupée ; aussi les coefficients de dépendance socio-démographique et socio-économique sont-ils plus pertinents que ceux basés sur la seule démographie et leur évolution sera moins rapide. Sont donc cruciaux à cet égard : d'une part, la disponibilité d'emplois et, d'autre part, les taux d'activité, notamment ceux des femmes et des aînés.

- Il importe à cet égard d'examiner en profondeur les *implications d'un maintien au travail des aînés* (sur leur santé, leurs dépenses, mais aussi sur l'emploi des jeunes) ; le bilan étant censé positif, il conviendra de trouver et de mettre en oeuvre les moyens qui permettraient aux aînés de rester actifs plus longtemps ; ainsi, les modalités d'aménagement de l'âge de la retraite ou des conditions d'activité des retraités devraient faire l'objet d'études complémentaires ; il convient notamment, d'analyser les implications du scénario d'un âge de retraite différencié, basé par exemple sur la longueur de l'espérance de vie (et notamment par niveau d'instruction).
- Encore plus cruciale sera la *disponibilité d'emplois*, thème que nous n'avons pas pu aborder dans le cadre du présent rapport.

L'évolution de la richesse nationale sera donc capitale pour faciliter la prise en compte du vieillissement à venir. Les politiques économiques globales devront y veiller !

c) Par ailleurs, en matière de dépendance, *les flux financiers* constituent un indicateur plus pertinent de la charge à prévoir que le nombre de personnes concernées. Ainsi calculées, les perspectives apparaissent encore moins inquiétantes, du moins dans la mesure où la péréquation des allocations demeurera inférieure à l'évolution du niveau salarial. Une telle politique a cependant pour effet pervers de diminuer le progrès attendu pour les aînés, et notamment leur capacité de faire face eux-mêmes aux surcoûts causés par le surcroît de soins de santé liés au grand âge ; ceci pourrait poser un problème d'équité, au cas où les politiques de maîtrise de dépenses publiques aggravent les tickets modérateurs.

d) Enfin, il importe de contrebalancer l'image négative suscitée par les perspectives budgétaires véhiculées actuellement. Le vieillissement doit être abordé sous différents angles, non seulement démographique et économique (emploi, pensions, coûts), mais aussi sociologique (relations intergénérationnelles), et de qualité de vie. Il faut notamment *faire droit aux aspects positifs du vieillissement*. Ainsi, l'amélioration de l'espérance de vie constitue un progrès indéniable pour l'individu, qui jouit d'une vie plus longue, meilleure que par le

passé tant au plan de la santé que du revenu moyen (même si celui-ci reste encore insuffisant pour la moitié de nos aînés). Ce progrès est déjà bien documenté. Ce qui l'est moins, c'est l'apport du vieillissement au bien être collectif : aides multiples apportées par les aînés aux générations suivantes (consommation, dons, gardes d'enfants, facilitant notamment les taux d'activité des jeunes femmes). Nous proposons à cet égard la création d'un nouvel indicateur synthétique, calqué sur le modèle de la charge parentale (avec des qualités et défauts analogues) : le coefficient d'apport intergénérationnel des âgés, à savoir $(P_{60-79} / P_{25-45}) * 100$.

CHAPITRE 2. ESPÉRANCE DE VIE, MORBIDITÉ ET DÉPENDANCE

1. Introduction

Nous présenterons d'abord les concepts généraux et une revue de la littérature (sections 1 à 6), puis un aperçu des données belges (sections 7 et 8), pour évoquer ensuite deux problèmes particulièrement importants : la démence et la fragilité fonctionnelle (section 9 et 10). Nous terminerons par des propositions d'action et un résumé général (sections 11 et 12).

L'allongement de l'espérance de vie et le vieillissement de la population sont une nouvelle donnée dont nos sociétés peuvent se réjouir. Ces caractéristiques sont le reflet d'une prospérité qui a permis de réduire la mortalité infantile et la mortalité prématurée. Mourir plus tard, et donc vivre un plus grand nombre d'années, n'est pas nécessairement synonyme de souffrir plus longtemps. Les individus vivent plus longtemps, grâce à leur vitalité meilleure en moyenne et ce pendant de plus longues périodes. Au seuil d'un chapitre qui aborde la morbidité et la dépendance, insistons sur le fait que ces réalités sont la contrepartie actuelle de l'ensemble des avantages que les individus et la société peuvent tirer de la transition démographique. Nombre d'éléments permettent de comprendre puis de combattre et de gérer la perte d'indépendance physique qui accompagne le vieillissement ; ils seront abordés dans le présent rapport.

La Figure 2.1 illustre schématiquement plusieurs courbes :

- la courbe de survie sans problèmes de santé (courbe de gauche) parcours de N à S) ;
- la courbe de survie sans incapacités (courbe intermédiaire, parcours de N à I) et
- la courbe de survie ou d'espérance de vie (courbe de droite; parcours de N à D).

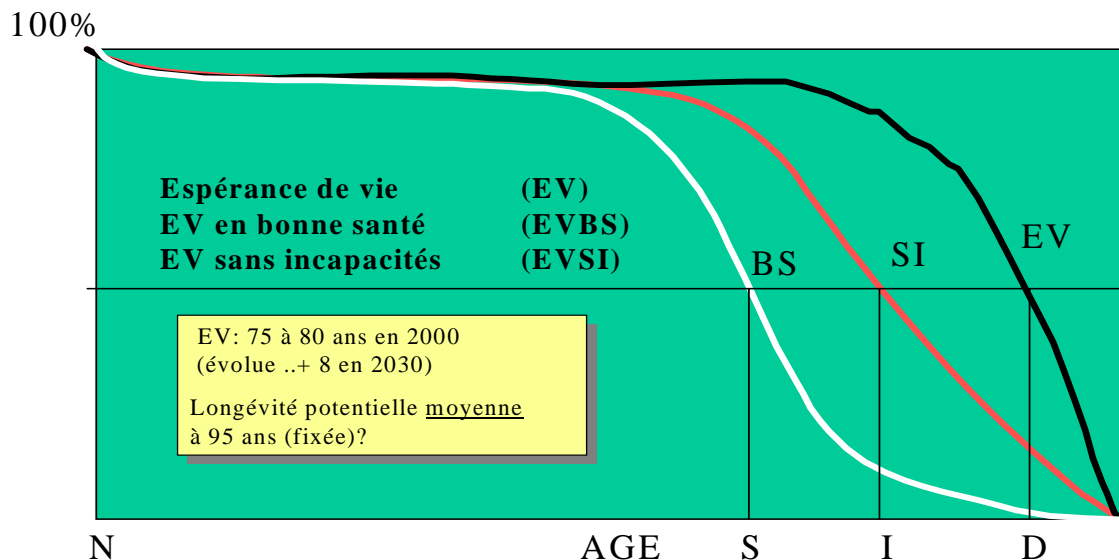


Figure 2.1- Courbes de survie illustrant l'espérance de vie, et l'espérance de vie en santé et sans incapacité

La période de morbidité avec problème de santé mais sans incapacité va de S à I, tandis que la période de morbidité associée à des incapacités va de I à D. La période globale de morbidité va donc de S à D (de l'apparition des problèmes de santé jusqu'au décès). Quand il sera question plus loin de l'évolution de la morbidité, il faudra bien distinguer s'il s'agit de la période globale de S à D, de la période sans incapacité de S à I ou de la période avec incapacités de I à D.

La morbidité est l'ensemble des problèmes de santé et le poids que ceux-ci représentent pour les individus et pour la société, que ce soit en termes de symptômes, de gravité (appelée aussi sévérité) et de perte fonctionnelle (incapacités, dépendance) ; le poids global inclut aussi la consommation de soins. La morbidité globale comprend donc non seulement le poids des maladies chroniques, mais aussi celui des incapacités qui en résultent. A plusieurs reprises, il sera nécessaire de faire la distinction entre ces notions. L'incapacité représente un bon indicateur de la sévérité des maladies chroniques et de la qualité des années vécues.

En résumé

L'espérance de vie résume la moyenne des durées de vie à laquelle une population pourrait s'attendre si perduraient l'environnement et les conditions de vie données à une époque donnée. La valeur de l'espérance de vie évolue selon les contextes ; Globalement, elle s'allonge.

Pour mesurer l'évolution de la qualité de vie, des indicateurs ont été définis : **l'espérance de vie en santé (EVS)** et **l'espérance de vie sans incapacité (EVSI)**. La morbidité globale recouvre les problèmes de santé et les incapacités y associées ; en ce qui concerne les problèmes de santé liés au vieillissement, les maladies chroniques sont particulièrement concernées. Il y aurait lieu de distinguer l'espérance de vie sans maladie chronique (avec ou sans incapacité), l'espérance de vie sans multimorbidité et l'espérance de vie sans incapacité (selon le niveau de gravité).

2. Vieillesse, autonomie et dépendance

Le terme dépendance, comme celui de perte d'autonomie, donne lieu à des interprétations diverses qui peuvent avoir une influence négative sur la représentation que l'on se fait ou que l'on donne du vieillissement et de la vieillesse. Vieillesse et dépendance, vieillissement et autonomie ne sont pas liés par une équation négative. Une personne âgée qui a des domaines pour lesquels elle dépend d'une aide ou de soins spécifiques (elle a un certain degré de dépendance, elle présente certaines limitations d'autonomie) ne doit pas être définie comme globalement en perte d'autonomie. On évitera ainsi la connotation négative de la personne, pour ne parler que de ce qui justifie l'aide, le soin ou l'assistance. Les individus dans la société sont à la fois autonomes et interdépendants, et cela reste vrai aux âges avancés, même si cette interdépendance prend une forme particulière chez une fraction de nos aînés.

L'autonomie.

Selon Leroy (2001), une personne est autonome lorsqu'elle est capable de se gouverner selon ses propres lois, de décider par elle-même de ce qui lui convient. Les psychologues parlent du lieu de contrôle des décisions (Kuypers, 1972). Suivant que ce lieu est interne ou externe, la personne est autonome ou hétéronome. Dans ce contexte, on se situe dans l'ordre de l'être : autonomie et liberté sont des concepts voisins.

La relation de dépendance

Une relation de ce type s'établit à propos d'un besoin d'aide. Celui-ci survient, ainsi que l'explique le modèle ICD2 de l'OMS, au sein d'un système d'interactions entre le fonctionnement de l'individu, ses activités, sa participation sociale et cela compte tenu de ses ressources personnelles et de l'environnement dans lequel il se situe. Lorsqu'il s'agit de dépendance, nous passons donc dans le domaine du faire et, plus exactement, des échanges entre la personne et son entourage "faire avec, faire pour". B. Veysset (1989), à la suite de A. Memmi (1979), parle de la dépendance comme d'une relation mettant en présence trois éléments indissociables : celui qui attend quelque bien ou service, le bien convoité et celui qui le procure.

La confusion entre la perte d'autonomie et la dépendance est lourde de conséquences car, si dans l'esprit du travailleur social, du soignant et de l'entourage, l'aide est apportée à une personne considérée "en perte d'autonomie", il risque d'y associer une conception diminuée de son être. Pour accepter l'aide, la personne aidée va donc devoir se laisser prendre en charge, autrement dit : se soumettre à l'autre, ce qu'elle pourrait vouloir refuser alors qu'elle en a besoin.

Du bon usage des termes

Danger de la confusion entre “perte d’autonomie” et “dépendance”

Autonomie et liberté sont des concepts voisins

La relation de dépendance s’établit à propos d’un besoin d’aide

Une **relation de dépendance** n’entraîne **pas de diminution de l’autonomie**, de la liberté, de l’être.

3. Vieillesse, santé et la CIF

La bonne santé

L’Organisation Mondiale de la Santé (OMS) l’a d’abord définie comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Plus tard, elle a fait sienne une définition qui met l’accent sur la capacité pour un individu de fonctionner de façon optimale dans son environnement habituel (Brunelle, 1991). Au départ, la santé se définissait uniquement en terme de survie. Elle intègre à présent les notions de capacité et de performance, et considère le bien-être et la qualité de vie comme essentiels. « L’état de santé d’un individu est appréhendé à travers les conséquences d’une infirmité ou d’une maladie qui provoque une incapacité, laquelle devient alors un handicap dans la vie quotidienne » (Légaré, 1990). De plus, la perception de sa santé dépend encore fortement de normes culturelles, environnementales et temporelles. Un même état de santé aura des répercussions sur l’incapacité différentes selon l’environnement matériel et moral (Mizrahi, 1991). On pressent déjà toute la difficulté que représente la définition objective et univoque de la santé et le flou de la frontière qui sépare la bonne et la mauvaise santé.

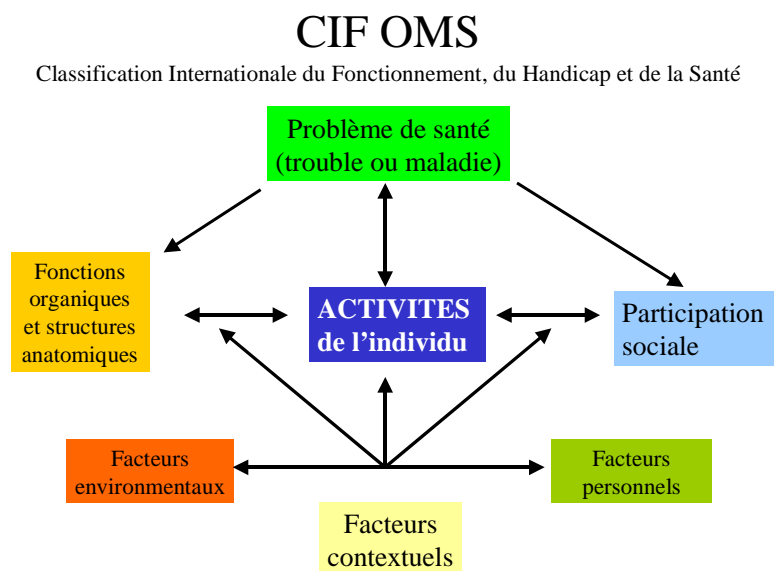
La nouvelle classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé ¹ propose un langage uniformisé et normalisé, ainsi qu’un cadre pour la description des états de la santé et connexes de la santé.

¹ Résolution WHA54.21

La CIF

Nouvelle Classification Internationale du Fonctionnement, de la santé et du handicap ².

Figure 2.2 Schéma de la CIF



Les domaines de la santé sont décrits par la CIF en prenant comme perspectives (cf. Figure 2.2) : l'organisme (structure anatomiques et fonctions physiologiques), la personne en tant qu'individu (et son fonctionnement dans les activités de la vie), et la personne en tant qu'individu social (et sa participation à la vie de la société), selon deux listes de base :

- 1) les fonctions organiques et les structures anatomiques,
- 2) les activités et la participation.

² www3.WHO.INT/ICF

Ces nouveaux termes remplacent ceux utilisés jadis de « déficiences », « incapacités » et « désavantages » et en diffèrent en ce sens qu'ils peuvent aussi décrire des expériences positives et des compétences, plutôt que mettre l'accent sur les aspects négatifs.

Tableau 2.1 Composantes et domaines la CIF (aperçu)

	Partie 1		Partie 2	
	Fonctionnement et handicap		Facteurs contextuels	
Composantes	Fonctions organiques et structures anatomiques	Activités et participation	Facteurs environnementaux	Facteurs personnels
Domaines	Fonctions organiques Structures anatomiques	Domaines de la vie (tâches, actions)	Facteurs externes affectant le fonctionnement et le handicap	Facteurs internes affectant le fonctionnement et le handicap
Schémas	Changements organiques Physiologiques Anatomiques	Capacité : Réaliser des tâches dans un environnement standard Performance : Réaliser des tâches dans l'environnement réel	Impact (facilitateur ou obstacle) de la réalité physique, sociale ou des attitudes	Impact des attributs de la personne
Aspects positifs	Intégrité fonctionnelle et structurelle	Activité Participation	Facilitateurs	
	Fonctionnement		Barrières, obstacles	
Aspect négatif	Déficience	Limitation de l'activité. Restriction de la participation		
	Handicap			

Par **fonctionnement**, la CIF entend donc ce qui se rapporte aux fonctions organiques, aux activités de la personne et à sa participation au sein de la société. La CIF utilise le terme générique « **handicap** » pour désigner les déficiences organiques, les limitations d'activités de l'individu et les restrictions de sa participation sociale. La CIF met également les domaines de la santé dans leurs différentes perspectives en relation avec les **facteurs contextuels** tant individuels qu'environnementaux. Pour l'étude des facteurs de santé et des facteurs de risques, la CIF se réfère à une liste de facteurs environnementaux ³ qui décrivent le contexte dans lequel vit chaque individu.

La CIF s'est éloignée d'une classification des conséquences des maladies pour devenir une classification des composantes de la santé, en définissant ce qui constitue la santé et non plus l'impact de la maladie ou tout problème de santé qui peut en résulter. Cette nouvelle vision de la santé est très systémique, puisque les différentes perspectives pour chaque domaine sont en interrelations réciproques, elles-mêmes influencées par les facteurs contextuels individuels et environnementaux (cf. Figure 2.2). C'est ainsi qu'une personne âgée vivant dans une maison de repos, et pour laquelle on favorise les interactions sociales par diverses activités, pourrait voir ses capacités individuelles dans les activités de la vie quotidienne s'accroître, et sa force musculaire s'améliorer, puis ses activités spontanées augmenter, avec une influence favorable sur l'appétit, les apports nutritionnels, l'immunité, etc. La vision n'est donc plus déficitaire avec une sorte d'évolution fatale vers le déclin, mais elle permet de mettre en lumière les compétences existantes ou à améliorer. Elle permet aussi de rendre compte de l'influence capitale des interventions fonctionnelles et contextuelles apportées par les disciplines paramédicales sur la santé des personnes âgées.

4. Vieillesse et longévité.

4.1. Facteurs de longévité.

L'homme est-il programmé pour vivre, ou sa mort est-elle inscrite dans ses gènes ? Selon la théorie du « disposable soma » de Kirkwood, la sélection naturelle nous a doté d'un ensemble de caractéristiques génétiques qui nous octroie une grande vitalité durant la période de croissance, de reproduction et de maturité ; la finalité étant la survie de l'espèce. Les mécanismes responsables du vieillissement sont alors

³ Désignent l'environnement physique, social et attitudinal dans lequel les gens vivent et mènent leur vie. Il s'agit de facteurs tant externes qu'internes et propres à la personne. Ces facteurs peuvent être facilitateurs ou constituer des obstacles.

liés aux phénomènes oxydatifs (**radicaux libres**) aux modifications mitochondriales, à **l'instabilité croissante de l'ADN**, aux anomalies de synthèse protéique et à **l'affaiblissement des mécanismes de tolérance** aux tumeurs. Selon cette théorie, il n'y a pas de limite théorique à la longévité, mais les **contingences du hasard, de l'environnement, des conditions de vie et des styles de vie (notamment de la nutrition) maintiennent une limite de probabilité à la survie**. Les tissus de notre économie qui sont capables de se régénérer (épithelia, moelle sanguine, hépatocytes) ont des chromosomes dotés de télomères (à l'extrémité des chromosomes) qui décomptent le nombre de divisions cellulaires et les limitent à quelque cinquante doublements pour une souche cellulaire. Seules les cellules cancéreuses n'ont pas cette limitation, de même évidemment que les cellules destinées à la reproduction. Le vieillissement est donc au moins en partie lié à cette **limitation de régénération des tissus**. Selon d'autres théories, le vieillissement est programmé génétiquement par des mécanismes complexes et multigéniques. Certes, des maladies rarissimes d'origine génétique miment le vieillissement de manière accélérée (syndromes progéroïdes), mais elles sont liées à des anomalies qui accroissent l'instabilité de l'ADN ou qui accroissent le stress oxydatif. Il est donc très peu vraisemblable que des manipulations génétiques même complexes soient capables d'allonger la longévité du commun des mortels.

Pour l'avenir, l'attitude de plus en plus concernée de la population face à sa santé, des campagnes de prévention soutenues, l'évolution du niveau d'instruction, l'amélioration des conditions de vie laissent augurer une amélioration continue de l'état de santé de nos populations ; leur effet positif en terme de mortalité nécessitera un certain temps pour être appréciable et mesurable.

Au stade actuel des connaissances, il est raisonnable de considérer que l'espérance de vie va se prolonger jusqu'à une longévité potentielle moyenne située vers 95 ans (alors que Fries parlait de 85 ans), avec un maximum de 120 ans (depuis la validation de la durée de vie exceptionnelle de Mme Calment, décédée à plus de 122 ans, cf. Robine et Allard, 1998). Il est donc raisonnable d'orienter les efforts vers le recul des seuils cliniques des affections chroniques délétères (démences, insuffisance cardiaque, ostéoporose, arthrose, perte musculaire, atteintes des organes des sens), plutôt que de promouvoir une « médecine anti-âge » (cf. section suivante).

Résumé

La longévité est la durée potentielle de vie d'un être humain et est fonction de son patrimoine génétique et des conditions d'environnement.

4.2. Médecine anti-âge ou promotion de la santé ?

Tout le monde espère bien vieillir, et il y a des mesures à prendre pour maintenir le plus longtemps possible une bonne santé. Dans la presse et dans les médias, il est à la mode de parler de « traitement anti-âge », de « fontaine de jouvence » chaque fois qu'un progrès médical est présenté sous l'angle de son effet sur l'espérance de vie. Certains chercheurs n'hésitent pas à promettre des « thérapies géniques » ou hormonales pour « guérir » le vieillissement qu'ils qualifient de la pire des maladies. Ceci génère beaucoup de confusion et il importe d'informer correctement le public en lui ôtant l'illusion que l'on puisse empêcher le vieillissement. Par contre, l'éducation à la santé en général ne peut avoir que des effets favorables sur le vieillissement. Néanmoins le phénomène « anti-aging medicine » prend, aux Etats-Unis par exemple, des proportions importantes et inquiète les chercheurs et les fondations de recherche qui se demandent s'il est éthique d'investir des fonds dans une recherche qui vise à prolonger la vie, alors que les priorités doivent aller vers l'amélioration de la santé fonctionnelle des aînés. Nous mettons en garde les personnes en position de décider de l'allocation des ressources dans le domaine de la recherche médicale, et insistons pour que soient analysées de près les propositions de recherche en la matière. Leur argumentation « anti-âge » nie le vieillissement, et véhicule des valeurs qui escamotent un phénomène naturel (le vieillissement), de la même manière que notre société nie et escamote la mort.

De manière positive, il faut encourager toutes les interventions médicales qui reculent les maladies chroniques et en réduisent les effets sur les incapacités, tout en encourageant les thérapies de récupération et de réadaptation. Ce genre de progrès résulte de recherches tout-à-fait intéressantes, dont la presse se fait parfois l'écho en les qualifiant indûment d'apport à la longévité, ce qui contribue à semer la confusion entre les deux types d'approche ! Comme nous le préciserons plus loin, les individus ne sont pas égaux eu égard aux effets du vieillissement, et une idéologie du « fitness » poussée à l'extrême risque d'accentuer ces inégalités si, en parallèle, on n'offre pas à ceux qui ont eu un accident de santé, la possibilité de récupérer selon les connaissances du moment.

Le vieillissement est un phénomène naturel

Le vieillissement n'est pas une maladie

Des conditions de vie favorables et une vie saine contribuent à prévenir les effets délétères du vieillissement

Les citoyens ne sont pas égaux devant le vieillissement

5. Espérance de vie et longévité.

L'allongement de l'espérance de vie est constant (actuellement plus un an tous les quatre ans, soit "une saison par an"). A-t-il une limite ?

Les relations entre l'espérance de vie et la longévité sont évidemment importantes à préciser pour élaborer des scénarios prospectifs sur les valeurs de l'espérance de vie dans les décennies futures.

5.1. Relations entre espérance de vie et longévité.

Il y a globalement trois scénarios qui s'opposent sur la valeur de l'espérance de vie par rapport à la longévité. Pour ceux qui pensent que l'essentiel des gains a déjà été réalisé, une limite pratique de 85 ans à la longévité paraît infranchissable. Pour ceux qui envisagent que l'évolution commencée peut se poursuivre dans notre XXI^e siècle, une longévité maximale située entre 95 et 100 ans est crédible. Il y a enfin les plus audacieux qui pensent qu'une révolution bio-médicale est possible, laquelle pourrait éventuellement mener la longévité jusque 125 ans voire plus.

L'espérance de vie qui continue de croître d'un an tous les 4 à 5 ans se buterait donc pour les uns à une limite de 85 ans (Olshnansky et al, 1990), pour les autres à un âge moyen situé entre 95 et 100 ans (Vallin, 1993) et pour les derniers à une limite qui ne cesserait de reculer et pourrait dépasser 120 ans (Vaupel et al). Les tenants des différents scénarios ont leurs arguments, mais si on se réfère aux évolutions récentes de l'espérance de vie et aux données connues de longévité, **une valeur mouvante située entre 95 et 100 ans paraît raisonnable** à prendre comme hypothèse de travail (du moins en ce qui concerne les cinquante années à venir).

Une donnée supplémentaire est d'importance : celle de la distribution des décès autour de ces âges-moyens limites. Cet aspect sera abordé plus loin (cf. section 6.2.1).

En résumé

- 1) Divers scénarios sont possibles pour modéliser l'évolution de l'état de santé. Certains sont hypothétiques, d'autres plausibles ou possibles ; l'un est considéré comme probable (cf. section 6.2.1).
- 2) Il est raisonnable de considérer que **la longévité potentielle moyenne dans l'espèce humaine est fixée et de l'ordre de ± 95 ans.**
- 3) **L'espérance de vie s'allonge et se rapproche progressivement de la longévité potentielle moyenne.**

5.2. L'espérance de vie en Belgique

Ces dernières années, le recul de la mortalité a bénéficié principalement aux personnes âgées, permettant à un nombre croissant d'entre-elles de vivre jusqu'à des âges même très avancés.

Ainsi, la part des 65 ans et plus est passée en Belgique de 11.9 % en 1960 à 16.0 % en 1995, alors que la proportion des 80 ans et plus passait de 1.8 % à 3.8 % durant la même période. En 2020, on doit s'attendre à ce que ces parts atteignent respectivement 20.6 % et 5.7 % (INS et BFP, 2001). Autrement dit, à cette époque, une personne sur cinq aura plus de 65 ans. A l'horizon 2050, les 65+ formeront plus du quart de la population (26.5 %) et les octogénaires plus de 10 %.

5.2.1. Importantes différences selon le genre et le niveau d'instruction

Nous nous référons ici à une étude collective (Sebo et al, 2001). Les femmes vivent plus longtemps que les hommes, avec, en moyenne, un écart d'espérance de vie à la naissance de six à sept ans (cf. Figure 2.3). En 2000, l'espérance de vie atteint en Belgique, 75.1 ans chez les hommes et 81.4 ans chez les femmes.

Au début de ce 21^e siècle, les femmes belges peuvent donc espérer vivre en moyenne six ans de plus que les hommes. L'excédent de départ pour les hommes, à savoir 105 garçons qui naissent pour 100 filles, s'amenuise ainsi au fil des années pour creuser ce fossé à l'avantage des femmes. Aujourd'hui, à tous les âges, les hommes meurent plus que les femmes (cf. Figure 2.4). Des différences analogues sont universellement observées dans les pays industrialisés.

Les causes de cette surmortalité masculine sont complexes et pas totalement élucidées. Il faut faire appel à des facteurs biologiques et génétiques, mais la principale contribution semble relever de facteurs socio-économiques, culturels et comportementaux. Le tabagisme, l'alcoolisme, les accidents de la route, la violence ou encore les risques professionnels sont davantage des attributs masculins que féminins. A ces « vices masculins », on peut opposer les « vertus féminines », notamment les femmes auraient tendance à se préoccuper plus de leur santé, ce qui leur a permis de tirer davantage profit des progrès sanitaires des dernières décennies.

Toutefois, les femmes adoptent actuellement des comportements à risque : tabagisme, alcool, certaines activités professionnelles qui ne sont plus l'apanage exclusif des hommes ; ce rapprochement des comportements entraînera-t-il certains rapprochements des taux de mortalité ? Commenceraient-elles alors à souffrir plus jeunes et à mourir prématurément de maladies cardiovasculaires comme les

hommes? Va-t-on ainsi assister à un tassement du taux d'accroissement de l'espérance de vie des femmes par rapport à celui des hommes?

Figure 2.3 Evolution de l'espérance de vie en Belgique selon le sexe et l'âge 1960-1997

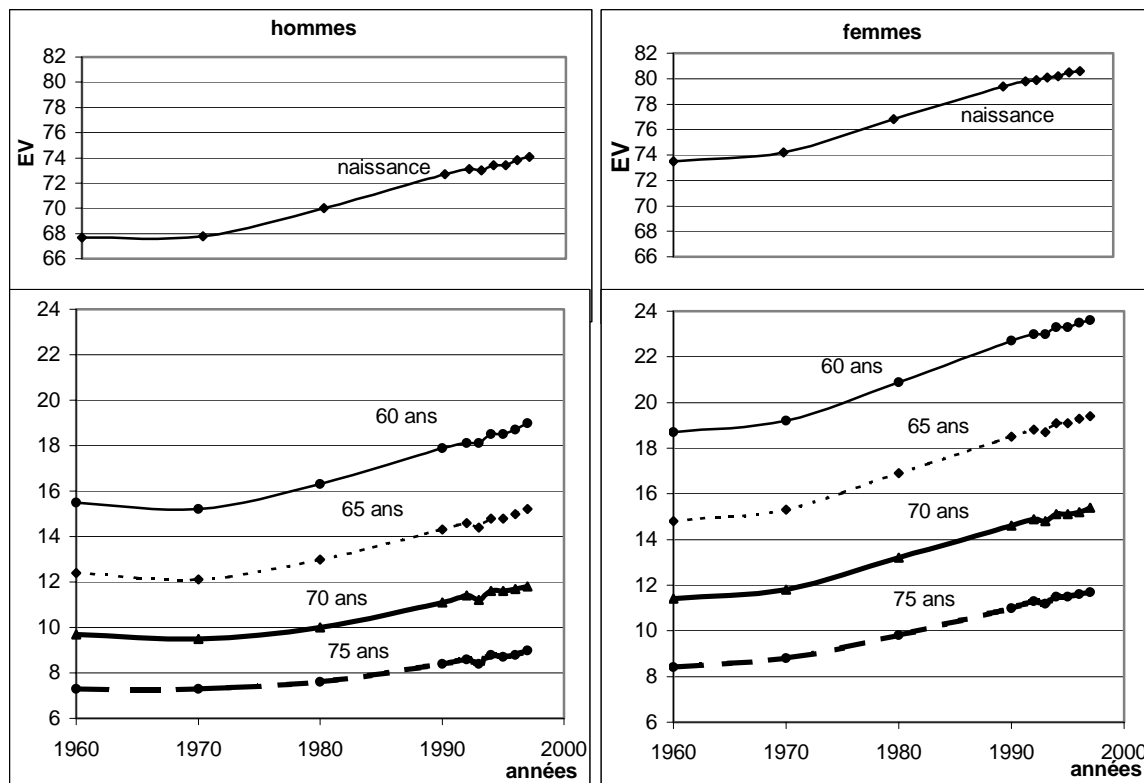
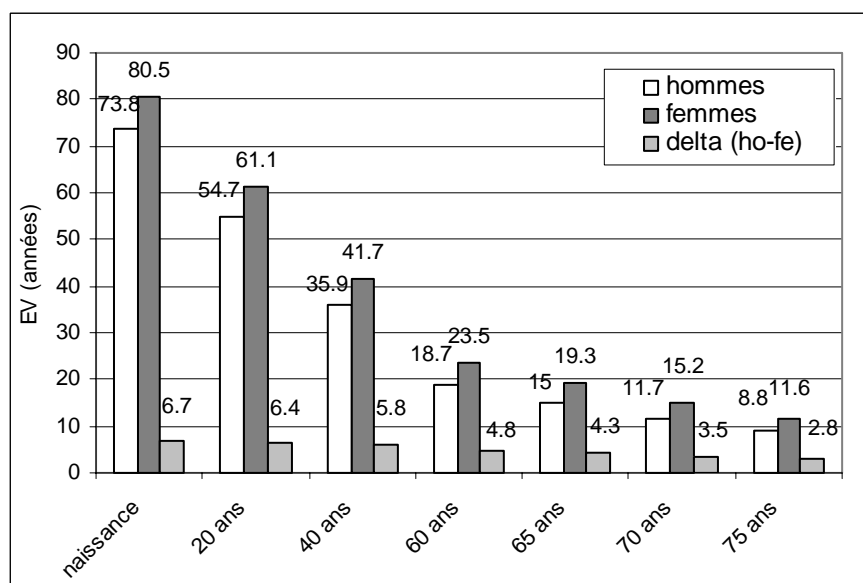


Figure 2.4 Espérance de vie selon l'âge et le sexe en Belgique, en 1996



Source : Eurostat 1999

Actuellement, c'est essentiellement la mortalité des personnes âgées qui pèse sur la différence d'espérance de vie entre les sexes (J. Vallin, 1997). A cette différence de mortalité, s'ajoute encore le fait que les femmes épousent généralement des conjoints plus âgés qu'elles et qu'elles se remarient moins fréquemment à la suite d'un veuvage ou d'un divorce.

Les implications sociales du déséquilibre hommes-femmes au grand âge prennent une importance croissante. Les femmes âgées sont de plus en plus nombreuses ; elles risquent de voir leurs tâches traditionnelles d'aidantes s'alourdir à mesure que s'allonge l'espérance de vie de leur conjoint, alors qu'elles-mêmes, en général plus jeunes, ne trouveront plus cet appui quand elles seront devenues veuves.

La conséquence de la mortalité différentielle est l'augmentation avec l'âge du nombre de veuves. On dénombrait en 1998, 483 345 veuves pour 105 400 veufs. Ainsi, le nombre de veuves âgées (65 ans et plus) était-il plus de quatre fois (4,6) supérieur à celui des hommes. Ce rapport dépassait même cinq pour Bruxelles et la Wallonie (5,4 et 5,2 respectivement), versus 4,1 en Flandre (INS, 1999). Le groupe des personnes âgées veuves constitue une population exposée aux risques d'isolement, de perte d'autonomie et de précarité et ceci souligne une problématique sociale importante des personnes âgées, et un préjudice à l'égard duquel il faudra trouver des réponses adéquates.

En résumé

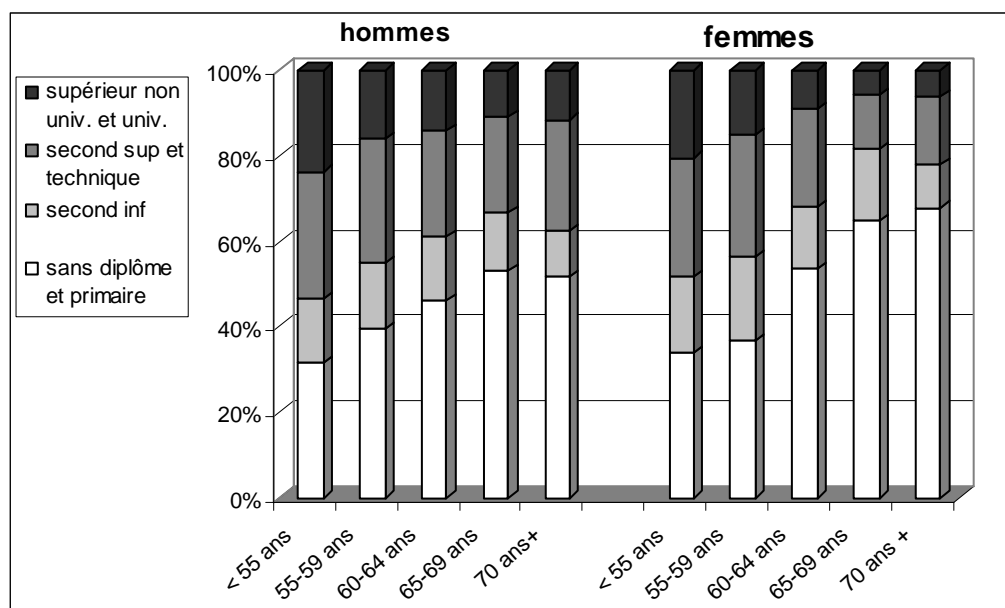
En 2000, l'espérance de vie en Belgique est de 75 ans pour les hommes et de 81 ans pour les femmes.

Pour les femmes, leur tâche d'aidante risque de s'alourdir, sans compensation lorsque viendra pour elles la dépendance.

Le nombre de veuves dépasse de quatre à cinq fois celui des veufs ; ce groupe est à risque d'isolement et de précarité.

Le niveau d'instruction est aussi un facteur lié à l'espérance de vie : celle-ci s'améliore à mesure que s'allonge la durée des études (cf. Tableau 2.2). Le niveau d'études est plus faible chez les femmes âgées (cf. Figure 2.5) ; son amélioration pour les cohortes futures des aînées pourrait compenser, au moins en partie, l'effet potentiellement délétère des styles de vie nouveaux des femmes. Même si l'effet du niveau d'instruction est moins franc que chez les hommes, l'ampleur du phénomène est plus important pour les femmes qui partaient d'un niveau d'instruction majoritairement faible.

Figure 2.5 Répartition relative du niveau d'instruction par sexe et groupe d'âges, Belges francophones de Wallonie et Bruxelles, 1993-1994



Source : Enquête FPR

Tableau 2.2 Espérance de vie à 25 ans selon le niveau d'instruction, le genre et la région, Belgique 1991-96

Source : Gadeyne S et Deboosere P, 2001

Niveau d'éducation	Belgique		Flandres		Bruxelles		Wallonie	
	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes	hommes	femmes
sans diplôme / primaire	48.09	55.11	49.18	55.53	47.73	55.17	46.21	54.26
secondaire inférieur	50.18	57.04	51.33	57.7	49.05	56.21	48.85	56.4
secondaire supérieur	50.99	57.49	51.74	57.96	49.88	56.93	49.8	56.63
supérieur	53.43	58.08	54.08	58.63	52.92	58.09	52.38	57.15
total	49.56	55.75	50.44	56.15	49.27	55.66	48.08	55.05

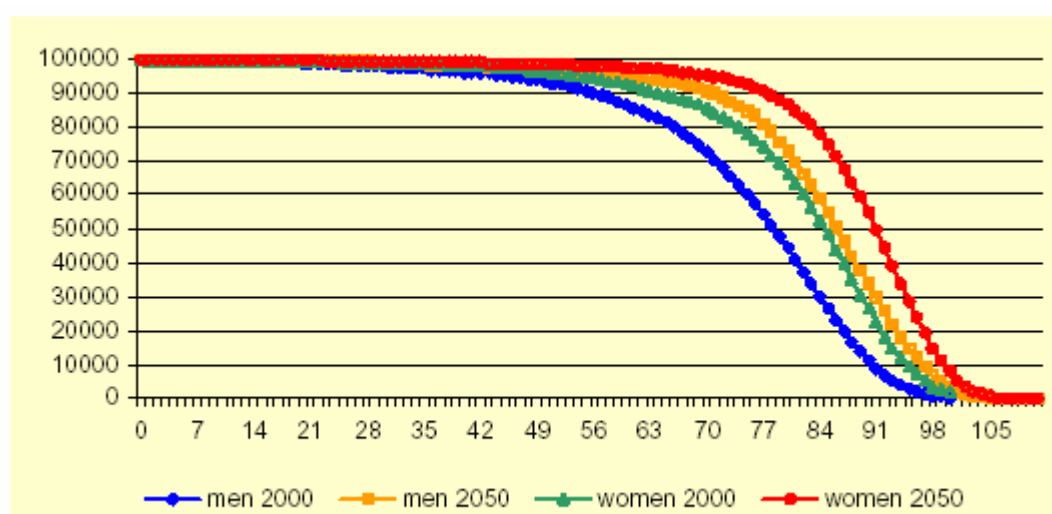
5.2.2. Le fossé d'espérance de vie va-t-il continuer à se creuser ?

Récemment, l'écart d'EV entre les hommes et les femmes semble se réduire avec le temps (Caselli, 1996). Sur la base des perspectives nationales récentes, l'écart d'espérance de vie devrait progressivement se réduire, passant de 6,8 ans en 1995 à 6,5 années à l'horizon 2020 ou de 6,8 à 5,8 selon le Bureau fédéral du Plan et jusqu'à 5 années vers 2050 (cf. Tableau 2.3). Les courbes de survie par sexe sont présentées à la Figure 2.6

Tableau 2.3 Perspectives d'espérance de vie à la naissance en Belgique

	1950	1970	1995	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Hommes	65	68,3	73,9	75,1	77,2	79,2	81	82,5	83,9
Femmes	70	74,7	80,7	81,4	83,4	85	86,4	87,3	88,9
Ecart hommes-femmes	5,0	6,4	6,8	6,3	6,2	5,8	5,4	4,8	5,0

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

Figure 2.6 Courbes de survie pour une cohorte fictive de 100 000 personnes, par sexe, 2000 et 2050

Source: FPB Mortality Table projections.

A 80 ans par contre, les projections sont plus pessimistes et l'écart devrait se creuser pour tous les pays. On assisterait entre 1985 et 2020 à un doublement, voire à un triplement de cet écart, en raison des grandes différences qui subsisteront entre ces générations en termes d'exposition aux risques durant leur vie. En Belgique, on passerait de 1.3 ans à 1.9 ans. C'est également l'avis de J. Vallin et F. Meslé (1989). Pour le Bureau du Plan aussi, l'écart s'élargirait, mais autrement : de 1.9 en 2000 à 2.3 années en 2050 (Mestdagh, 2003).

D'importantes différences subsisteront (cf. chapitre 1, tableau 1.10) ; vers 2040 par exemple, il y aura toujours encore 1.8 femmes de 85 ans pour un homme du même âge. La durée du mariage se trouvera certes prolongée, mais cela compensera-t-il la charge accrue en termes de soins au moment de l'incapacité du conjoint ?

6. Espérance de vie en santé et sans incapacité

6.1. Les concepts

ESPERANCE DE VIE EN SANTE ET SANS INCAPACITES

Une espérance de vie élevée n'implique pas nécessairement une meilleure santé pour la population. C'est précisément cette crainte de voir progresser les polyopathologies chroniques, les incapacités, les problèmes de dépendance, qui domine lorsqu'est abordée la question du vieillissement de la population. On se demande en effet si ces années gagnées sont et seront des années de bonne santé ou si, au contraire, elles seront chargées de maladies diverses et d'incapacités y associées. Les progrès sociaux et médicaux ont contribué à repousser les limites de la vie au grand âge, mais qu'en est-il de leur impact sur les maladies non létales susceptibles de grever sérieusement la santé et la qualité de vie des personnes âgées ?

L'espérance de vie (EV) utilisée classiquement en démographie n'est pas un indice suffisamment sensible de l'état sanitaire. Les nouveaux concepts **d'espérance de vie en (bonne) santé (EVS)** et **d'espérance de vie sans incapacités (EVSI)** permettent d'affiner la mesure, en tenant compte non seulement de la durée de vie, mais également de sa qualité. Ils autorisent en outre une analyse de la santé différentielle qui souligne l'inégalité de certains groupes sociaux face à la maladie, comme devant la mort. Ces nouveaux indicateurs prennent de plus en plus d'importance au sein du débat qui se joue actuellement autour du vieillissement. Cela a donné lieu à de nombreuses controverses et diverses hypothèses ont été formulées concernant les tendances récentes et futures des niveaux de santé.

6.1.1. Les méthodes d'évaluation.

« Espérance de vie en santé » ou « espérance de santé » sont les termes génériques qui désignent tous les indicateurs d'une espérance de vie dans un état de santé donné (Robine, 1996).

Ces indicateurs de santé représentent un apport indéniable à la connaissance de l'état sanitaire de la population ; plus sensibles que les indicateurs classiques tels que l'espérance de vie, ils permettent en outre d'analyser les états de santé différentiels. On leur reconnaît cependant des limites, lesquelles imposent une certaine prudence lors de l'analyse des résultats. La principale critique qu'on leur a faite est le flou des concepts de santé et d'incapacité. En effet, il existe autant de mesures d'espérance de vie en santé (EVS) qu'il y a de critères pour mesurer la santé : santé perçue, sans maladie, sans maladie chronique, sans incapacité, ... Plusieurs études ont montré que la *santé subjective* était fortement corrélée à la morbidité, à l'incapacité et à la mortalité (Rogers, 1995), ce qui en fait un indicateur de santé intéressant. Ce type d'approche (par enquête) permet en outre de montrer que la santé revêt des formes multidimensionnelles variées et qu'on aurait bien tort de s'en tenir au cadre purement clinique de la maladie, sans considérer le vécu des personnes ni les facteurs environnementaux et psychologiques qui les influencent.

Différentes méthodes ont été mises au point pour calculer ces indicateurs qui visent à appréhender de façon globale l'état sanitaire de la population. Celle de Sullivan est la plus couramment utilisée pour sa faible exigence en données et la relative simplicité de son mode de calcul. Elle se base sur la prévalence observée d'un état de santé donné à chaque âge dans la population du moment. D'autres méthodes plus élaborées ont été proposées, mais leur plus grande complexité et exigence en limitent sérieusement l'usage ; on peut citer la méthode des tables à double extinction ou encore celle des tables multi-états qui tient compte de la réversibilité des états d'incapacité. La diversité des modes de calcul, certains tenant compte par exemple de la réversibilité de l'état d'incapacité et d'autres pas, ne facilite pas l'homogénéisation des résultats. Ces limites entravent les comparaisons dans le temps ou dans l'espace.

6.1.2. L'espérance de vie sans incapacité (EVSI)

L'EVSI est un des indicateurs de ce type le plus usité ; il indique le nombre moyen d'années qu'un individu peut espérer vivre sans restriction d'activité, dans l'hypothèse où les taux de mortalité et d'incapacité physique enregistrés à un moment restent inchangés. Il s'agit d'une espérance de vie pondérée par la qualité de vie.

L'espérance de vie sans incapacité (EVSI) peut varier fortement en fonction de la performance que l'on va mesurer chez l'individu - l'élévation d'une marche de

quelques centimètres modifie l'EVSI d'environ huit ans (Brunelle,1991). Il faut y ajouter le caractère fortement subjectif des déclarations de santé ou d'incapacités (les femmes déclarent plus facilement leur maladie). La fixation du critère et du seuil à retenir est donc cruciale.

6.2. Espérance de vie et évolution de la morbidité en général et des incapacités

De nombreux auteurs ont traité des divers aspects de ce phénomène ⁴.

6.2.1. Les scénarios possibles

L'évolution de la **morbidité et des incapacités y associées** a été sujette à de nombreuses controverses au cours de ces dernières années. Le manque de données fiables qui caractérisait la santé a donné lieu à diverses hypothèses accompagnant la baisse de la mortalité que l'on peut résumer sous la forme de trois scénarios :

- le scénario pessimiste prédit une aggravation de la morbidité avec l'allongement de l'espérance de vie,
- le scénario optimiste envisage une amélioration (compression de la morbidité),
- le scénario neutre envisage un équilibre entre divers phénomènes évoluant de façon différenciée (Robine,1996).

1) C'est à **Gruenberg et Kramer (1980)** que l'on doit la première théorie. D'après elle, il faut s'attendre à une **pandémie des troubles mentaux, des maladies chroniques** et des incapacités, en considérant que le recul de la mortalité proviendrait essentiellement de la baisse de la létalité des maladies chroniques. Dès lors, tout prolongement de la vie ne ferait que révéler des formes plus sévères de la maladie et prolonger la période d'incapacité. En repoussant l'âge du décès, la durée de survie avec maladies et incapacités augmenterait.

⁴ Cambois et al, 1998 ; Crimmins et al, 1994 et 1997 ; Liao et al, 2000 ; Légaré 1999, Leveille et al, 1999 ; Nault et al, 1996 ; Robine et al, 1986,1991, 1998 et 1999 ; Rogers 1995.

- 2) Les optimistes, tels que **Fries**, **prédisent une compression de la morbidité** : l'EV à la naissance atteindrait un plafond à court terme et les maladies chroniques dégénératives se trouveraient repoussées vers des âges plus élevés. Cette compression reste toutefois tributaire de la limite de la vie humaine. On vivrait donc à la fois plus longtemps, et les problèmes de santé et les incapacités apparaîtraient plus tard. Cette théorie est associée à celle de la rectangularisation de la courbe de survie, c'est-à-dire une concentration de l'âge du décès autour de l'âge limite (faible écart-type).
- 3) Enfin, **l'équilibre dynamique de Manton** stipule que la prévalence des maladies chroniques invalidantes augmenterait, mais que la progression de ces maladies suivrait un cours plus lent et que leurs états seraient moins sévères. Selon cette théorie, la hausse de l'espérance de vie serait en partie expliquée par le ralentissement du développement des maladies chroniques : si la prévalence de ces maladies augmente, les affections sont en moyenne moins graves.

A cela s'ajoute la notion de distribution des décès autour de l'âge moyen au décès. A espérance de vie moyenne égale, les décès peuvent se distribuer de manière plus ou moins large autour de cette valeur. Fries et Crapo (1981) ont popularisé **la courbe rectangulaire** de la compression de la morbidité et de la mortalité. La rectangularisation correspond à une concentration des décès autour de l'âge moyen au décès ; actuellement cet âge moyen est de 85 ans (90 % entre 77 et 93 ans). L'amélioration des conditions de vie et des styles de vie repousserait l'âge d'apparition des maladies chroniques et des incapacités, sans pour autant allonger davantage l'espérance de vie. Selon cette théorie, la morbidité est alors comprimée entre la courbe de survie limite et la courbe de survie sans morbidité.

Si on combine les trois scénarios d'évolution de la morbidité/incapacité (avec les variantes : compression absolue ou relative; expansion relative ou absolue) avec ceux concernant la survie (limite vers 85 ans; limite vers 95 ans; limite vers 125 ans; chaque fois avec ou sans rectangularisation), on peut se faire une idée des scénarios plausibles de l'évolution future de l'état de santé des personnes âgées (cf. Tableau 2.4).

La combinaison qui correspond le mieux aux observations, en particulier chez nos voisins français (Robine), est celle d'un allongement progressif de l'EV jusqu'à une limite probable de 95 ans, associée à une distribution des décès non rectangularisée autour de cet âge, et avec une atténuation des incapacités, signifiant que l'EVSI (espérance de vie sans incapacités) évolue au moins parallèlement à celle de l'EV (et probablement mieux que l'EV). Les années avec incapacité diminueraient, tandis que l'espérance de vie s'allonge.

Tableau 2.4 Scénarios de l'évolution future de l'état de santé des personnes âgées

<i>Longévité</i>	<i>85 ans</i>	<i>85 ans</i>	<i>95 ans</i>	<i>95 ans</i>	<i>125 ans</i>	<i>125 ans</i>
	rectangularisé	limite	rectangularisé	limite	rectangularisé	limite
Compression absolue	<i>dépassé</i>	possible	possible	possible	possible	possible
Compression relative	<i>dépassé</i>	possible	plausible	plausible	plausible	possible
Equilibre	<i>dépassé</i>	possible	plausible	PROBABLE	plausible	possible
Expansion relative	<i>dépassé</i>	possible	plausible	plausible	plausible	possible
Expansion absolue	<i>dépassé</i>	<i>non valide</i>	<i>non valide</i>	<i>non valide</i>	<i>non valide</i>	<i>non valide</i>

Source : D'après Robine et Sermet (2001).

Aux USA et au Royaume Uni, on a pu observer entre 1970 et 1990 un allongement de l'espérance de vie, accompagné d'un allongement au moins proportionnel de l'espérance de vie sans incapacité (cf. Tableau 2.5).

Tableau 2.5 Evolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité à 65 ans

		Men 65 y		Women 65 y	
		LE	DFLE	LE	DFLE
USA¹⁾	1970	13,0	6,4	16,8	8,7
	1980	14,2	6,6	18,4	8,9
USA²⁾	1964	12,8	6,6	16,2	10,2
	1974	13,4	7,2	17,5	10,7
	1985	14,6	10,5	18,6	13,3
USA⁴⁾	1993	12,6	10,0	18,7	15,9
England³⁾	1976	12,5	6,9	16,6	8,2
	1981	13,1	7,7	17,1	8,1
	1985	13,4	7,7	17,5	8,9

1) Crimmins et al 1989, 2) McKinley et al 1989, 3) Bebbington 1988, 4) Guralnik et al 1993

Légende : LE = life expectancy = espérance de vie
DFLE = disability free life expectancy = espérance de vie sans incapacité

Tableau 2.6 Variations de l'espérance de vie sans incapacité

	Hommes 1981	1991	Evolution
Espérance de vie sans incapacité	60,8	63,8	3,0
Espérance de vie sans incapacité sévère	68,9	71,7	2,8
<i>dont avec incapacité modérée</i>	8,1	7,9	-0,2
Incapacité permanente	6,8	7,1	0,3
Arrêt d'activité	1,3	0,8	-0,5
	Femmes 1981	1991	Evolution
Espérance de vie sans incapacité	65,9	68,5	2,6
Espérance de vie sans incapacité sévère	76,3	78,8	2,5
<i>dont avec incapacité modérée</i>	10,4	10,3	-0,1
Incapacité permanente	8,9	9,1	0,2
Arrêt d'activité	1,5	1,2	-0,3

Source : Robine, Solidarité santé n°1, 1994

On peut observer l'allongement de l'espérance de vie sans incapacité sévère en France entre 1981 et 1991 (cf. Tableau 2.6). Cet allongement est confortable et plus important chez les hommes (+ 2,8 ans) que chez les femmes (+ 2,5 ans). On note également une diminution des années vécues avec une incapacité modérée. Ces données traduisent une compression de la morbidité en termes d'incapacité sévère.

Tableau 2.7 Variations de l'espérance de vie et de l'espérance de vie avec incapacité (selon composantes)

	Hommes 1981	1991	Evolution
Espérance de vie totale	70,4	72,9	2,5
dont avec incapacité sévère	1,5	1,2	-0,3
en institution	0,6	0,5	-0,1
confiné à domicile	0,5	0,3	-0,2
alité	0,4	0,4	0
	Femmes 1981	1991	Evolution
Espérance de vie totale	78,6	81,1	2,5
dont avec incapacité sévère	2,3	2,3	0
en institution	1,1	1,2	0,1
confiné à domicile	0,7	0,7	0
alité	0,5	0,4	-0,1

Source : Robine, solidarité santé n°1, 1994

L'espérance de vie globale s'allonge entre 1981 et 1991 et s'accompagne d'une réduction du temps passé avec des incapacités sévères, du temps passé en institution ou confiné au domicile pour les hommes mais pas pour les femmes (cf. Tableau 2.7). Ceci souligne à nouveau que la compression de la morbidité avec incapacité profite plus aux hommes (mais ils vivent moins longtemps) qu'aux femmes (qui vivent plus

longtemps et sont plus souvent isolées). Si on confronte les deux derniers tableaux, on peut observer que l'allongement de l'espérance de vie est de 2,5 ans en dix ans (1981-1991) pour les femmes et pour les hommes. Parallèlement, les années vécues sans incapacité sévère reculent de 2,5 ans chez les femmes (statu quo), tandis qu'il y a un gain d'espérance de vie sans incapacité sévère (+ 2,8 ans) chez les hommes (compression).

6.2.2. Comparaison entre pays.

Par rapport aux autres pays européens, la Belgique se situe en dessous de la moyenne en ce qui concerne l'espérance de vie : seuls le Portugal et l'Irlande se situent moins bien ; par contre, la Belgique fait beaucoup mieux en ce qui concerne l'espérance de vie sans incapacité : selon Eurostat, seules la Grèce et l'Italie scorent mieux à cet égard (cf. Tableau 2.8).

Tableau 2.8 Espérance de vie à la naissance et sans incapacité, Pays européens

	Espérance de vie à la naissance			Espérance de vie sans incapacité			
	Hommes Femmes		Versus Belgique	Hommes Femmes		Versus Belgique	
	2000	2000		1996	1996		
EU-15	75,3	81,4		EU-15	,	...	
B	74,6	80,8		B	49,6	53,8	
DK	74,5	79	= -	DK	47,2	46,4	- -
D	74,7	80,7	= =	D	
EL	75,5	80,7	+ =	EL	51,9	54,8	+ +
E	75,5	82,9	+ +	E	50	52,8	+ -
F	75,2	83	+ +	F	44,9	47,7	- -
IRL	74,2	78,5	- -	IRL	49,4	51,8	= -
I	76,3	82,9	+ +	I	51,5	54,8	+ +
L	74,9	81,3	+ +	L	45,4	48,5	- -
NL	75,5	80,6	+ =	NL	47,5	47,6	- -
A	75,4	81,2	+ +	A	43,9	46,4	- -
P	72,7	80,3	- -	P	46,3	50,4	- -
FIN	74,2	81,5	- +	FIN	40,8	43,7	- -
S	77,4	82,1	+ +	S	
UK	75,4	80,4	+ -	UK	45,5	46,9	- -

Source : Eurostat, *Living conditions in Europe*, Statistical pocket Book, Data 1998-2002, 2003 : 113

L'espérance de vie à la naissance a enregistré de fortes hausses dans de nombreux pays, alors que les valeurs de l'espérance de vie sans incapacité montrent de larges divergences entre pays, dont certaines vont jusqu'à dessiner des tendances opposées (amélioration en France et détérioration au Canada, par exemple).

A 65 ans, les individus peuvent espérer vivre en moyenne un peu plus de la moitié des années en bonne santé, au sens de l'absence de maladies et d'incapacités (Légaré, 1991). Par contre, en considérant uniquement les états sévères, l'évolution est parallèle à l'espérance de vie, dans tous ces pays. On peut donc dire que l'allongement de l'espérance de vie entre 1962 et 1992 s'est accompagné d'une augmentation de l'incapacité de niveau léger ou modéré, alors que le temps vécu en incapacité sévère ne se serait pas accru, en accord avec la théorie de l'équilibre dynamique et se serait même tassé chez les hommes par rapport aux femmes. Il en a été de même aux Etats-Unis durant la période de 1970 à 1980 (Crimmins, 1997). Des travaux américains plus récents montrent un renversement de tendances allant dans le sens d'une baisse de l'incapacité tous niveaux. Les résultats de Liao, portant sur les enquêtes du « National Center for Health Statistics » et du « National Mortality Followback Surveys » pour 1986 et 1993, décrivent une amélioration de l'état sanitaire des populations, avec notamment des personnes âgées de 85 ans qui déclinent une bien meilleure santé qu'auparavant (Liao, 2000). Les travaux de Crimmins (1994) aux Etats-Unis rapportent la même évolution pour la période s'étendant de 1980 à 1990. L'incapacité chez les hommes et les femmes de 60-69 ans aurait considérablement baissé et la quasi totalité des gains en espérance de vie seraient à présent des années sans incapacité. Ces tendances plaident en faveur d'une légère « compression de la morbidité avec incapacité » pour les personnes âgées ces dernières années ; légère car, bien que le nombre d'années vécues sans incapacité se soit allongé, sa proportion par rapport à l'allongement de la vie n'a progressé que faiblement (Crimmins, 1997).

Tableau 2.9 Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité à 65 ans

Pays	Hommes				Femmes			
	total	sans incapacité		avec incapacité	total	sans incapacité		avec incapacité
	en années	en années	en %	en années	en années	en années	en %	en années
Belgique 1989	14,4	13,1	91,0	1,3	18,5	16,4	88,6	2,1
Italie 1990	14,9	12,2	81,9	2,7	18,8	14,2	75,5	4,6
Suisse 1992/93	15,8	12,4	75,5	3,4	20,2	15,1	74,8	5,1
Autriche 1992	14,9	11,5	77,2	3,4	18,3	12,3	67,2	6,0
Bulgarie 1992	12,8	5,6	43,8	7,2	15,3	4,7	30,7	10,6

Source : Report of the first meeting of the Euro-REVES ; ESS92/93.

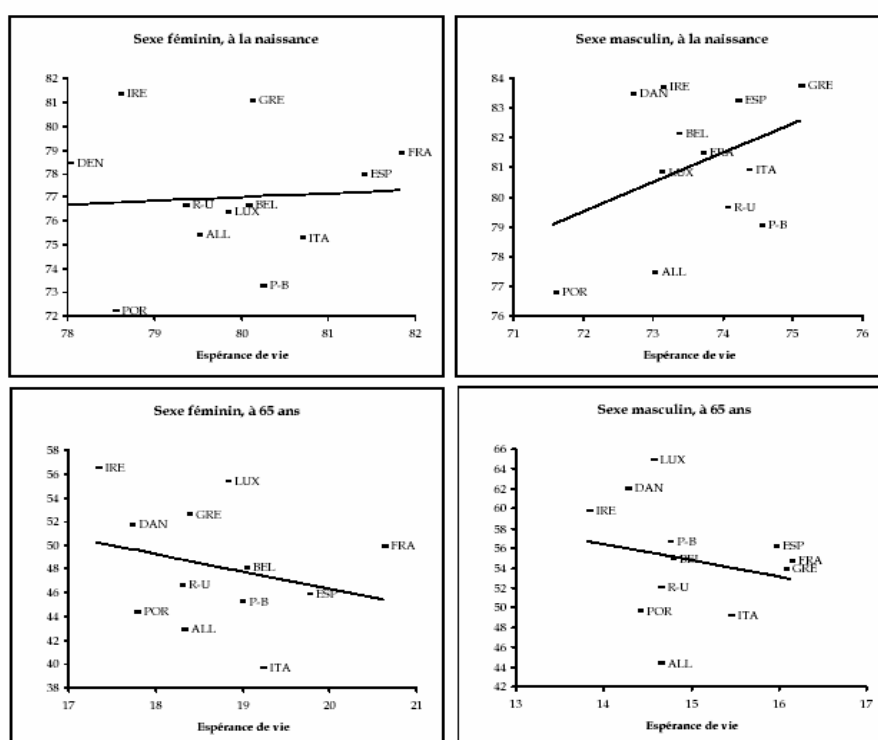
Le Tableau 2.9 témoigne à nouveau de la très bonne place occupée par la Belgique dans les niveaux d'espérance de vie sans incapacité, ici en ce qui concerne les aînés

au cours des années nonante. Ainsi, à 65 ans, les Belges peuvent encore espérer vivre 13,1 années sans incapacité en moyenne pour les hommes et 16,4 ans pour les femmes, ce qui correspond respectivement à 91 % et 88,6 % de la part de vie en bonne santé (ici : sans incapacité) sur le total des années à vivre.

Robine (Euro-REVES, 1998) a traité les données de 1994, permettant de comparer divers indices par pays (cf. Figure 2.7 et Figure 2.8).

Figure 2.7 Corrélation entre EV et ratio EVSI (tous niveaux) / EV (à la naissance et à 65 ans)

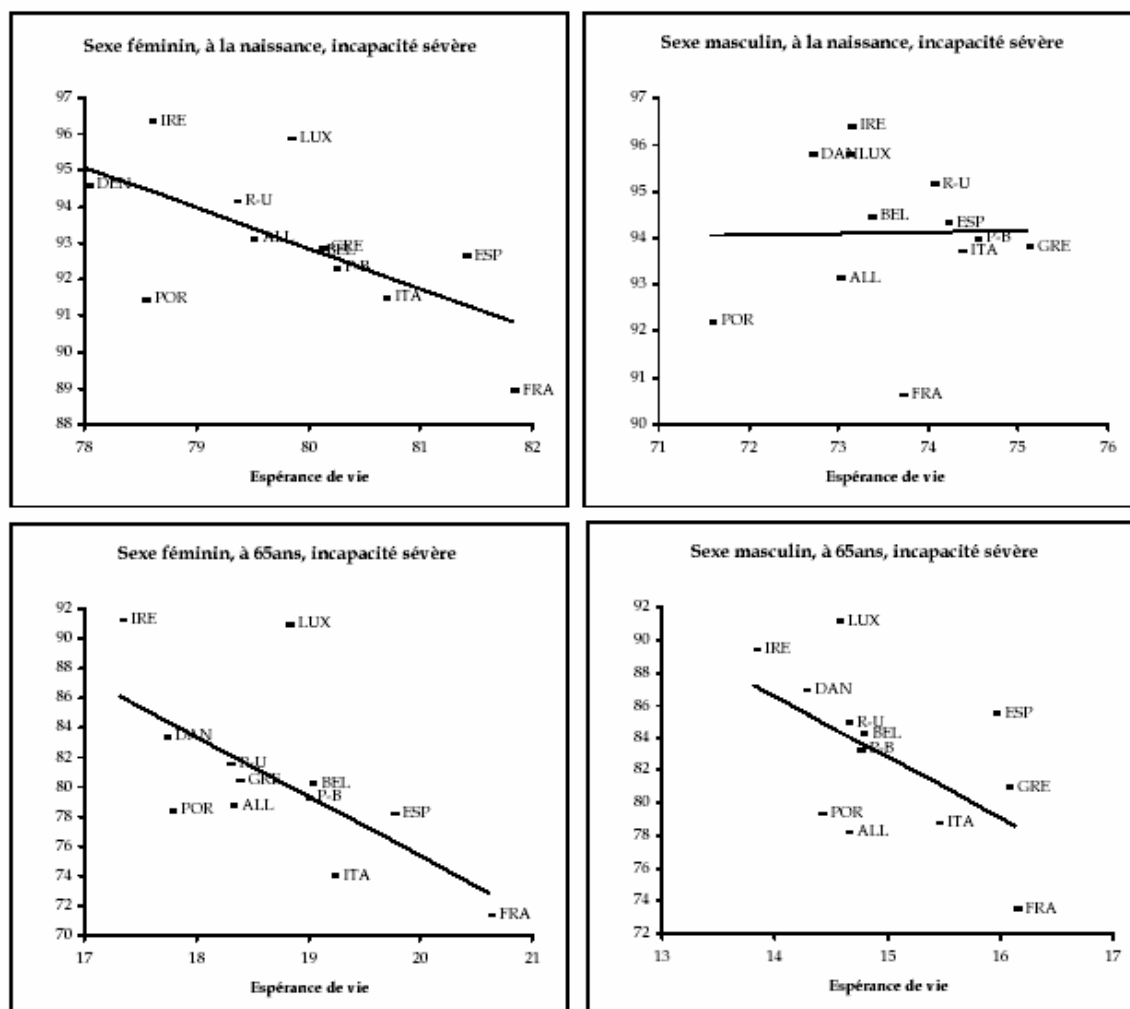
Graphique 1 : Corrélation entre la valeur de l'espérance de vie (exprimée en années) et la valeur du ratio de l'espérance de vie sans incapacité - tous niveaux d'incapacité confondus - à l'espérance de vie (exprimé en pourcentage), par sexe, à la naissance et à 65 ans



Source : Robine JM, Euro-REVES, 1998

Figure 2.8 Corrélation entre EV et ratio EVSI (sévère) / EV (à la naissance et à 65 ans)

Graphique 2 : Corrélation entre la valeur de l'espérance de vie (exprimée en années) et la valeur du ratio de l'espérance de vie sans incapacité sévère à l'espérance de vie (exprimé en pourcentage), par sexe, à la naissance et à 65 ans



Source : Robine JM, Euro-REVES, 1998

Par contre, en ce qui concerne le ratio entre l'espérance de vie sans incapacité et l'espérance de vie en général, la Belgique occupe une position moyenne par rapport aux autres pays d'Europe en la matière.

La tendance (pente des droites de régression) montre un moindre % d'années vécues sans incapacité pour les pays où l'EV à 65 ans est la meilleure, tant pour les hommes que pour les femmes. Ceci a été observé, tant pour les incapacités sévères que pour les incapacités tous niveaux confondus. Par contre, pour les hommes, la part d'espérance de vie sans incapacité (tous niveaux confondus) dans l'espérance de vie à la naissance semble plus large pour les pays où leur espérance de vie est la plus élevée.

6.2.3. Les différentiels et les inégalités d'espérance de vie sans incapacité

La plus grande longévité que connaissent en moyenne les femmes, les expose de ce fait à un risque plus élevé d'incapacité. D'autre part, Robine a mis en évidence dans ses travaux sur la France que les écarts d'EVSI entre les sexes sont plus faibles que ceux qui existent pour l'EV. Ainsi, **les femmes subiraient plus lourdement encore le poids de l'incapacité** (Robine, 1986 ; Nault, 1996 ; Légaré, 1990). Cela dit, bien que les femmes souffrent davantage de maladies chroniques et d'incapacités légères, les hommes sont atteints par des formes plus sévères, entraînant une létalité supérieure. Les femmes déclarent beaucoup plus facilement leur incapacité que les hommes, particulièrement si elle est légère ou modérée.

Tableau 2.10 Espérance de vie et espérance de vie sans incapacité selon le groupe socio-économique

	<u>EV</u>	<u>EVSI</u>	<u>%</u>
Hommes			
• Pauvres	67	50	75
Riches	73	64	88
Différence	6	14	
Femmes			
• Pauvres	76	60	78
Riches	79	68	85
Différence	3	8	

Source : Robine JM, BMJ, 1991, 302 : 457-460

Les indicateurs de santé représentent des outils d'analyse pertinents des états de santé différentiels, sachant que l'on retrouve au niveau de la santé les mêmes inégalités que l'on connaissait déjà pour la mortalité. En effet, **les individus les moins instruits et les moins nantis** ont non seulement des espérances de vie en moyenne plus courtes (cf. Tableau 2.2), mais ils **souffrent aussi davantage d'années d'incapacité** (Robine, 1996 ; Nault, 1996).

Un autre facteur discriminant de la mortalité et de la santé vient du **mariage** qui permettrait de vivre de plus longues années en meilleure santé (Nault, 1996). Le gradient d'espérance de vie qui existe entre le niveau d'éducation, le niveau de revenu et l'état matrimonial est encore accentué quand on tient compte de l'état de

santé. Ce gradient, dont le plus fort est produit par les revenus, est en outre toujours plus grand chez l'homme que chez la femme. On peut tout de même s'étonner que de pareilles inégalités subsistent, malgré la continuelle progression de l'espérance de vie et l'accès facilité aux soins. Mais, au delà de la technologie médicale et des infrastructures sanitaires, on trouve le poids des conditions de vie, des styles de vie et des normes sociales et culturelles, dont tout changement exigera nécessairement du temps.

Les **inégalités régionales** en Belgique : d'après une enquête sur la santé perçue réalisée en Belgique en 1994, l'espérance de vie en santé à l'âge de 15 ans en Wallonie est plus faible qu'en Flandre tant pour les hommes que pour les femmes (Soc. Sc. Med., 1996). Le nombre d'années vécues avec des problèmes de santé était de 6,4 ans pour les hommes en Wallonie et de 2,4 ans pour les hommes en Flandre (cf. Tableau 2.11). Pour les femmes, les années vécues avec des problèmes de santé étaient de 5,8 en Wallonie pour 3,9 en Flandre. Si on prend l'espérance de vie en santé à l'âge de 65 ans, on retrouve le même différentiel, avec un pourcentage d'espérance de vie résiduelle en santé moins confortable en Wallonie qu'en Flandre. Il serait intéressant d'examiner dans quelle mesure les facteurs socio-économiques évoqués plus haut sont responsables de ces différences.

Tableau 2.11 Espérance de vie et Espérance de vie en bonne santé en Belgique

Espérance de vie et santé en Belgique				Espérance de vie et santé en Belgique			
		EV	EVBS			EV65	EVBS65
• Wallonie	Ho 15	56.6	50.2	• Wallonie	Fe 65	17.7	14.3
	Fe 15	63.9	58.1		Ho 65	13.2	9.2
• Flandre	Ho 15	58.9	56.5	• Flandre	Fe 65	18.5	16.0
	Fe 15	65.2	61.3		Ho 65	14.3	13.3

Soc Sc Med 1996; 43: 1673-1678

Soc Sc Med 1996; 43: 1673-1678

L'espérance de vie en santé et sans incapacité a aussi été calculée à partir des enquêtes de santé. Nous y reviendrons à la section 7.2.

7. Santé perçue et incapacités aujourd'hui et demain

7.1. L'incapacité : aperçu général

7.1.1. Des dépendants plus nombreux, mais une incapacité moins grave

Selon des études réalisées en France (Tartarin et Bouget, 1994 ; Lebaupin et Noirtier, 1995-96 ; Cambois et Romieu, 1996), quelle que soit la définition de la dépendance et le degré de sévérité retenu, l'évolution démographique attendue conduit à une augmentation de 75 % environ des effectifs des personnes âgées dépendantes entre 1990 et 2020. Il reste que, selon les critères retenus, la définition des seuils de dépendance pourrait influencer les chiffres "officiels" du nombre de personnes dépendantes. Ainsi, on peut s'attendre de la part des personnes elles-mêmes et des soignants à une tendance à l'abaissement des seuils de reconnaissance des incapacités et de la dépendance (portée par le souhait de majorer le bénéfice des allocations consenties), tandis que, en fonction des ressources disponibles dans une collectivité, les responsables politiques pourraient avoir tendance à relever ces seuils pour fournir artificiellement, – comme dans d'autres problèmes de société, – des chiffres moins alarmants. Les modifications des attitudes peuvent expliquer éventuellement un abaissement de l'âge des premiers problèmes de santé déclarés, les individus plus éduqués et informés ayant conscience plus tôt des problèmes de santé à gérer (vision, arthrose, hypertension, ...). La même tendance pourrait expliquer un signalement plus précoce des incapacités légères. Par contre, l'âge d'apparition des incapacités sévères est moins sinon pas du tout sensible à ces influences, comme le suggèrent la compression de ces états ou au moins l'équilibre dynamique entre l'accroissement de l'espérance de vie et celui de l'espérance de vie sans incapacité sévère (voir sections 6.2.1. et 7.4.1).

Ceci est important, dans la mesure où le glissement progressif du seuil d'incapacité vers des âges plus avancés aboutirait à diminuer de plus de 35 % les effectifs prévus en 2020, par rapport à ce qui serait attendu si le taux d'incapacité par âge restait constant (Lebaupin et Noirtier, 1996). Tartarin et Bouget (1994) font état d'une redistribution des niveaux de sévérité, et postulent que l'incapacité serait de moins en moins sévère et se concentrerait au cours du temps dans des niveaux intermédiaires de sévérité, confortant ainsi la théorie de l'équilibre dynamique de Manton.

7.1.2. Les personnes âgées dépendantes et leur évolution

Divers indicateurs de la prévalence des incapacités sont utilisés:

- Les AVJ ou AVQ (activités élémentaires de la vie journalière)
- Les AVJi ou AIVQ (activités instrumentales de la vie quotidienne)
- Indicateurs OCDE (Mc Whinnie)
- Indicateurs OMS Europe
- Indicateurs Colvez
- Groupes iso-ressources de la grille AGGIR (France)

En France, en combinant les données de population INSEE pour 1990 avec les différentes données de l'enquête des EHPA (établissements hébergeant des personnes âgées), les auteurs (Robine, Cambois, Romieu, 1998 et 1999) obtiennent pour 1990 une estimation de 960 000 individus dépendants pour les activités de la vie quotidienne, ce qui correspond à une prévalence de l'incapacité de 12,2 % dans la population générale des personnes de 65 ans et plus. Ainsi 215 000 personnes dépendantes seraient dans les institutions (22,4 %) et 745 000 personnes vivraient en dehors (77,6 % des dépendants), soit une prévalence de 10 % des 65+ vivant avec incapacité hors institutions. Extrapolé à la population de 2020, ce taux global de prévalence reste relativement constant par rapport à 1990.

On peut imaginer des scénarios différents selon le degré de rectangularisation et de compression de la morbidité ; selon deux scénarios extrêmes, on arriverait à une différence de 7 % dans le nombre des personnes âgées dépendantes en 2020. En effet, selon les divers scénarios de distribution de la mortalité et de la prévalence des incapacités rapportées à l'âge, on a pu extrapoler à 2020 un taux de dépendance en France se situant entre 12,2 % et 12,9 %, semblable au taux de 1990 : 12,2 %.

En fait, en matière de prévalence des incapacités graves, la compression en ce domaine qui est bien réelle est atténuée par l'augmentation de la cohorte des plus âgés. Le pourcentage des dépendants par tranche d'âges diminue quelque peu, tandis que les tranches d'âges élevées (« old old ») croissent en nombre.

Si les taux calculés pour la France sont valables pour la Belgique, le nombre de personnes concernées évoluerait comme indiqué au Tableau 2.13. (col. 4). Ces valeurs sont globales et cachent des disparités. Il faudrait les moduler en fonction des inégalités hommes/femmes, nord/sud, et favorisés/défavorisés.

En Belgique, les enquêtes de santé révèlent pour l'indicateur d'incapacité grave, des taux assez différents selon l'indicateur retenu ; ceux basés sur l'incapacité attribuée à une maladie chronique, à une maladie de longue durée ou à un handicap s'apparentent à ceux calculés en France pour ce qui concerne 1997, mais ceux de 2001 sont nettement meilleurs : $\pm 8 \%$ (cf. section 7.4.1) ⁵.

Nous tenterons des perspectives en la matière à la section 7.4. Toute estimation en ce domaine est très sensible à l'évaluation de la prévalence d'incapacité grave, donc au critère utilisé pour l'estimer (appréciation subjective, mesure selon les AVJ, ...) et au seuil retenu pour définir l'incapacité grave (une seule fonction gravement atteinte ou deux ?).

Quel que soit le niveau, ces chiffres se distribueront de manière différente selon le sexe et selon la région du pays.

Pour une mesure d'incapacité, on pourrait proposer la gradation suivante :

- Très sévère : institutionnalisation ou confinement au lit ;
- Sévère : limitations dans au moins une AVJ élémentaire (qui dure plus de 6 mois et en dehors d'un épisode aigu) :

Se laver
S'habiller
Se déplacer
Aller aux WC
Etre continent
Manger

- Modérément sévère : limitation dans au moins une AVJ instrumentale :

Téléphoner
Prendre les transports
Faire ses courses
Faire le ménage
Faire le repas
Gérer ses finances
Gérer ses médicaments

Mais une gradation de ce type n'est pas la seule possible pour définir la dépendance susceptible de bénéficier d'une aide extérieure à financer par les fonds publics. La gradation raisonnable dans la perspective d'un financement public doit faire l'objet d'un débat de société : combien d'AVJ faut-il considérer ? A quel seuil (avec difficulté ou carrément impossible) ? Depuis combien de temps ? Avec quelle charge de travail minimale ?

⁵ Pour ceux basés sur les scores de fonctionnement physique, cf. section 7.4.3.

7.2. Morbidité et dépendance en Belgique et en Europe : enquêtes de santé.

Des enquêtes de santé par interviews ont été menées dans de nombreux pays européens. En Belgique, elles ont porté sur quelque 10 000 à 12 000 personnes (1997 et 2001). Elles donnent un éclairage sur la situation de santé des citoyens belges, et récoltent également des informations sur le niveau d'instruction et les revenus, permettant ainsi d'interpréter les résultats en fonction de ces facteurs. Tout en étant très riches et inédits, les résultats doivent néanmoins être utilisés avec une certaine prudence pour les raisons suivantes :

- Il s'agit d'enquêtes auxquelles les citoyens eux-mêmes répondent (et non leur médecin ou un autre professionnel de la santé), avec la subjectivité que cela implique.
- L'extrapolation des résultats à partir de ces échantillons vers l'ensemble de la population exige de la prudence. Le nombre de personnes touchées par l'enquête diminue à mesure que les catégories deviennent plus fines (par âge et niveau de gravité par exemple) ; aussi les erreurs aléatoires (celles dues à l'échantillonnage) peuvent-elles être importantes, notamment pour les résultats détaillés ; une étude ultérieure devrait vérifier si les différences exposées ci-dessous et dans d'autres rapports sont significatives.
- Le nombre de personnes âgées est relativement faible, notamment celles en maisons de repos ; celles qui sont hospitalisées sont tout-à-fait ignorées. Par ailleurs, les résultats agglomèrent fréquemment l'ensemble des personnes de 75 ans et plus, sans détails sur les catégories d'âges responsables de l'intensité du vieillissement. Ces particularités sont particulièrement dommageables pour l'étude relative au vieillissement. L'enquête de 2004 permettra sans doute de remédier à ces problèmes, car elle surpondère les personnes âgées.
- Enfin, il s'agit d'enquêtes séquentielles faites à 4 ans d'intervalle et qui ne concernent pas les mêmes individus. Les évolutions entre 1997 et 2001 peuvent être réelles, mais comme l'a bien montré Robine, elles peuvent aussi provenir d'un artefact : la hausse, surtout aux âges élevés, peut être imputable à une amélioration du diagnostic (meilleur dépistage, notamment grâce à un recours accru au médecin), à une meilleure information (le dialogue s'accroît, les personnes âgées se documentent) et à une meilleure déclaration (les individus se préoccupent davantage de leur santé et s'en ouvrent davantage).

Néanmoins, la grande similitude des fréquences par âge entre 1997 et 2001 pour plusieurs des indicateurs présentés ci-dessous est un gage de validité (validation

interne) et donne à penser que les grandes tendances par âge ainsi révélées correspondent à des phénomènes bien réels.

Nous passerons en revue les principaux indicateurs de santé livrés par ces enquêtes, soit en résumé : la santé perçue (section 7.3), les incapacités selon divers critères (section 7.4) et les maladies chroniques (section 8).

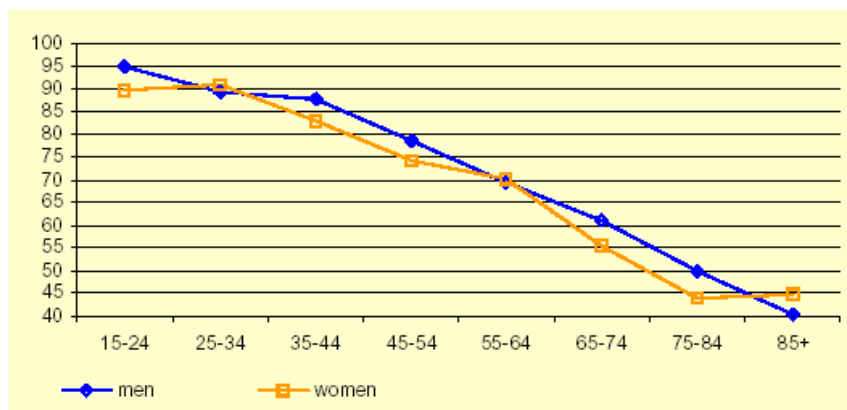
7.3. Santé perçue et espérance de vie en santé

7.3.1. La santé perçue.

Une large majorité des personnes interrogées se considèrent en bonne ou en excellente santé (80 % des hommes et 75 % des femmes). Il y a une relation négative entre l'âge et la perception de santé : dans les groupes d'âges > 85 ans, la proportion n'est plus que de 40 % des hommes et 44 % des femmes, à comparer aux résultats entre 45 et 54 ans : 79 % des hommes et 74 % des femmes (cf. Figure 2.9).

Or la morbidité est le principal moteur de consommation de soins et la santé perçue le signal pouvant déclencher le recours aux soins.

Figure 2.9 Population en bonne santé par groupe d'âges et genre, 2001 (%)



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

L'allure générale de la courbe est semblable à celle de l'enquête 1997. En quatre ans, les taux par âge se sont très légèrement améliorés, à presque tous les âges (surtout avant 45 ans).

En ce domaine, les différences entre pays sont énormes, probablement dues non seulement à de réels écarts de santé, mais aussi à des différences culturelles : seuil

d'acceptation d'une situation normale, propension au rapportage, ... Selon Eurostat, la Belgique et les Pays-Bas ont des scores très semblables : en moyenne, quelque 4,8% de la population estiment que leur santé est mauvaise ou très mauvaise et +/- 10,5 % au-delà de 65 ans, soit 2,5 fois moins que les moyennes européennes (cf. Tableau 2.12) ! Seule l'Irlande score systématiquement mieux ; tous les autres pays font moins bien (pour les hommes comme pour les femmes), avec de grands écarts, surtout en ce qui concerne le Portugal.

Tableau 2.12 Population estimant que sa santé est mauvaise ou très mauvaise
(% des personnes d'âge indiqué)

	16+	65+	Index 65+/16+
	2001	2001	
EU-15	11,4	25,8	2,3
B	4,7	10,6	2,3
DK	6,2	17,6	2,8
D	18,9	35,5	1,9
EL	7,6	21,5	2,8
E	9,5	25,9	2,7
F	8	18,1	2,3
IRL	2,7	7,7	2,9
I	11,4	34,6	3,0
L	”	”	”
NL	4,9	10,2	2,1
A	7,1	22,1	3,1
P	19,4	54,6	2,8
FIN	7	18,2	2,6
S	”	”	”
UK	9,5	15,7	1,7

Source : Eurostat, *Living conditions in Europe*, Statistical pocket Book, Data 1998-2002, 2003 : 113.

7.3.2. Espérance de vie en santé (EVS).

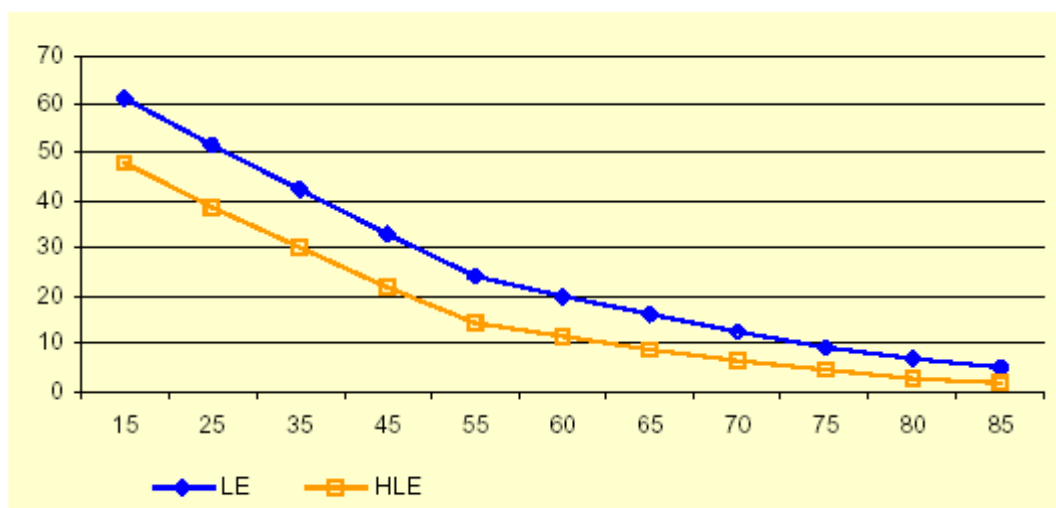
Mesurant la qualité de vie associée à l'augmentation de l'espérance de vie, cet indicateur qui combine mortalité et morbidité reflète de façon intéressante l'état de santé de la population.

Un de ces indicateurs de qualité de vie concerne la perception de santé subjective. Pour cet indicateur, l'EVS (espérance de vie en santé) est quasi identique chez les hommes et chez les femmes ; quant à la proportion d'années résiduelles à vivre en bonne santé, elle diminue évidemment avec l'âge, et elle est nettement inférieure chez les femmes, car celles-ci ont une EV (espérance de vie) plus longue que les hommes. Un homme de 75 ans va encore vivre 9,5 ans dont 48 % (4,6 ans) en bonne

santé (en se sentant en bonne santé), tandis qu'une femme du même âge va encore vivre 12,4 ans dont 42 % (5,2 ans) en bonne santé perçue (cf. Figure 2.10).

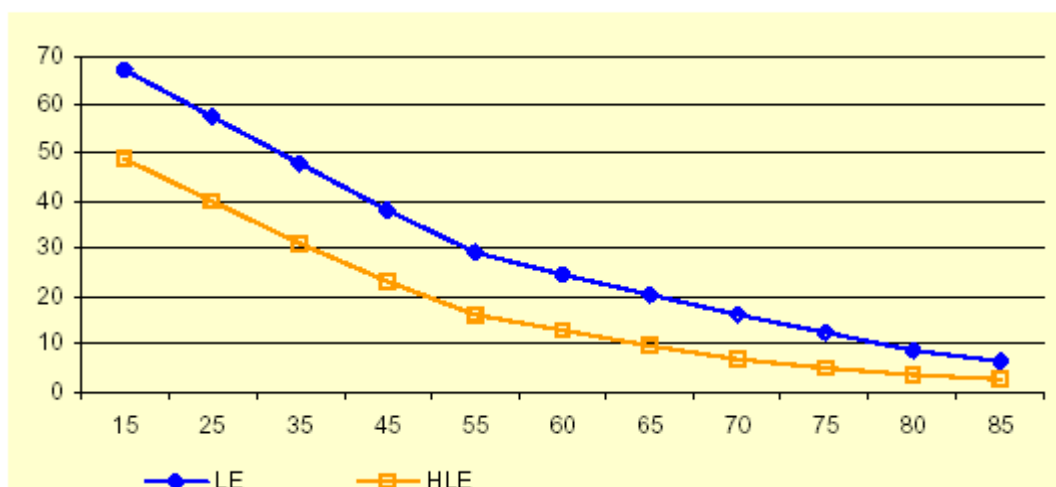
La comparaison de l'espérance de vie en santé subjective entre l'enquête de 1997 et celle de 2001 montre qu'il y a eu compression pour les tranches d'âge jeunes, mais une légère expansion pour les tranches âgées. Si une telle expansion se confirmait, ceci pourrait entraîner une pression sur les dépenses de santé à venir (Mestdagh, 2003). Certes, il s'agit d'un questionnaire et non d'une évaluation médicale, et les attitudes des répondants peuvent avoir changé vers un abaissement du seuil de perception subjective des problèmes de santé ; néanmoins, le recours des individus au médecin se décide sur base d'une appréciation subjective de leur état de santé.

Figure 2.10 Espérance de vie (LE) et Espérance de vie en santé (HLE), Hommes puis Femmes, 2001



Source: FPB Mortality tables, HIS - 2001.

FIGURE 52 - LE and HLE, women, 2001



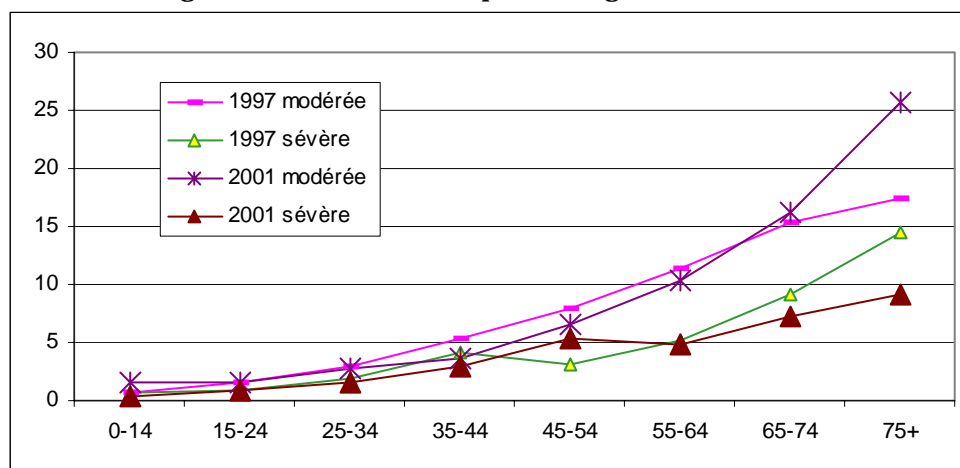
7.4. Les Incapacités

L'indépendance des individus peut se perdre du fait de la baisse de capacités physiques et mentales. Divers indicateurs sont disponibles : les incapacités résultant d'une maladie chronique, les incapacités spécifiques et les scores synthétiques.

7.4.1. Les incapacités résultant d'une maladie chronique.

Une vue globale des incapacités (graves ou modérées) causées par une maladie chronique, une maladie de longue durée ou un handicap a pu être établie par âge (cf. Figure 2.11). Pour faciliter la lecture, nous abrégerons en « incapacité liée à une maladie chronique ». Notons d'emblée que cet indicateur sous-estime probablement les incapacités liées aux démences séniles.

Figure 2.11 Personnes avec incapacité sévère ou modérée causée par maladie chronique, une maladie de longue durée ou un handicap (% des âges concernés)



Source : UCL, sur base des enquêtes de santé (HIS), 1997 et 2001

Pour ces incapacités attribuées à une maladie chronique, la croissance avec l'âge est nette, quoiqu'un peu irrégulière (le faible nombre de cas concernés peut sans doute induire ici quelques imprécisions dues aux erreurs aléatoires).

Frappante est ici la différence chronologique selon le degré d'incapacité : à partir de 75 ans, les incapacités *modérées* deviennent nettement plus fréquentes en 2001, comparé à 1997 ; par contre, les incapacités *graves* ont eu tendance à diminuer en fréquence, du moins pour les personnes âgées (65+) ! La forme des maladies chroniques pourrait donc être en train de se transformer aux âges avancés : la croissance chronologique concerne surtout les formes avec incapacité modérée, alors que la fréquence des personnes atteintes d'incapacité grave a décliné, malgré la poussée de la multimorbidité aux âges élevés (cf. Figure 2.17).

S'il se vérifie à l'avenir, ce constat corrobore entièrement celui établi en France par Robine, lequel constate aussi que les morbidités déclarées sont en moyenne moins graves et moins incapacitantes (tout en soupçonnant un artefact dû aux évolutions à la hausse en matière de diagnostic, de prise en charge et de rapportage). La théorie de l'équilibre dynamique de Manton se verrait ainsi confortée ; cependant la prudence est requise, vu les résultats contradictoires livrés par les scores de fonctionnement physique (cf. 7.4.3).

L'incapacité associée aux maladies chroniques est nettement plus faible que la prévalence de ces maladies (cf. Tableau 2.20). Cet écart peut refléter une bonne prise en charge de la maladie à un stade précoce et résulter des traitements ad hoc qui en atténuent les séquelles (prévention tertiaire). Par conséquent, même si l'amélioration de l'espérance de vie n'entraîne pas un allongement de l'espérance de vie avec incapacité, il est possible que les soins avant incapacité de santé s'en trouvent néanmoins alourdis ! Cet accroissement possible doit être mis en regard d'une part, de l'importante croissance numérique à venir des maladies chroniques (cf. section 8.2.1) et, d'autre part, des dépenses que ces soins permettent d'éviter en favorisant un recul de l'âge d'incapacité (avec son coûteux cortège de soins de long terme).

Pour ce qui est des perspectives d'avenir, on peut, en première hypothèse, les établir à taux constants ; nous obtenons ainsi une fourchette d'estimation du nombre de personnes en incapacité grave pour l'avenir, sans tenir compte d'une possible amélioration des niveaux d'incapacité (cf. Tableau 2.13, colonnes de droite).

Tableau 2.13. - Personnes en situation d'incapacité : perspectives pour la Belgique

Belgique	Population des 65+	Scénario 1*		Scénarios 2**			
		Prévalence globale d'incapacité Selon France pour AVJ	Effectifs en incapacité AVJ selon étude France (milliers)	Prévalence globale d'incapacité grave (hors démences) des 65+ selon enquêtes belges		Effectifs estimés des 65+ en incapacité grave (hors démences) selon enquêtes belges (milliers)	
				1997	2001	1997	2001
1995	1 625 602	12,5 %	203	11,2 %	8,0 %	183	129
2000	1 730 746	12,5 %	216	11,5 %	8,0 %	198	139
2010	1 854 864	12,5 %	232	11,8 %	8,2 %	219	151
2020	2 205 198	12,5 %	276	11,5 %	8,1 %	254	178
2030	2 647 133	12,5 %	331	11,7 %	8,1 %	310	215
2040	2 861 945	12,5 %	358	12,1 %	8,3 %	347	236
2050	2 899 324	12,5 %	362	12,2 %	8,3 %	355	241

- * Scénario 1 : taux global de dépendance des 65+ stable (analogue à la France), tenant compte de l'évolution démographique (et implicitement des prévalences d'incapacités par âge).

- ** Scénarios 2 : taux calculés à partir des taux par âge d'incapacité grave, liée à une maladie chronique, ou de longue durée ou à un handicap, enquêtes de santé belges de 1997 et 2001.

NB Les incapacités liées à des démences séniles sont probablement sous-estimées, voire ignorées.

L'écart entre les prévalences relevées en 1997 et en 2001 est substantiel et, s'il se confirmait au cours des enquêtes ultérieures, l'amélioration pourrait être qualifiée de fulgurante. A ce stade, on ne peut être tout à fait certain de l'évolution réelle entre ces

deux dates, car ces enquêtes ne touchaient qu'un nombre relativement restreint de personnes âgées, notamment en institution (et aucune en hôpital) ; par ailleurs, il y aurait intérêt à pouvoir à l'avenir subdiviser la catégorie des 75+ en classes d'âges plus fines. Néanmoins, nous pouvons avancer prudemment un scénario d'amélioration et en estimer l'effet.

Pour prévoir l'évolution globale des incapacités graves, on peut prendre comme premier scénario une **stabilité des prévalences par âge**, situées dans la fourchette de celles relevées en Belgique et en France (entre 8 et 12.5 %). Dans ce cas, le nombre de personnes atteintes parmi les 65+ augmentera, sans que la projection soit alarmante : + 28 % en 20 ans, + 75 % en 50 ans, conduisant à quelque 178 à 275 000 personnes âgées en incapacité grave en 2020 et à 240 à 360 000 en 2050. Mais ces chiffres ignorent probablement les cas de démence sénile (cf. section 9 à ce sujet).

Pour l'ensemble de la population, ces nombres seront à peine atténués par la contraction des classes jeunes ; soit au total par rapport à l'an 2000 + 50 à 65 000 cas supplémentaires en 2020 (+15 %), et + 100 à 150 000 en 2050 (+ un tiers environ), toujours hors cas de démences séniles, lesquels pourraient doubler ces chiffres en 2020 (cf. section 9).

Par contre, les perspectives sont nettement meilleures dans l'hypothèse d'un **recul des incapacités graves**. Partant d'une prévalence estimée à 9 % en 2000 pour les 65+ (interpolation des données 1997 et 2001) et en supposant un recul à un niveau global de 7 % pour ce groupe d'âges, la croissance numérique de personnes âgées souffrant d'incapacité grave serait nulle d'ici 2020 (hors démences) et ne dépasserait pas 30 % si ce seuil était seulement atteint en 2050. La répercussion sur le nombre de personnes atteintes serait donc substantielle. Certes, il ne s'agit que d'un scénario parmi d'autres, mais il met en lumière tout l'intérêt qu'il y a à porter l'effort sur la prévention de l'incapacité.

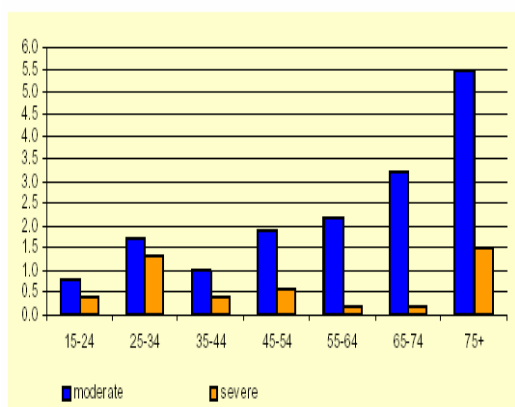
7.4.2. Incapacités spécifiques

Les incapacités ont aussi été répertoriées selon diverses composantes de la santé.

7.4.2.1. *Atteintes de la vision*

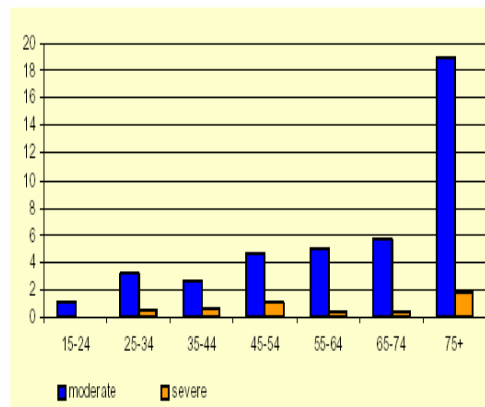
Les résultats 1997 et 2001 sont comparables et montrent que les atteintes modérées touchent 5,5 % des hommes les plus âgés, contre 3 % entre 65 et 74 ans, et 2 % entre 55 et 64 ans, contre respectivement 19 %, 6 % et 5 % pour les femmes. Donc nette relation avec l'âge et le sexe féminin pour les problèmes visuels.

Figure 2.12 Population avec problèmes de vision, par groupes d'âges, hommes et femmes, 2001 (%)



Source: Health Interview Survey, 2001.

Hommes



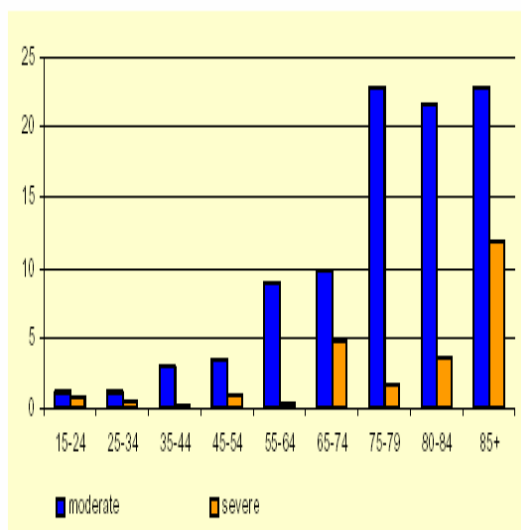
Source: Health Interview Survey, 2001.

Femmes

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

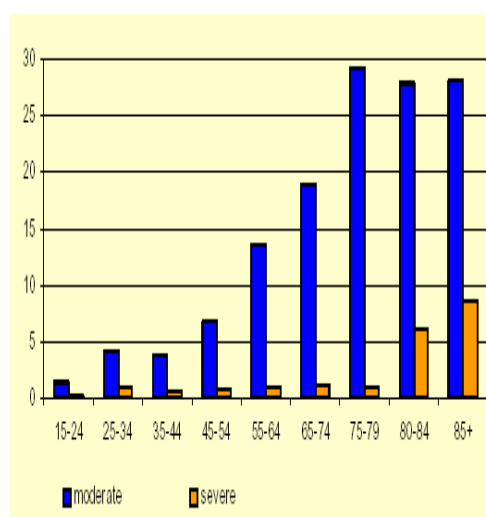
7.4.2.2. Atteintes de l'audition.

Figure 2.13 Population avec problèmes d'audition, par groupes d'âges, femmes et hommes, 2001 (%)



Source: Health Interview Survey, 2001.

Femmes



Source: Health Interview Survey, 2001.

Hommes

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

Les résultats 1997 et 2001 sont comparables et montrent que :

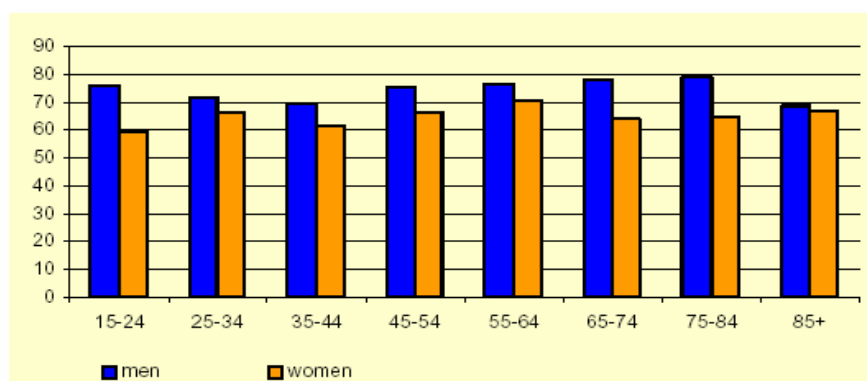
- les atteintes modérées touchent 28 % des hommes les plus âgés (75+), contre 18 % entre 65 et 74 ans, et 14 % entre 55 et 64 ans,
- à comparer à respectivement : 22 %, 10 % et 8 % pour les femmes.

A l'inverse des troubles visuels, - les hommes sont plus atteints que les femmes,
 - et la relation avec l'âge s'estompe après 75 ans. Donc, pour les problèmes auditifs, nette relation avec le sexe masculin et avec l'âge jusque 75 ans.

7.4.2.3. Santé mentale

Ce groupe inclut : anxiété, dépression, hypochondrie et troubles socialement perceptibles. Les individus sont en majorité en bonne santé mentale, les hommes (73 %) plus que les femmes (64 %) en 1997, avec une amélioration en 2001 (hommes 80 %, femmes 71 %) ; cette amélioration provient essentiellement d'une chute radicale aux âges jeunes (à confirmer par les enquêtes suivantes), contrairement à une aggravation très nette parmi les âgés. En 1997, la prévalence des problèmes de santé mentale ne semblait pas en relation avec l'âge. On peut se demander si la démence sénile était incluse dans ce décompte (et si oui si elle était suffisamment rapportée). Une section spéciale sera consacrée aux démences (cf. section 9).

Figure 2.14 Population en bonne santé mentale, par groupe d'âges et genre, 1997 (%)



Source: Health Interview Survey, 1997.

7.4.2.4. Handicaps de mobilité.

Il s'agit de mesurer la proportion d'individus qui souffrent de limitation de leur mobilité, qu'ils soient confinés chez eux, au fauteuil voire au lit. Les individus concernés sont plus souvent limités dans leur mobilité à domicile que confinés au fauteuil ou au lit. La relation avec l'âge est évidente : avant 65 ans, 94 % sont encore mobiles, après cet âge on voit progressivement baisser la proportion de gens mobiles, jusqu'à moins de 50 % à partir de 85 ans, pour les hommes comme pour les femmes (cf. Tableau 2.14).

Tableau 2.14 Handicaps de mobilité par groupe d'âges et genre (%)

	Men			Women		
	House/yard	chair	bed	House/yard	Chair	bed
15-24	0.7	-	0.1	0.1	0.6	0.6
25-34	0.6	-	-	0.4	0.5	0.1
35-44	0.4	0.1	0.1	1.8	0.5	0.3
45-54	1.7	0.4	0.2	1.9	0.5	0.5
55-64	2.5	1.2	0.5	4.9	1.4	0.7
65-74	4.9	2.6	0.1	8.9	3.3	0.8
75-84	6.2	10.6	2.4	20.8	6.3	0.4
85+	12.6	30.1	8.6	25.7	19.7	10.5

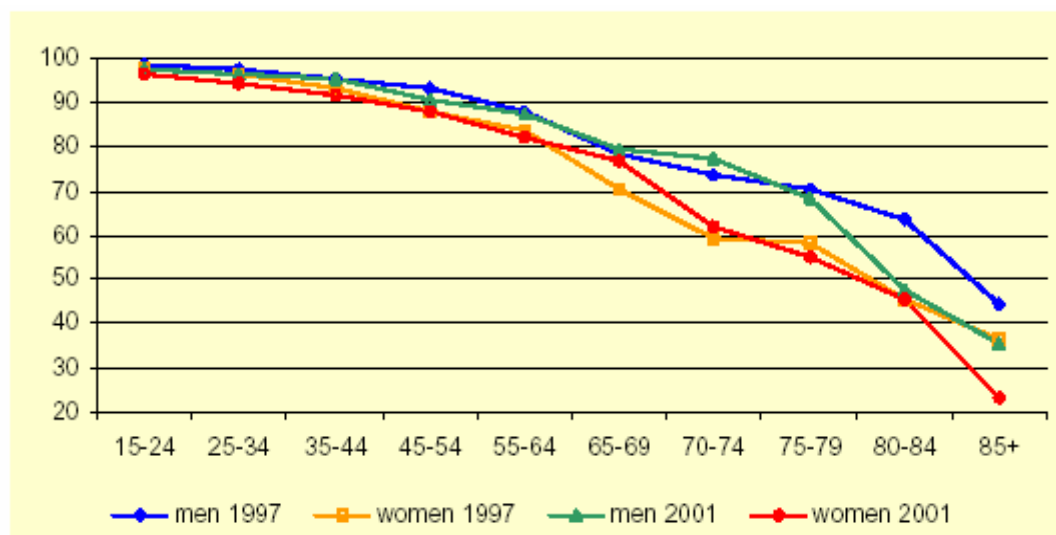
Source: Health Interview Survey, 2001.

7.4.3. Scores de fonctionnement physique.

7.4.3.1. Score SF36

Cette mesure validée internationalement mesure de façon synthétique le degré de fonctionnement physique pour l'exécution de dix activités spécifiques, telles que fournir un gros effort (courir, faire du sport) ou un effort modéré (déplacer une table, monter des escaliers ⁶). Le score est de 100 pour un fonctionnement normal (indépendance totale) et de 0 pour une personne qui a des limitations dans toutes les activités. Il y a une relation claire entre l'âge et les scores, pour les hommes comme pour les femmes.

Figure 2.15 Score SF36, par groupe d'âges et genre, 1997-2001



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

Jusqu'à l'âge de 55 ans pour les hommes et de 45 ans pour les femmes, le score SF36 moyen excède ou est proche de 90/100 ; à partir de 70 ans, il baisse à 75 pour les

⁶ Limitation dans les exercices vigoureux (courir, soulever un objet lourd, faire du sport), limitation dans les activités modérées (déplacer une table, passer l'aspirateur, jouer aux boules), limitation pour soulever et porter ou soulever des courses, limitation pour monter plusieurs étages par escalier, limitation pour un seul étage par escalier, limitation pour se pencher ou s'agenouiller, s'accroupir, limitation pour marcher plus d'1 Km à pied, limitation pour marcher plusieurs centaines de mètres, limitation pour marcher une centaine de mètres, limitation pour prendre un bain, une douche ou s'habiller

hommes et à 60 pour les femmes ; après 85 ans, les scores descendent en dessous de 50 et même beaucoup moins. Les hommes ont un meilleur score que les femmes.

En résumé, les limitations du fonctionnement physique augmentent avec l'âge et les femmes payent un plus lourd tribut à cet égard. Elle vont pourtant vivre plus longtemps avec ces limitations, acquises en raison de leur structure physique (moins masse musculaire et osseuse), de leur statut d'aidantes (donnant des soins à des plus âgés), et peut-être aussi de leur moindre degré d'instruction.

Pour l'incapacité grave, la dégradation avec l'âge est très nette aussi et beaucoup plus marquée à partir de 65 ans. Notamment, pour les 5 % de population le plus gravement atteint, le score dégringole à 10 pour les 65-74 ans et même à zéro à partir de 75 ans (cf. Tableau 2.15). A Bruxelles et en Wallonie, les scores sont légèrement plus bas qu'en Flandre, sauf au-delà de 75 ans.

Tableau 2.15 Score synthétique d'incapacité physique de longue durée (SF36)

	1997		2001		Index 2001 pour 1997 = 1	
	Moyenne	5è percentile	Moyenne	5è percentile	Moyenne	5è percentile
15-24	98	90	96,7	85	0,99	0,94
25-34	96,7	85	95,2	75	0,98	0,88
35-44	93,9	65	93,5	60	1,00	0,92
45-54	91,6	55	89	40	0,97	0,73
55-64	85,9	45	84,5	25	0,98	0,56
65-74	70,5	10	73,9	10	1,05	1,00
75+	53,6	0	48,9	0	0,91	***
Total	89,8	40	86,2	20	0,96	0,50

Source : ISP, Enquêtes de santé

Le score s'est un peu dégradé en quatre ans, à presque tous les âges (sauf pour les 65-74 ans !). La chute est particulièrement forte pour les plus atteints, mais à ce niveau de détail, le nombre de personnes interrogées devient très faible.

7.4.3.2. Score OMS de fonctionnement physique

Tableau 2.16 Score OMS pour les incapacités sur base de 10 fonctions fonctions (3 physiques et 7 AVJ), en % des classes d'âges concernées.

	1997			2001			2001/1997 = 1		
	aucune	modérée	sévère	aucune	modérée	sévère	aucune	modérée	sévère
15-24	94	5,1	0,9	95,8	3,2	1	1,02	0,63	1,11
25-34	93,2	5,4	1,5	91,6	5,9	2,5	0,98	1,09	1,67
35-44	88,9	8,3	2,8	89,9	8,1	2	1,01	0,98	0,71
45-54	83,9	13,4	2,7	83,4	12,4	4,1	0,99	0,93	1,52
55-64	71,2	24,7	4	71,9	20,9	7,1	1,01	0,85	1,78
65-74	55	31,4	13,6	58	27,1	14,9	1,05	0,86	1,10
75+	30,6	40,4	29	32	35,4	32,6	1,05	0,88	1,12
Total	82,1	13,4	4,5	79,1	13,8	7,1	0,96	1,03	1,58

Selon le score OMS d'incapacité pour dix fonctions physiques (dont 7 AVJ) ⁷, la conclusion est identique : nette dégradation avec l'âge, s'accéléralant à partir de 55 ans, et surtout à partir de 65 ans (cf. Tableau 2.16 et Figure 2.16). Pour le groupe des 75+, seuls 30 % de la population sont indemnes, et près d'un tiers souffrent d'incapacité grave. La Flandre apparaît mieux lotie : dans les deux autres régions, la fraction de personnes atteintes est nettement plus forte (pratiquement à chaque âge) ; l'écart atteint près d'un quart de la population en ce qui concerne l'incapacité modérée ! Ceci est une indication parmi bien d'autres pour maintenir une juste répartition des ressources qui tienne compte des besoins de santé réels et non des velléités régionales.

Les taux d'incapacité grave mesurés à partir de ce score sont bien pires que ceux des incapacités liées aux maladies chroniques (cf. section 7.4.1). Globalement, quelque vingt % de personnes sont atteintes, taux que l'on ne peut raisonnablement retenir comme indicateur de dépendance, car ils incluent des troubles fonctionnels de vision et d'audition qui ne nécessitent pas nécessairement l'aide d'un tiers ; ils n'ont donc

⁷ Basé sur trois fonctions physiques (mobilité, vue et ouïe) et sur sept fonctions de la vie quotidienne (AVJ) :

1. se mettre au lit et se lever,
2. s'asseoir dans un fauteuil et se relever,
3. s'habiller ou se déshabiller,
4. se laver les mains et le visage,
5. manger et couper sa nourriture,
6. se rendre aux toilettes,
7. incontinence urinaire.

Une incapacité est modérée quand la personne ne peut exécuter une des fonctions AVJ qu'avec difficulté ou ne peut écouter la TV qu'avec un volume sonore élevé, ou ne reconnaît pas une personne à 4 mètres, ou ne peut pas marcher plus de 200 mètres.

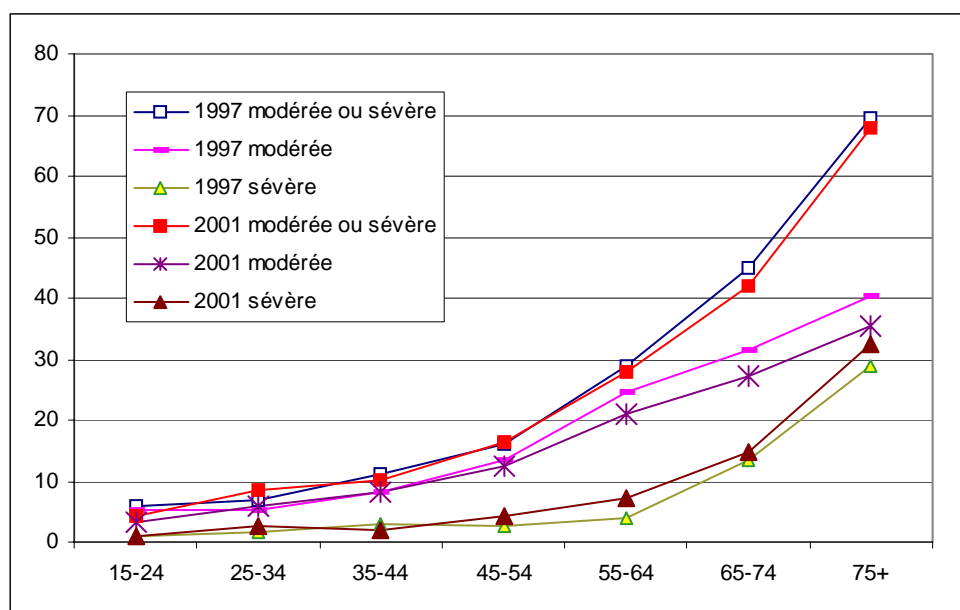
Une limitation est considérée comme grave quand la personne a besoin de l'aide d'un tiers pour exécuter une des fonctions AVJ, quand elle doit pousser la TV à un niveau sonore très élevé, quand elle ne reconnaît pas la personne à un mètre ou si elle ne peut faire quelques pas.

pas été retenus pour estimer le nombre de personnes dépendantes à l'avenir, mais un dépouillement spécial des enquêtes de santé permettrait de mesurer le niveau d'incapacité sur base des seuls AVJ.

L'évolution entre 1997 et 2001 est contrastée :

- légère amélioration de la fréquence de personnes indemnes parmi les âgés, nette diminution de la fréquence des incapacités modérées à quasi tous les âges,
- mais par contre nette aggravation de la fréquence des incapacités graves à presque tous les âges ; ces résultats contrastent fortement avec ceux des incapacités liées aux maladies chroniques (cf. section 7.4.1).

Figure 2.16 Incapacité sur base de 10 fonctions (3 physiques et 7 AVJ) (Personnes ayant au moins une limitation grave, en % des classes d'âges concernées).



Source : UCL, sur base des enquêtes de santé (HIS), 1997 et 2001

7.4.4. Espérance de vie sans incapacité

De la même manière, l'enquête permet de calculer l'EV sans incapacité (EVSI), basée sur la déclaration de présence d'une maladie chronique ou de longue durée ou d'un handicap (cf. Tableau 2.17). L'EVSI est probablement sous-estimée, vu que les démences séniles semblent absentes de cet indicateur. Les années restant à vivre sans incapacité diminuent avec les tranches d'âges, de même que la *fraction* de vie encore à vivre sans incapacité.

Il est tout à fait remarquable qu'à 65 ans, il reste encore en moyenne 16 ans à vivre pour les hommes et 20 ans pour les femmes, dont près de la moitié sans incapacité, fut-elle légère, mais hors démences (respectivement près de huit et près de dix années) !

Parmi les survivants à 75 ans, un homme vivra toujours encore dix années de plus environ et une femme douze, dont un peu plus de 40 % sans incapacité (respectivement quatre et cinq).

Les données sont peu différentes en 2001 par rapport à 1997, même s'il y a une tendance à la compression avant 70 ans et légèrement vers l'expansion après ces âges : la vie s'allonge, mais les années supplémentaires seront peut-être davantage des années avec des incapacités (celles-ci pouvant éventuellement perdre en gravité : cf. fig. Figure 2.11). Rappelons à nouveau, que les critères utilisés pour les calculer proviennent des déclarations des individus : ce ne sont pas des indicateurs fiables pour établir avec certitude les incapacités nécessitant objectivement des soins et une assistance ; néanmoins, comme il s'agit d'une morbidité perçue, celle-ci peut entraîner le recours au système de soins.

Tableau 2.17 - Indicateurs d'espérance de vie avec et sans incapacité, par âge et genre, 2001.

	Men				Women			
	LE	DFLE	LE-DFLE	% DFLE	LE	DFLE	LE-DFLE	% DFLE
0	75.3	56.1	19.2	75	81.7	60.7	21.0	74
15	61.1	43.2	17.9	71	67.3	47.1	20.2	70
25	51.5	34.6	16.9	67	57.5	38.6	18.9	67
35	42.1	26.7	15.4	63	47.7	29.9	17.8	63
45	32.8	19.6	13.2	60	38.2	22.2	16.0	58
55	24.0	13.1	10.9	55	29.0	15.4	13.6	53
60	19.9	10.5	9.4	53	24.6	12.5	12.1	51
65	16.0	7.8	8.2	49	20.3	9.6	10.7	47
70	12.5	5.7	6.8	46	16.2	7.0	9.2	43
75	9.5	4.1	5.4	43	12.4	5.1	7.3	41
80	7.0	2.5	4.5	35	9.0	3.4	6.6	38
85	5.1	1.4	3.7	27	6.4	1.7	4.7	26

Légende : LE = Espérance de vie. DFLE = Espérance de vie sans incapacité,
 LE-DFLE = Espérance de vie avec incapacité
 % DFLE = $DFLE/LE \times 100$ = Pourcentage de vie encore à vivre sans incapacité

Source : Health Interview Survey, 2001, in Mestdagh et al, Agir Project, 2003, p. 61.

7.5. Discussion à propos de la santé subjective et des incapacités

Les enquêtes de santé donnent un excellent éclairage sur la perception que les individus ont de leur santé et informent sur la prévalence des problèmes de mobilité, d'audition et de vision. Ces indicateurs sont en *nette relation avec l'avance en âge*.

Le *nombre important d'années restant à vivre à 65 ans*, illustre un phénomène tout à fait nouveau au regard de l'histoire de l'humanité : celui d'une société où une fraction importante de la population peut se permettre de vivre, pour une bonne part sans incapacité, sans travailler pour vivre. Cette retombée, heureuse pour les individus, pose le problème du financement des pensions, qui n'est pas abordé dans le présent rapport. Rappelons que certains auteurs suggèrent de moduler l'âge de la retraite en fonction de l'espérance de vie en bonne santé, laquelle, rappelons-le, varie aussi en fonction du niveau d'instruction.

L'espérance de vie en santé montre une *différence au détriment des femmes* pour nombre d'aspects qui conditionnent la qualité de vie, alors que précisément les femmes vont vivre plus longtemps.

A prévalence par âge constante, *on peut s'attendre à une croissance numérique des problèmes de santé* avec l'augmentation du nombre des plus âgés, les plus touchés par les incapacités et les déficits de santé divers. Toute la question est de savoir si les prévalences demeureront constantes et, plus encore, comment faire en sorte qu'elles s'améliorent au fil du temps.

Quant aux *évolutions entre 1997 et 2001*, rappelons d'abord les réserves émises quant à l'interprétation des différences (cf. section 7.2). Les résultats sont contrastés :

- une détérioration quasi généralisée pour le score synthétique d'incapacité physique (SF36), sauf pour les 65-74 ans ;
- une amélioration, surtout aux âges jeunes de la santé subjective ; une amélioration mais une légère expansion aux âges très élevés pour les problèmes de santé mentale, l'espérance de vie en bonne santé subjective, et celle sans incapacité ;
- une amélioration généralisée du score de fonctionnement physique de l'OMS en ce qui concerne l'absence d'incapacité ou la présence d'incapacité légère, mais une expansion du % de personnes atteintes d'incapacité grave ; ce résultat contraste avec celui des incapacités liées aux maladies chroniques (cf. ci-dessous) ;
- un indice confortant la théorie de l'équilibre dynamique : pour les incapacités liées aux maladies chroniques, ou de longue durée ou à un handicap (hors démences séniles), une expansion des incapacités légères, mais une compression des incapacités graves.

Les résultats en termes d'incapacité qui indiquent une expansion ne sont pas corroborés par les études basées sur des indicateurs objectifs de santé et de dépendance. Dans la littérature internationale, d'autres études montrent un allongement de l'espérance de vie sans incapacité sévère plus important que l'allongement de l'espérance de vie, et indiquent une tendance à la compression.

7.6. Comment contribuer activement à la compression de l'incapacité

Les futurs vieux pourront-ils espérer vivre une vieillesse en santé ? Réussira-t-on à « ajouter de la vie aux années » ? Les progrès attendus se manifesteront-ils de façon égale pour les diverses facettes de la morbidité ? Pour que les réponses à ces interrogations soient affirmatives, le scénario de « compression de l'incapacité » qui a semblé s'imposer ces dix dernières années devra encore s'inscrire dans la durée. Les études récentes relatives aux incapacités nous permettent un certain optimisme, malgré les résultats contrastés livrés par les enquêtes de santé. La Belgique, comme les autres pays occidentaux, pourrait bien être sur la voie d'une amélioration, allant de pair avec les progrès continus dans la lutte contre la mortalité.

On a déjà souligné à quel point l'amélioration des taux d'incapacité permettrait de diminuer la croissance du nombre de personnes dépendantes. Il importe donc de favoriser une telle évolution.

Des simulations mettent en évidence que le seul moyen d'augmenter l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) est de réduire la morbidité plus rapidement que la mortalité (Crimmins, 1994). Pour aboutir à une telle réduction chez les personnes âgées, on peut agir à plusieurs niveaux : en intensifiant la prévention, en favorisant le traitement des maladies chroniques ou en mettant davantage de moyens dans la récupération des fonctions perdues (Leveille, 1999).

Cette dernière option mérite tout notre intérêt. En effet, selon Robine, « on gagnerait davantage en espérance de vie sans incapacité en augmentant de 50 % les taux de récupération qu'en repoussant de quatre ans l'apparition de l'incapacité » (Robine, 1991).

Moyens pour réduire la morbidité plus rapidement que la mortalité

Intensifier la promotion de la santé et la prévention

Traiter les maladies chroniques

Augmenter le taux de récupération des fonctions perdues

Offrir un environnement plus adapté aux besoins

Concernant la promotion de comportements bénéfiques à la santé, l'étude de Leveille a mis en évidence le rôle important que pouvait jouer l'activité physique dans la réduction du risque de maladie avant le décès, chez les individus atteignant un certain âge (Leveille, 1999, Rogers, 1995). Les hommes et les femmes âgés exerçant une activité physique régulière seraient plus enclins à vivre plus longtemps, et encore plus longtemps sans maladie.

D'autre part, des simulations effectuées dans divers pays ont tenté de montrer le gain théorique d'espérance de vie sans incapacité que l'on pouvait gagner en supprimant un certain nombre de pathologies. Il en ressort que la suppression des troubles de la locomotion, des maladies ostéo-articulaires ou des accidents permettrait d'améliorer considérablement l'espérance de vie sans incapacité.

L'état général de santé de la population concerne en réalité différentes cohortes qui ont connu des expériences diverses, que ce soit en matière de prévention, de risque ou encore de soins. Ces nouvelles générations mieux instruites, travaillant à des métiers moins lourds, conscients de l'intérêt d'adopter de bonnes habitudes de vie, accédant plus facilement aux soins seront inévitablement mieux nanties que ne l'ont été les générations passées. Les inégalités sociales en matière de mortalité et de santé qui subsistent toujours offrent encore un grand potentiel de progrès qui ne dépendent pas de la technologie médicale, mais de la lutte dans le domaine des facteurs sociaux. Mais cela prendra encore certainement du temps.

L'évolution de la santé des populations est façonnée par un ensemble de facteurs allant des politiques sanitaires à des comportements individuels en passant par l'environnement. Jacques Légaré estime que nos sociétés doivent faire un choix entre privilégier la « quantité de vie » et poursuivre la lutte contre la mort ou alors investir dans la « qualité de vie » et s'efforcer de réduire la morbidité (Légaré, 1991). C'est ainsi qu'il résume cette alternative : « Faut-il ajouter des années à la vie ou de la vie aux années ? ». Pour lui et pour d'autres, un choix est inévitable en raison d'impératifs économiques qui ne suffiront plus à satisfaire les deux enjeux. C'est seulement en prenant le parti d'améliorer nos conditions de santé et en orientant les allocations budgétaires à cette priorité (et non plus vers l'« acharnement thérapeutique » ou les actions « anti-aging » qui ne feraient que repousser l'inéluctable), que l'on pourra créer les conditions permettant de jouir d'une vieillesse en bonne santé. En outre, pour Mizrahi, le lien qui unit l'invalidité avec le risque de mortalité implique clairement que les moyens mis en œuvre pour lutter contre la maladie et l'incapacité y associée servent les deux causes simultanément (Mizrahi, 1991). Le niveau d'invalidité des personnes âgées serait en effet un très bon prédicteur de l'espérance de vie. Une projection tenant compte de la relation existant entre amélioration de l'état de santé et bénéfique simultanément pour la mortalité et la morbidité, laisse ainsi entrevoir une réduction de la proportion des individus atteints d'incapacité lourde aux environs de 2010.

8. Les maladies chroniques et les problèmes associés au vieillissement

Cette section sera consacrée aux maladies chroniques en général, notamment aux maladies cardio-vasculaires et ostéoarticulaires. Une section spéciale traitera de la problématique importante des démences (cf. section 9) et une autre à celle de la fragilité (cf. section 10).

8.1. Introduction

L'avance en âge est un facteur de risque pour des affections chroniques, lesquelles n'avaient que rarement l'occasion de se manifester quand les affections aiguës emportaient prématurément les individus.

Le contrôle des facteurs de risque modifiables des affections fréquentes (l'hypertension, l'hypercholestérolémie ou le diabète par exemple) a déjà permis d'allonger l'espérance de vie et pourra continuer à retarder l'expression clinique des maladies chroniques et des incapacités y associées.

Parmi les affections chroniques liées au vieillissement, il faut distinguer les maladies fréquentes chez les aînés d'une part, et les problèmes de santé propres aux patients gériatriques - les syndromes gériatriques - d'autre part. Parmi les maladies fréquentes chez les aînés, il faut aussi distinguer la part qu'elles jouent en morbidité et en mortalité. Ainsi, l'arthrose, qui est une affection chronique invalidante, ne provoque pas directement de mortalité, mais est grevée d'un poids important d'incapacité. Les cancers raccourcissent l'espérance de vie sans entraîner nécessairement une morbidité prolongée.

Il est possible par des simulations mathématiques d'estimer le gain en espérance de vie qui serait obtenu par la suppression de certaines maladies responsables de mortalité et/ou de morbidité prématurées. Ainsi, la suppression des maladies cardio-vasculaires allongerait-elle l'espérance de vie de cinq ans en moyenne et retarderait d'autant les incapacités, celle des cancers reculerait de trois ans environ l'espérance de vie, sans modifier substantiellement l'apparition des incapacités; celle des maladies ostéo-articulaires améliorerait considérablement la qualité de vie, sans prolonger pour autant l'espérance de vie. On imagine ce que donnerait la suppression simultanée de plusieurs maladies chroniques.

Comment va se poursuivre l'influence des maladies chroniques sur la morbidité/incapacité ? Les observations indiquent que les incapacités liées aux maladies cardio-vasculaires, cérébro-vasculaires et ostéo-articulaires diminuent.

Cette tendance favorable est beaucoup moins sûre pour les affections cérébrales dégénératives (démences), les affections mentales, les atteintes sensorielles et les maladies chroniques d'organe (insuffisances respiratoires, insuffisance rénale).

EVOLUTION de l'influence des maladies sur l'incapacité

L'influence sur les incapacités diminue:

Maladies cérébro-vasculaires

Maladies ostéoarticulaires

Maladies cardio-vasculaires aiguës

L'influence sur les incapacités subsiste:

Maladies mentales (démences)

Maladies des yeux et auditives

Maladies respiratoires

D'après Sermet C, CREDES Paris, Sciences Po formations, 2001.

Il y a combinaison de trois effets:

- celui de la prévalence et de la sévérité des maladies chroniques à chaque âge,
- celui de l'évolution du nombre de personnes exposées au risque de souffrir de ces affections, et
- celui de l'influence différentielle des maladies chroniques sur les incapacités.

Ainsi, par exemple, le simple effet mécanique de l'augmentation importante des cohortes d'âges des sujets à risque va entraîner un doublement du nombre des fractures du col fémoral entre 2000 et 2050 (extrapolé pour la Belgique: \pm 8 500 cas en 2000 et \pm 17 000 cas en 2050). Le nombre de personnes atteintes de syndromes parkinsoniens, pourrait augmenter de 15 % en dix ans. L'évolution possible des démences fera l'objet d'une section particulière (section 9).

Identifions d'emblée les maladies chroniques liées au vieillissement les plus fréquentes et les plus pertinentes par rapport à une politique de santé, dans la

mesure où leur traitement et leur prévention peuvent raisonnablement réduire la morbidité et la dépendance.

Arthrose, ostéoporose et fractures du col fémoral,
 Maladies cardiovasculaires et insuffisance cardiaque,
 Syndromes démentiels et maladie d'Alzheimer,
 Maladies chroniques respiratoires, rénales et endocriniennes.

Les syndromes gériatriques qui sont associés au déclin fonctionnel et qui entraînent une importante morbidité/incapacité sont :

L'instabilité et les chutes,
 L'incontinence,
 La sarcopénie,
 La dénutrition,
 Les syndromes confusionnels,
 Les réactions médicamenteuses inappropriées (polymédication)

Pour réduire (retarder) la morbidité et les incapacités:

Promotion d'une **vie saine** (nutrition, exercice, contacts sociaux)

Dépistage des facteurs de risques des maladies chroniques (**prévention**)

Dépistage de la fragilité et prévention du risque de déclin fonctionnel

Réadaptation et revalidation (composantes réversibles)

Assistances mécaniques et technologiques (personne et environnement)

Interventions améliorant la fonctionnalité:

chirurgie de la cataracte,

chirurgie cardiaque et vasculaire,

prothèses articulaires (hanche)

Amélioration des **liens sociaux**

8.2. Fréquence des maladies chroniques en général

8.2.1. La situation en Belgique

La fraction de la population se déclarant affectée par une maladie chronique augmente avec l'âge dès le début de la vie ⁸ (cf. Tableau 2.18). Dès 35 ans environ, la moitié de la population dit en souffrir ! L'augmentation s'accélère à partir de 55 ans et atteint plus des trois quarts de la population à partir de 65 ans, hors démences séniles.

Tableau 2.18 Personnes selon le nombre de maladies chroniques déclarées (%)

Age	1997			2001			<i>Multimorbidité (3 ou 4) 2001 pour 1997 = 1</i>
	Aucune	1 ou 2	3 ou 4	Aucune	1 ou 2	3 ou 4	
0-14	76,2	22,6	1,3	77,4	21	1,6	1,23
15-24	61,2	34,5	4,3	59,3	35,6	5,1	1,19
25-34	55,4	36,4	8,1	52,6	37,7	9,7	1,20
35-44	44,8	41	14,3	46,8	39,9	13,3	0,93
45-54	43,2	39,7	17	43,4	38	18,6	1,09
55-64	34,8	44	21,2	32,2	43,7	24	1,13
65-74	22,5	45,8	31,5	18,4	42,6	39,1	1,24
75+	24,3	36	39,8	15,1	34,9	49,9	1,25
Total	50,2	36,7	13,1	47,6	35,8	16,7	1,27

Source : Enquêtes de Santé, sur base d'une liste ramenée à 34 maladies, hors démences.

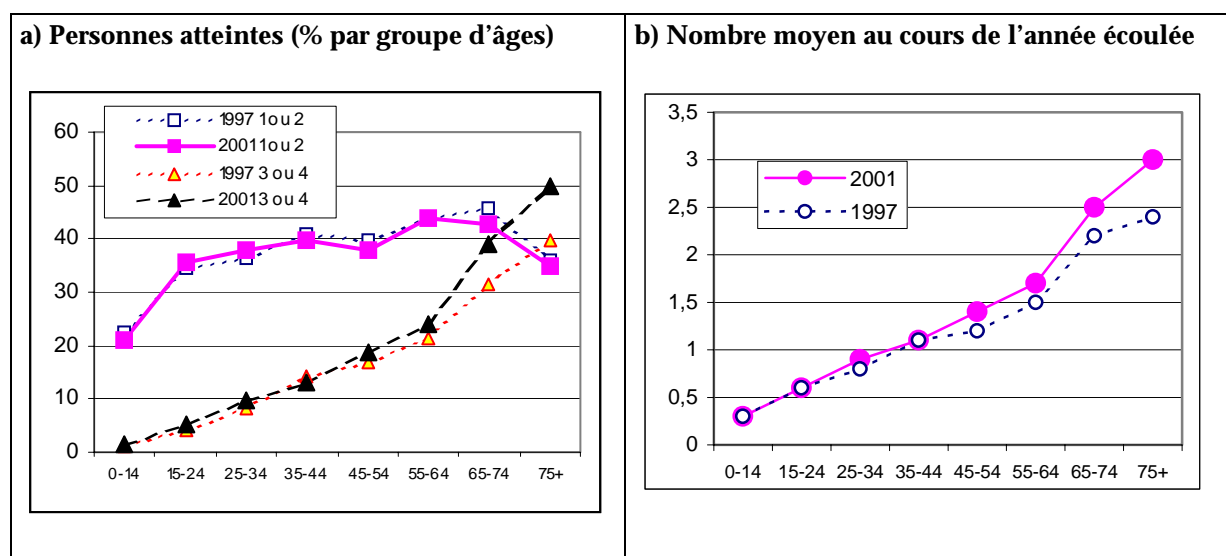
C'est surtout la multimorbidité (trois ou quatre affections) qui s'accroît avec l'âge, touchant 30 à 40 % des personnes de 65-74 ans et 40-50 % des 75 ans et plus. Or le coût de la multimorbidité est très élevé ; il a été estimé en France : pour un homme de 65 ans, la première maladie ajoute 360 euros par an à la dépense toutes choses étant égales par ailleurs, la deuxième 620 euros et la quatrième 1830 euros (Grignon, 2003). La multimorbidité pourrait donc devenir un critère intéressant quant au risque accru de soins. **Nous proposons dès lors que soit créé un nouvel indicateur : celui d'espérance de vie sans multimorbidité (EVSM).**

Entre 1997 et 2001, le pourcentage de personnes touchées a un peu augmenté, pratiquement à tous les âges, mais surtout parmi les âgés. C'est surtout la multimorbidité (trois ou quatre affections) qui a opéré une poussée. Aussi, le nombre

⁸ Sur base d'une liste de 34 maladies (après regroupement des questions sur les fractures avec celle relative à l'ostéoporose).

moyen de maladies déclarées a-t-il cru de 20 % (cf. Tableau 2.19) ; c'est substantiel, mais en ce domaine, l'interprétation doit être prudente, non seulement pour les raisons déclinées plus haut au sujet des enquêtes de santé (cf. section 7.2), mais aussi en raison des améliorations possibles en matière de diagnostic, de prise en charge et de rapportage, lesquelles accroissent les relevés, sans correspondre à une réelle aggravation de la morbidité.

Figure 2.17 Affections chroniques, par groupe d'âges



Source : UCL, sur base des enquêtes de santé (HIS), 1997 et 2001. Hors démences.

Dès le jeune âge, la Flandre est nettement moins affectée que les deux autres régions du pays (cf. Tableau 2.19).

Tableau 2.19 Nombre moyen d'affections chroniques au cours de l'année écoulée *

Age			Index 2001 pour 1997=100	Flandre	Wallonie	Bruxelles
	1997	2001				
0-14	0,3	0,3	100	0,3	0,4	0,3
15-24	0,6	0,6	100	0,6	0,8	0,8
25-34	0,8	0,9	113	0,7	1,2	1
35-44	1,1	1,1	100	1	1,2	1,3
45-54	1,2	1,4	117	1,3	1,5	1,6
55-64	1,5	1,7	113	1,4	2,3	1,9
65-74	2,2	2,5	114	2,4	2,6	2,9
75+	2,4	3	125	2,8	3,3	3,5
Total	1	1,2	120	1,1	1,4	1,4

Sur base d'une liste de 34 maladies. Source : ISP, Enquêtes de santé

Sans amélioration de la santé, le vieillissement pourrait entraîner une augmentation assez nette du nombre de personnes âgées atteintes de maladies chroniques. Cet effet

mécanique sera atténué du fait de la diminution de la population adulte ; au total, et à prévalence constante, la croissance, tous âges confondus, se limitera à :

- pour le nombre de personnes atteintes d'au moins une maladie chronique :
 - o + 9 % en 2020, + 15 % en 2050 ;
- pour le nombre de personnes atteintes de 3 ou 4 maladies chroniques :
 - o + 16 % en 2020, +32 % en 2050.

Si cette évolution est plutôt rassurante en termes relatifs, elle représentera par contre un poids réel pour les finances publiques, du fait de la très haute fréquence de ces affections : 450 000 personnes atteintes supplémentaires en 2020, de 700 000 à 800 000 en 2050. Ces cas supplémentaires seront essentiellement âgés. En 2020, la moitié d'entre eux souffriront de multimorbidité ; en 2050, ce sera le cas pour deux tiers d'entre eux. Au total, environ un tiers des cas seront atteints de plusieurs pathologies. Si en outre, on y ajoutait les démences séniles, les cas supplémentaires pourraient s'élever à quelque 550 000 en 2020.

En outre, le poids des maladies chroniques pourrait s'accroître davantage s'il se confirmait que le nombre de maladies par personne est en croissance (cf. Tableau 2.19). Inversement, des espoirs d'amélioration sont permis si des vaccins sont mis au point, si les styles de vie s'améliorent, et/ou si les facteurs de risque sont mieux contrôlés ; la poussée des maladies chroniques pourrait ainsi être atténuée.

Globalement, les dépenses de soins de court terme continueront donc à croître, même si la propension à consulter restait stable. La perspective de soins accrus présente cependant des aspects positifs : non seulement ces soins améliorent la qualité de vie, mais ils contribuent sans doute aussi à atténuer la croissance des soins de long terme, en favorisant le recul des incapacités graves. Il reste à établir le bilan du coût de ces soins (de court terme), par rapport aux bénéfiques, en termes de santé et de dépenses de long terme évitées.

A tout âge, les affections chroniques sont beaucoup plus nombreuses que les incapacités y associées ; pour les personnes âgées par exemple, 80 % des 65+ sont affectés d'au moins une maladie chronique, alors qu'à peine un quart à un tiers déclarent qu'elle induit une incapacité. Ce constat est entièrement corroboré en France par les études de Robine (cf. Tableau 2.20 et Figure 2.18).

Tableau 2.20 Précocité de la maladie chronique par rapport à l'incapacité y liée

Pourcentage de population de 55 ans atteinte de :	Incapacité*	Maladie chronique
Belgique 1997-2001	± 10- 15 %	± 60-70 %
France, Femmes 1991	± 10 %	± 58%
Age où ± 25 % de la population est atteinte de :	Incapacité	Maladie chronique
Belgique 1997-2001	± 65-74 ans	dès ± 15 ans (?)
France, Femmes 1991	± 70 ans	± 35 ans

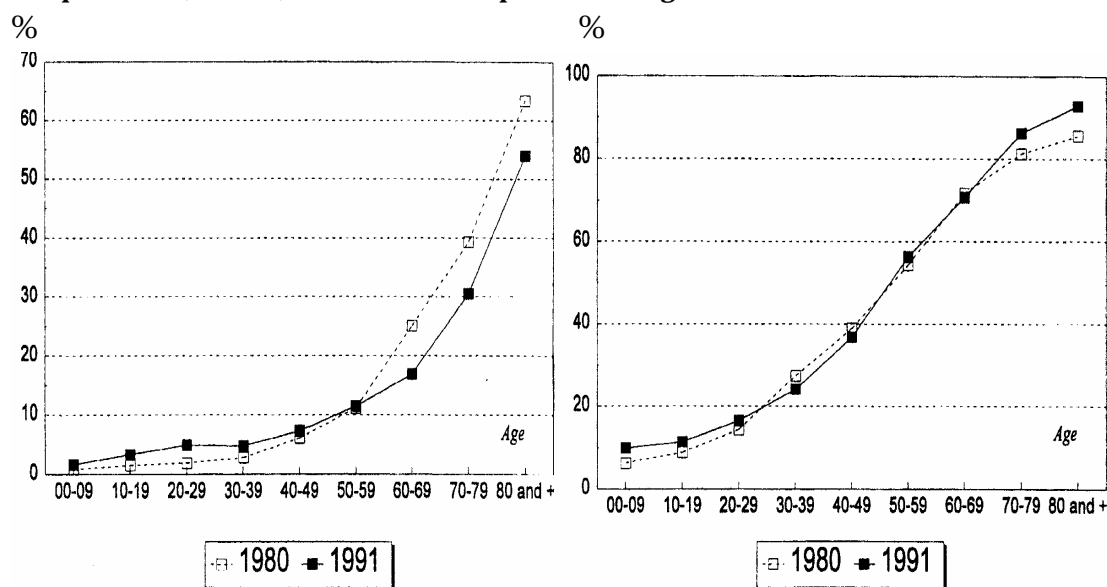
* Incapacité liée à une maladie chronique, maladie de longue durée ou handicap

Cet écart entre la fréquence des maladies chroniques et celle des incapacités y liées, ainsi que les perspectives d'avenir en matière d'incapacité ont déjà été évoquées plus haut (cf. section 7.4.1).

8.2.2. La Belgique dans l'éventail des situations européennes

En Belgique, les pourcentages de personnes se déclarant atteintes de maladies chroniques semblent beaucoup plus élevés qu'en France, du moins aux âges jeunes (< 44 ans), mais à ce stade nous ne disposons des données françaises que pour les femmes ; exemple : vers 40 ans \pm 65 % des femmes belges s'en disaient atteintes en 1997, versus \pm 30 % pour les femmes françaises au même âge en 1991 (cf. Figure 2.18).

Figure 2.18 Incapacité en % (à gauche) et % de personnes souffrant d'au moins une maladie incapacitante (à droite), France, femmes par classe d'âges, 1980 et 1991.



Source : Robine JM, Mormiche P, Sermet C, 1998b.

Par contre, selon les données d'Eurostat (qui combinent maladies chroniques et incapacités), la Belgique score mieux que la France et se situe dans une moyenne honorable pour ce qui concerne les adultes et dans une position de leader absolu pour ce qui est de la santé des âgés (cf. Tableau 2.21).

Pour ce qui est de l'évolution dans le temps, Mizrahi et Mizrahi (1997) évoquent l'hypothèse d'une durée plus longue des maladies chroniques, se traduisant par une augmentation du nombre de maladies chroniques par personne.

Tableau 2.21 Maladies chroniques et incapacité en Europe

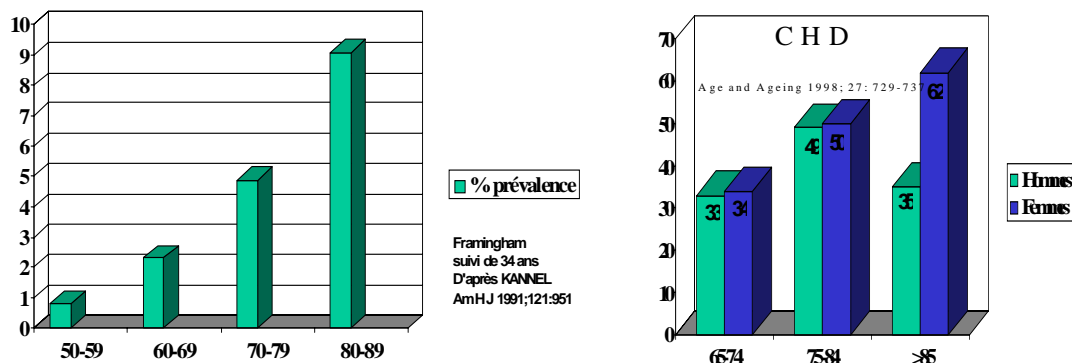
	Personnes de 16-64 ans déclarant être atteintes d'une maladie chronique ou d'une incapacité		Personnes de 65 ans et + déclarant être atteintes d'une maladie chronique (physique ou mentale) ou d'une incapacité qui les handicape dans leurs activités quotidiennes	
	2002	Score du pays comparé à celui de la Belgique	2001	Score du pays comparé à celui de la Belgique
EU-15	16,4		52,8	
B	18,4		31,8	
DK	19,9	+	43,3	+
D	11,2	-	73	+
EL	10,3	-	38,9	+
E	8,7	-	37,9	+
F	24,6	+	54,6	+
IRL	11	-	38,3	+
I	6,6	-	32,5	+
L	11,7	-	''	
NL	25,4	+	44,4	+
A	12,8	-	40,7	+
P	20,1	+	50,7	+
FIN	32,2	+	61,5	+
S	19,9	+	''	
UK	27,2	+	33,8	+

Source : Eurostat, *Living conditions in Europe*, Statistical pocket Book, Data 1998-2002, 2003 : 113

8.3. Maladies cardiovasculaires et insuffisance cardiaque

Le meilleur contrôle des facteurs de risque cardiovasculaire a entraîné un recul des maladies circulatoires, particulièrement la maladie coronarienne et les accidents vasculaires cérébraux. Ces maladies n'ont cependant pas disparu, elles apparaissent plus tard. Pour la maladie coronarienne, les traitements par thrombolyse en cas d'infarctus, les pontages aorto-coronariens, les angioplasties percutanées, les traitements par « stents » coronaires permettent de prolonger une vie de qualité en réduisant la morbidité/incapacité cardio-vasculaire. ***Il faut encourager ces traitements, parce qu'ils ont un impact sur la qualité de vie et qu'ils repoussent un facteur important de dépendance.***

Figure 2.19 Prévalence de l'Insuffisance cardiaque en fonction de l'âge



Malgré ces traitements, un nombre substantiel d'individus va évoluer vers **l'insuffisance cardiaque (IC)**, syndrome caractérisé par de la fatigue, des oedèmes, de l'essoufflement et une réduction importante des performances physiques. L'insuffisance cardiaque chronique est également une des principales causes d'hospitalisations et de réhospitalisations, et génère donc des coûts importants.

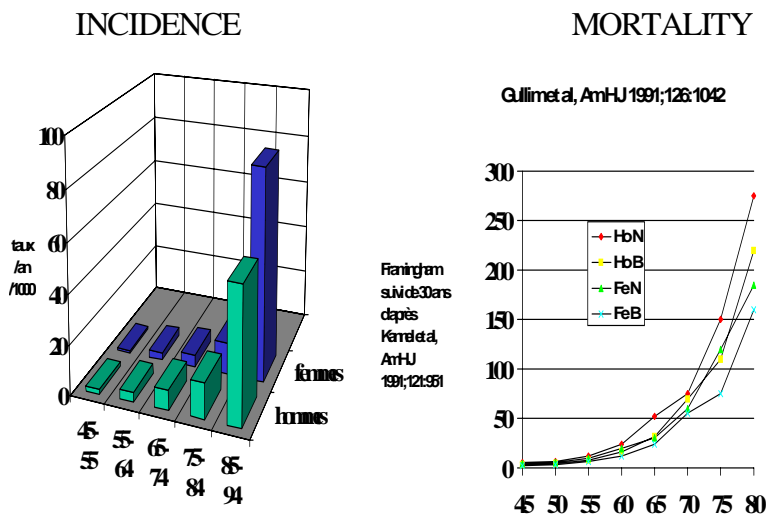
La prévalence de l'insuffisance cardiaque augmente de manière exponentielle avec l'âge, de sorte qu'il s'agit d'un syndrome gériatrique (taux de 10 % après 85 ans) et que la majorité des insuffisants cardiaques sont âgés ou très âgés (cf. Figure 2.19).

L'augmentation avec l'âge de la prévalence de l'insuffisance cardiaque est plus rapide que celle de la maladie coronarienne, principale cause de ce syndrome ; les autres causes sont les maladies valvulaires, la maladie hypertensive et les cardiopathies spécifiques (coeur pulmonaire, cardiomyopathies, etc.).

L'apparition de nouveaux cas de l'insuffisance cardiaque (incidence) augmente aussi exponentiellement avec l'âge, et plus chez les femmes (survivantes) que chez les hommes (effet de la mortalité sélective) (cf. Figure 2.20, gauche). La mortalité de l'affection est importante, avec une relation exponentielle en fonction de l'âge (cf. Figure 2.20, droite).

L'insuffisance cardiaque est donc une affection fréquente, invalidante dont le pronostic est sévère.

Figure 2.20 Incidence et mortalité de l'Insuffisance cardiaque en fonction de l'âge

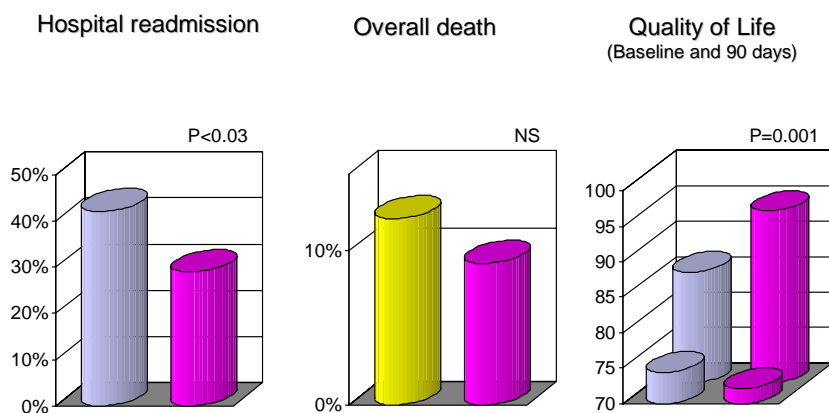


L'affection est encore sous-diagnostiquée chez les aînés et le traitement optimal moins bien appliqué chez eux, en raison de la crainte des effets secondaires des médicaments, pourtant efficaces sur la survie, l'état fonctionnel, la qualité de vie et les symptômes.

Par ailleurs, lorsqu'elle est diagnostiquée et traitée, l'insuffisance cardiaque demande un **suivi multidisciplinaire coordonné à domicile** (NEJM, 1995) si on veut prévenir les réadmissions à l'hôpital ; on a pu montrer l'effet d'un tel programme sur la réduction des réadmissions et l'amélioration de la qualité de vie des insuffisants cardiaques âgés (cf. Figure 2.21).

Enfin, les formes évoluées en fin de vie font encore l'objet de soins avancés, alors qu'elles pourraient bénéficier davantage de soins palliatifs.

Figure 2.21 Effet d'un programme multidisciplinaire à domicile (personnes âgées).



Source : NEJM, 1995, 333 : 1190-1195

Insuffisance cardiaque - Priorités

Prévention (des maladies cardio-vasculaires)

Optimiser le diagnostic et le traitement chez les aînés atteints

Prévention des réadmissions à l'hôpital

Approche palliative des insuffisances cardiaques très évoluées

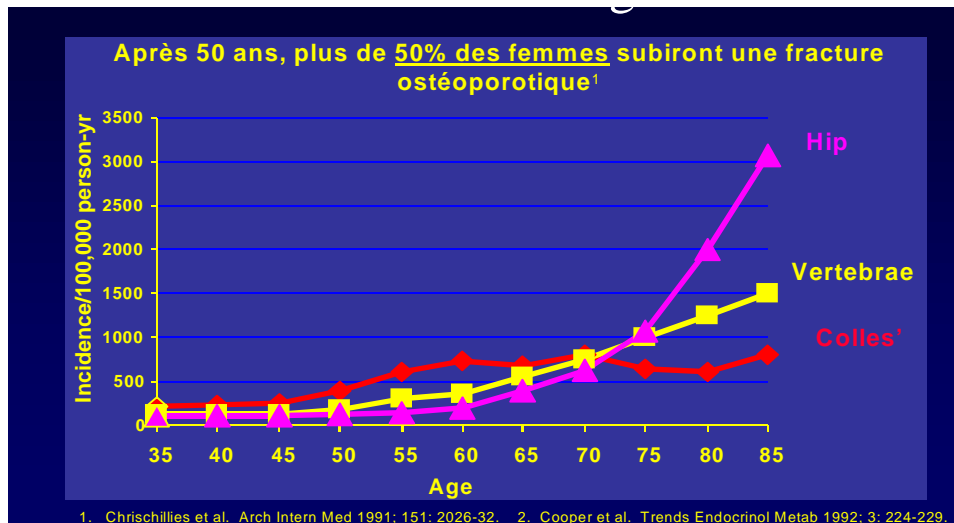
8.4. Ostéoporose, arthrose, chutes et fractures du col

L'augmentation des fractures avec l'âge est importante, surtout en ce qui concerne les fractures de hanche ; après 50 ans, une femme sur deux subira une fracture ostéoporotique (cf. Figure 2.22 et Figure 2.23). La prévention et le traitement de l'ostéoporose sont donc une priorité, mais il faut mener en parallèle une politique de prévention des chutes.

Les chutes représentent le principal facteur expliquant les fractures chez les aînés. L'incidence des chutes est fort élevée après 70 ans (30 à 40 % par an) et même si seulement 6 % des chutes occasionnent des fractures, ce phénomène génère des coûts qui ont été estimés en France à 1 % du budget de la santé. De toutes les études sur la prévention des chutes, on peut retenir qu'il faut agir simultanément sur trois axes (Tinetti, 2003) : la *force musculaire et l'équilibre* (exercices, kiné), la *polymédication* (adapter correctement les traitements) et *l'environnement*. Ces mesures peu complexes permettent de réduire de 15 à 35 % les chutes. La SSMG (Société Scientifique de Médecine Générale) a édité un guide de bonnes pratiques à cet égard (prévention primaire et évaluation des facteurs de risque), et les services de gériatrie font un travail considérable en prévention secondaire.

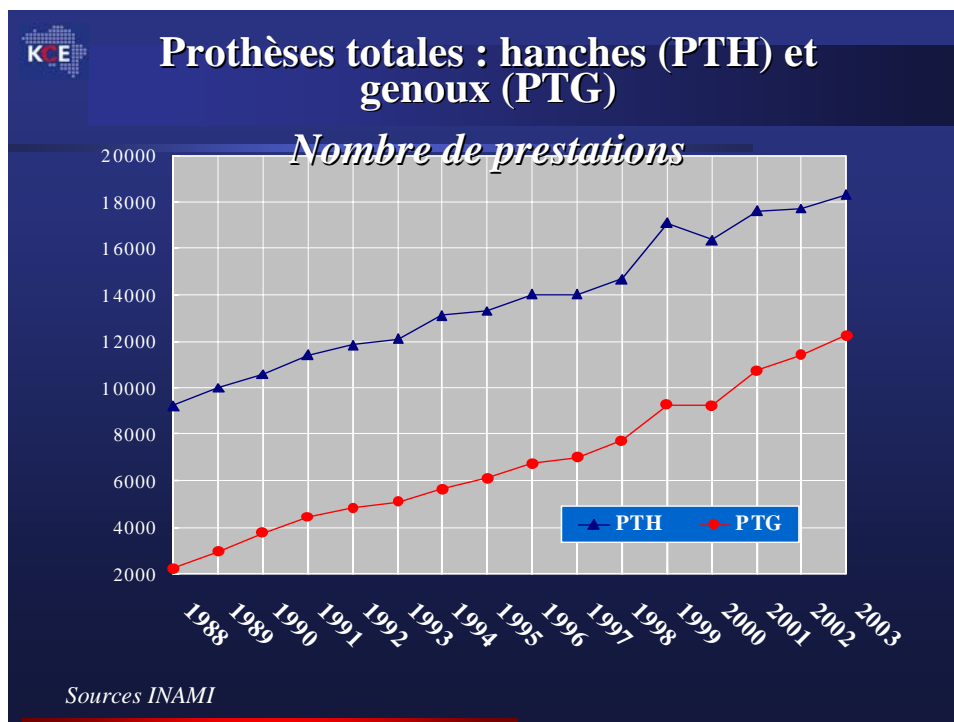
Une information du grand public est nécessaire pour faire connaître les facteurs de risques, et des mesures d'adaptation de l'environnement (domiciliaire et public) doivent être encouragées.

Figure 2.22 Incidence des fractures en fonction de l'âge



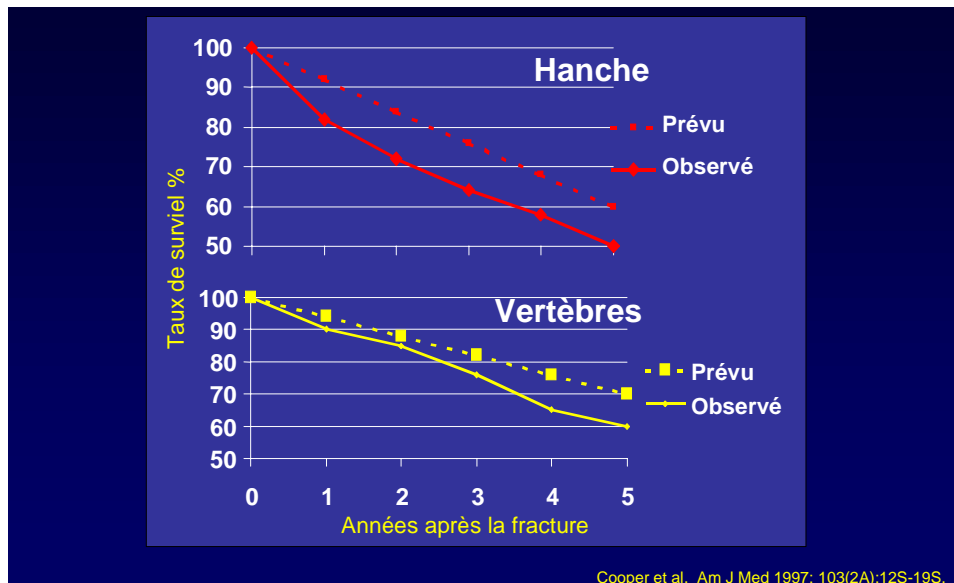
L'arthrose. Les interventions d'arthroplastie des hanches et des genoux qui sont réalisées de manière programmée et en dehors d'épisodes traumatiques ont des conséquences bénéfiques importantes sur la qualité de vie et la mortalité des bénéficiaires. Il est à prévoir que le recours à ce type d'interventions va continuer à s'accroître.

Figure 2.23 Prothèses totales : hanches (PTH) et genoux (PTG)



La prévention en la matière est particulièrement importante, car une fracture de ce type raccourcit la probabilité de survie : cinq ans après, environ dix pour cents des personnes atteintes seront décédées (au-delà de la mortalité normale attendue).

Figure 2.24 Fracture de hanche et de vertèbres = mortalité accrue



La prévention des fractures du col par protecteurs de hanche.

Des études récentes encouragent l'usage de protecteurs mécaniques des hanches (coquilles plastique glissées dans un sous-vêtement adapté) chez des personnes à haut risque de chutes (Auritzen, 1996). Chez ces personnes, le risque de fracture est réduit de 50 % si elles portent le protecteur au moment de la chute. La France a déjà légiféré sur des modalités de remboursement de ce système par la sécurité sociale.

Nous proposons que la même réflexion relative à un remboursement éventuel de ces protecteurs soit menée en Belgique.

9. Démences

9.1. Introduction

Ces pathologies font l'objet d'une large attention dans la littérature internationale ⁹.

Les maladies neuro-dégénératives, et particulièrement la maladie d'Alzheimer (MA), font partie de ces maladies liées à l'âge qui ont progressé de façon importante ces dernières années. Durant le siècle qui vient de s'écouler, le nombre de cas a ainsi connu une croissance importante, suite à l'allongement de la vie et la démence devient actuellement une des causes majeures de morbidité et de mortalité au grand âge.

L'impact économique et social de ces affections est effectivement considérable, allant du poids psychologique supporté par les malades et leurs familles, jusqu'aux systèmes de prise en charge domiciliaires et institutionnels dont dépendent ces personnes. Dès lors, prévenir ou même retarder l'apparition de ces maladies vont représenter des enjeux majeurs pour les politiques de santé publique.

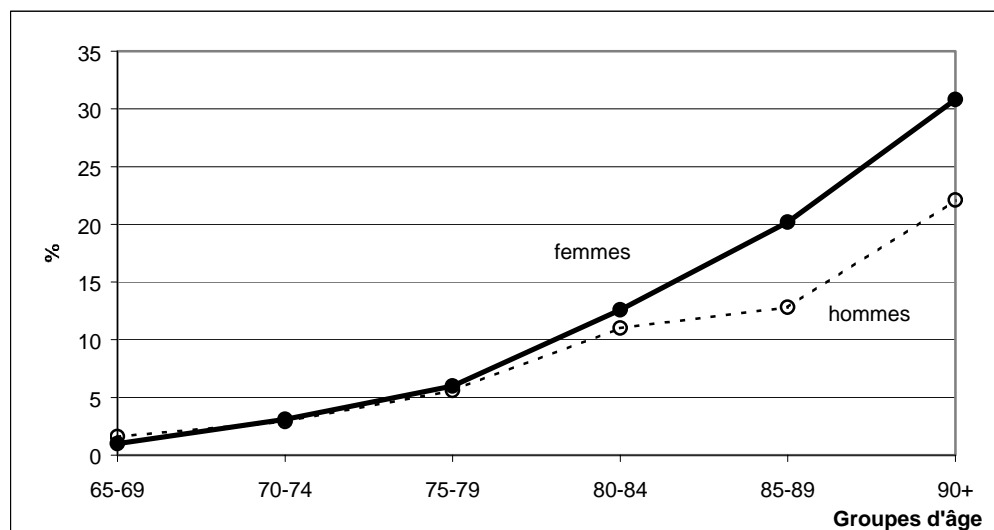
9.2. Prévalence et incidence des démences et de la maladie d'Alzheimer

Les démences regroupent un ensemble d'affections neurologiques, à l'exception des causes réversibles. On distingue principalement la maladie d'Alzheimer (MA), les démences vasculaires et un groupe composite réunissant les autres types de démence (démence à corps de Lewy, démences frontotemporales, démences sous-corticales).

La maladie d'Alzheimer représente l'affection la plus répandue.

⁹ Exemples : Altman J, 1998 ; Corrada M et al, 1995 ; Fratiglioni L et al, 2000 ; Gourbin C. et al, 1999, 2000 a et b ; Ivanoiu A, 2000 ; Jagger C et al, 2000 ; Jorm AF et al, 1987 ; Katzman R. et al, 1999 ; Lobo A et al, 2000 ; Progress Report on Alzheimer's Disease, 1999 ; Ritchie K, 1997 ; Von Strauss E et al, 1999 ; Wolfson C et al, 2001.

Figure 2.25 Prévalence des démences toutes causes par groupe d'âges et genre.



Source : Lobo, 2000 (« Pooled analyse », Europe).

Jorm et al (1987) ont analysé 22 études qui, malgré quelques disparités, montrent toutes une augmentation exponentielle de la démence avec l'âge, avec un doublement tous les cinq ans à partir de 65 ans (National Institute on Aging, 1999 ; Lobo, 2000) (cf. Figure 2.25). Une autre étude importante menée en Europe, EURODEM, a rassemblé les résultats de dix études portant sur la démence chez les personnes âgées dans huit pays. **La prévalence des démences (modérées à sévères) est estimée à quelque 6,4 % de la population des 65 ans et plus, avec une fréquence de 4,4 % pour la MA et de 1,6 % pour les démences vasculaires.** On retrouve dans ces données « poolées » des taux de **prévalence croissant avec l'âge, passant de 0,8 %, pour les 65-69 ans à 28,5 % chez les plus de 90 ans.** Cette évolution est analogue à celles livrées par quatre méta-analyses (cf. Tableau 2.22). On remarque néanmoins une variabilité inter études, avec des différences dans les taux de prévalence des démences qui s'échelonnent de 4 % à 12 % et cela indépendamment de la structure par âge. La majeure partie de cette variabilité peut être imputable à des critères de diagnostic (degré de sévérité des démences) et méthodologiques (échantillon de population) variables (Corrada, 1995), mais d'autres facteurs peuvent aussi jouer un rôle, tels que le niveau d'éducation ou l'ethnie.

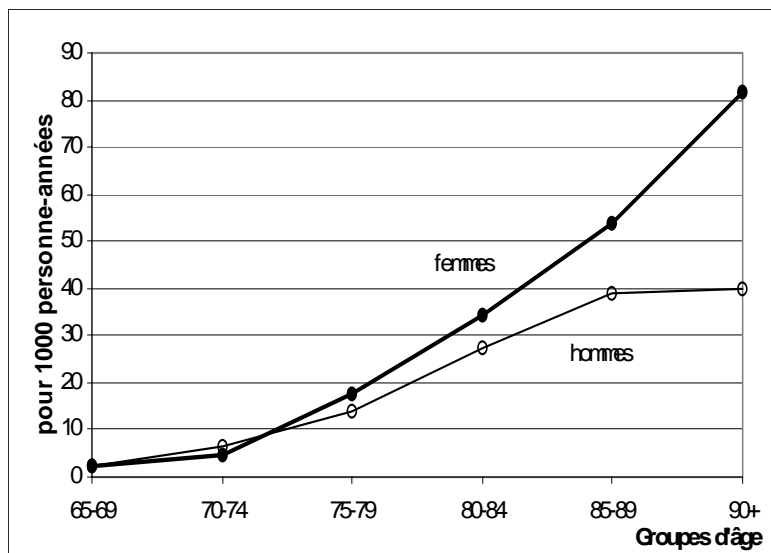
Les femmes présentent des niveaux plus élevés que les hommes, particulièrement aux âges avancés. Comme élément explicatif, on évoque parfois les survies différentes des deux sexes, liées notamment à des facteurs génétiques (Lobo, 2000 ; Gourbin, 1999).

Tableau 2.22 Prévalence de la démence parmi les 60 et + (%)

Age group (years)	Meta-analyses			
	Jorm et al, 1987 (Worldwide)	Hofman et al, 1991 (Europe)	Ritchie et al, 1992 (Worldwide)	Ritchie & Kildea, 1995 (Worldwide)
60-64	0.7	1.0	0.9	–
65-69	1.4	1.4	1.6	1.5
70-74	2.8	4.1	2.8	3.5
75-79	5.6	5.7	4.9	6.8
80-84	10.5	13.0	8.7	13.6
85-89	20.8	21.6	15.5	22.3
90-94	38.6	32.2	24.5	31.5
95-99	–	34.7	36.7	44.5

Jorm et al 1987; Hofman et al 1991; Ritchie et al 1992; Ritchie & Kildea 1995

L'incidence des nouveaux cas suit le même modèle d'augmentation exponentielle pour l'âge que la prévalence, avec un doublement des taux tous les 5 ans à partir de 65 ans, comme l'illustre la Figure 2.26 (Fratiglioni, in Katzman, 1999). Les taux féminins sont constamment supérieurs à ceux des hommes, avec pour ces derniers un net fléchissement à partir de 85 ans (Gourbin, 1999 ; Fratiglioni, 2000). L'effectif des hommes âgés reste malheureusement souvent très faible, rendant par conséquent les mesures plus difficiles et aléatoires pour ce groupe.

Figure 2.26 Incidence des démences toutes causes, par groupe d'âges et genre

Source : Fratiglioni, 2000, . « Pooled analyse » d'après Katzman

La variabilité des taux d'incidence par âge est plus faible que celle que l'on trouve pour les mesures de prévalence (Katzman, 1999).

On s'est demandé si l'augmentation de la prévalence et de l'incidence progresse continuellement avec l'âge ou si un plateau s'installe aux alentours de 85 ans. L'article de Von Strauss et al. (1999) offre à ce propos une contribution intéressante, avec une étude portant sur une population élevée de personnes de plus de 90 ans. Selon les auteurs, la prévalence suivrait une croissance continue, même à des âges très avancés, conformément aux résultats déjà présentés au Tableau 2.22. Cette tendance reste plus marquée chez les femmes et elle est également plus évidente pour la MA.

De telles données illustrent à quel point les résultats d'enquête qui regroupent les 75+ dans une même catégorie peuvent masquer des évolutions importantes aux âges extrêmes de la vie.

9.3. Les diverses formes de démences irréversibles

La littérature internationale s'accorde à présenter la maladie d'Alzheimer (MA) comme le principal vecteur d'augmentation de la démence avec l'âge (Lobo, 2000). Elle rassemblerait à elle seule 54-60 % en moyenne du total des démences, mais ces valeurs s'échelonnent de 38,7 % à 78 % selon les pays (Ivanoiu, 2000 ; Katzman, 1999 ; Fratiglioni, 2000). Cette variabilité importante peut s'expliquer en partie par la difficulté souvent rencontrée pour identifier avec précision le type de démence en question (Katzman, 1999). Néanmoins, toutes les études concluent à une tendance à la hausse avec l'âge : 0,6 % des personnes âgées de 65 à 69 ans souffrent en moyenne de MA, alors que cette valeur grimpe à 22,2 % chez les plus de 90 ans. A tous les âges, les femmes sont davantage touchées que les hommes. Pour les démences vasculaires (15,8 % des cas), la prévalence atteint 0,3 % chez les 65 à 69 ans et 5,2 % pour les plus de 90 ans (Lobo, 2000).

Cette prévalence est sujette aux difficultés diagnostiques déjà évoquées, avec des conséquences identiques sur la variabilité. Contrairement aux autres types de démence, la répartition par âge de la MA suit un schéma différent selon le genre : avant 85 ans, l'affection touche prioritairement les hommes, puis au delà, ce sont les femmes qui sont davantage atteintes.

9.4. La survie à la démence et l'espérance de vie sans démence

Le pronostic des démences constitue un élément essentiel, non seulement pour la planification sanitaire, mais également pour la prise en charge familiale des patients. Diverses études estiment qu'en moyenne les personnes touchées survivent entre huit et dix ans après la survenue d'une démence (Ritchie, 1997 ; National Institute on Aging, 1999). Une étude récente de Wolfson et ses collègues (2001) avance des résultats très différents : la durée moyenne de survie serait beaucoup plus courte, et ne s'élèverait qu'à 3,3 ans. Cette différence serait due aux cas de démence d'évolution rapide qui, de ce fait, ne sont guères intégrés dans les études ; c'est ce biais qui est corrigé ici.

Plus l'âge de survenue de la démence est précoce et plus la survie est importante (5,7 ans pour les 65-74 ans ; 4,18 ans pour les 75-84 ans ; et 2,76 ans pour les 85 ans et plus). Les femmes ont des survies plus longues que les hommes et cela à tous les âges.

Une étude européenne, EURODEM, met en évidence que la probabilité d'être institutionnalisé augmente avec l'âge et est considérablement plus importante pour les personnes atteintes de démence. Les femmes ont un risque plus élevé d'être institutionnalisées que les hommes, quel que soit leur âge et indépendamment du fait qu'elles soient atteintes de démence ou non. Cette situation préjudiciable est probablement liée au fait que, devenant plus souvent veuves, du fait du décès précoce de leur mari, elles se retrouvent plus fréquemment sans aidant pour les soigner. Il y a là une double inégalité : supportant davantage la charge (souvent lourde) d'aidante, elles s'en trouvent privées, lorsque le besoin s'en fait sentir, forcées dès lors à une institutionnalisation, généralement non désirée et toujours moins personnalisée.

L'espérance de vie sans démence

Les calculs d'espérance de vie sans démence se situent dans le contexte de l'évaluation des besoins en soins à domicile et institutionnels liés à ces états de perte d'autonomie progressive. Ils permettent également de fournir les bases de calcul pour les projections futures. En Belgique, l'espérance de vie sans manifestation démentielle à 77 ans est de 7,3 ans pour les hommes et de 8,5 ans pour les femmes (Ritchie, 1997) (cf. Tableau 2.23). Ces résultats sont très similaires dans divers pays : des études menées en Hollande, en Australie et en France prédisent une espérance de vie sans démence à 65 ans de 14 à 18 ans pour les hommes, et de 11 à 14 ans pour les femmes. Bien que l'espérance de vie totale, ainsi que l'espérance de vie sans

manifestation démentielle soit plus longue pour les femmes que pour hommes, les femmes perdent leur avantage lorsque l'on calcule l'espérance de vie sans démence par rapport à l'espérance de vie totale ; elles passeront donc une plus grande partie de leur vie dans un état de démence.

Tableau 2.23 Espérance de vie sans démence (% EV) en Belgique et dans d'autres pays

Pays	âge	hommes		femmes
Hollande	65	14 ans (96%)		18 ans (93%)
Australie	70	11 ans (92%)		14 ans (93%)
France	65		17 ans (95%)	
Belgique	77	7.3 ans (88%)		8.5 ans (78%)
Belgique	83	5.0 ans (82%)		5.6 ans (71%)
Belgique	89	3.3 ans (73%)		3.3 ans (59%)

Sources: - NI: Soc Sci Med 1996, 43: 1703-7; - Aus: Aus J Publ Health 1994, 18: 149-52;
- Fr: Am J Publ Health 1994; 84:232 ; - Belg.- Ritchie, 1997

9.5. Les bases diagnostiques et préventives des démences

Il n'est pas toujours facile de tracer une frontière nette entre le vieillissement normal accompagné de légères pertes cognitives et la démence débutante. Et il est encore moins aisé de poser avec certitude le diagnostic de MA. Non seulement, les états légers passent souvent inaperçus, mais l'impact psychologique d'une telle déclaration sur le malade ou sa famille est tel qu'il impose nécessairement une certaine prudence.

Si cette maladie demeure pour l'heure incurable, beaucoup d'efforts ont été consentis ces dernières années pour amplifier la recherche à son sujet. Cela a permis de réaliser des progrès importants dans la connaissance étiologique, la mise en évidence de certains facteurs de risque, l'établissement de diagnostics plus précoces et également d'encourageantes perspectives thérapeutiques. Certains médicaments permettent de ralentir l'apparition et la gravité de la MA et de nouveaux traitements prometteurs sont en cours d'évaluation. Les premiers thérapeutes vers qui se tournent ces malades sont généralement les médecins généralistes. C'est souvent avec d'autres plaintes qu'ils viennent les consulter et le défi pour le médecin sera de pouvoir identifier ces démences débutantes, afin d'assumer une prise en charge précoce et

optimale. A cette fin, il est essentiel que la formation des médecins généralistes soit suffisante.

En identifiant les facteurs de risque de la démence, on pourra assurer la surveillance des individus susceptibles, et mettre en place de meilleures stratégies préventives. Cependant, diverses controverses subsistent autour d'un certain nombre de ces facteurs. L'âge représente un facteur de risque indéniable et vraisemblablement le plus sûr ; il n'est évidemment pas vulnérable aux interventions. A cela s'ajoutent les facteurs héréditaires, dont certaines mutations génétiques sont hautement prédictives de la maladie d'Alzheimer (gènes de la protéine du précurseur de l'amyloïde et des présénilines 1 et 2), mais la proportion de la population qui en est atteinte est tellement faible que l'impact à l'échelle de la population est mineur. A l'opposé, on trouve de manière plus répandue certains gènes de susceptibilité (apo E), mais exposer toute la population à un « screening » ne serait pas une solution envisageable ni même souhaitable, en raison des faux positifs qui alarmeraient inutilement des personnes indemnes (Altman, 1998 ; Ivanoiu, 2000). Parmi les autres facteurs de risque possibles, on note le faible niveau d'éducation, ainsi que le genre féminin. Dans l'état actuel des connaissances, la maladie d'Alzheimer semble répondre à un « réseau de causalités », plutôt qu'à des facteurs de risques isolés (Altman, 1998). Il semblerait qu'une prévention primaire contre les facteurs vasculaires (hypertension, diabète, tabac, cholestérol) se révèle efficace.

9.6. La prise en charge : majoritairement informelle et coûteuse.

La prise en charge d'une personne atteinte de démence se présente souvent sous la forme d'une alternative entre le maintien à domicile et l'institutionnalisation. Le choix du lieu de vie sera tributaire en grande partie du réseau familial et social qui entoure le malade, mais dépendra évidemment aussi des ressources économiques dont elle dispose. Plus de la moitié des individus souffrant de MA sont pris en charge à domicile d'après une enquête réalisée auprès des Associations Alzheimer. C'est en grande partie grâce à l'aide informelle octroyée par les proches, principalement l'épouse ou les enfants (et dans ce cas se sera la fille ou la belle-fille qui vient prodiguer les soins nécessaires), que les personnes âgées peuvent être maintenues à domicile (National Institute on Aging, 1999). Mais cette prise en charge représente pour ces aidants un poids psychologique et physique très lourd et, parfois, à bout de souffle, ils n'ont d'autre choix que de placer leur proche dans des institutions ; et cette décision s'accompagne souvent d'un fort sentiment de culpabilité. Par ailleurs, l'institutionnalisation devient souvent inévitable lorsque la maladie progresse vers des états plus graves ; il devient alors bien difficile de pouvoir maintenir ces patients à domicile.

Le poids social de cette aide informelle reste à chiffrer, notamment en termes de morbidité induite éventuelle pour les aidants ; son poids économique aussi, car les régimes de sécurité sociale en Belgique remboursent les soins médicaux de la MA, les médicaments spécifiques ne sont remboursés que depuis peu (Gourbin et Wunsch, Statistiques hospitalières). Une étude des effets de cette nouvelle mesure déjà prise bien plus tôt dans les pays voisins, est nécessaire. Depuis les années quatre-vingt, la Flandre a fortement développé l'ensemble des services d'aide à domicile. Aussi les soins à domicile y sont-ils beaucoup plus fréquents que dans les autres régions de la Belgique. A l'inverse, la politique sociale de la Wallonie a été orientée prioritairement vers les systèmes institutionnels. Ces divers éléments expliquent sans doute que l'on trouve un plus grand nombre de déments pris en charge à domicile en Flandre (80 %, contre 60 % en Wallonie).

Pour ce qui est de la prise en charge institutionnelle, il faut distinguer les placements de courte durée (hôpitaux psychiatriques et gériatriques), des séjours de durée moyenne et enfin des solutions à plus long terme. Actuellement, ce sont presque exclusivement les maisons de repos (MR) et les maisons de repos et de soins (MRS) qui répondent à cette dernière catégorie. Des formes alternatives de prise en charge, correspondant à des structures plus adaptées que les institutions traditionnelles, ont récemment vu le jour. Citons par exemple les « cantous » qui sont des lieux de vie communautaire de petite taille, dans lesquels on favorise les échanges et la communication, permettant de maintenir ces personnes dans des environnements plus stimulants. Certains sont intégrés dans des maisons de repos mais, malheureusement, ces structures sont encore rares en Belgique. Elles nécessitent de plus un personnel qualifié et nombreux, dont le coût devient rapidement élevé. D'autres solutions sont parfois proposées, sous la forme « d'aides aux aidants », notamment des services d'aides à domicile ou des centres de jour ou de nuit, correspondant à des structures d'accueil temporaires, qui permettent de soulager transitoirement les familles. Mais on peut déplorer pour l'instant leur faible capacité et leur coût relativement élevé.

De toutes façons, le coût pour la famille et la collectivité est lourd. Il a été estimé aux Etats-Unis (cf. Tableau 2.24).

Tableau 2.24 Ventilation du coût global de la démence (MA)

• Institutionalization	67%
• Home care	14%
• Informal care	14%
• Hospital	2%
• Day care	1%
• Drugs	1%
• Diagnosis	<1%

Tableau 2.25 Coût global annuel de la MA, selon la gravité et le type de prise en charge (a)

Residential setting/severity	Formal care	Informal care	Total
Community			
MILD	7,008	7,452	14,460
MODERATE	11,064	11,988	23,052
SEVERE	11,520	12,720	24,052
Institution			
MILD	41,832	420	42,252
MODERATE	41,964	504	42,468
SEVERE	42,684	408	43,092

(a) Etats-Unis \$ de 1997

Source : adapté de Leon et al, 1998

Selon une étude réalisée aux Etats-Unis, la prise en charge au sein de la Communauté est bien moins chère pour la collectivité, quel que soit le niveau de gravité de la MA : un tiers à la moitié du coût total, dont la moitié est assumée par des soins informels quand les malades ne résident pas en institution (cf. Tableau 2.25). Ces coûts dépendent évidemment des modalités de prise en charge spécifiques au pays et ne sont donc pas transposables tels quels à la Belgique. Ils indiquent toutefois les choix de société auxquels on est confronté :

- Quelle part donner aux soins dans la Communauté ? Avec quels besoins en termes de soins formels à domicile ? Et à quel prix économique, social et de santé pour les familles, dont toutes ne seront pas volontaires ?
- Si l'on privilégie l'institutionnalisation, et en tout cas pour la part incompressible de celle-ci, quel en sera l'ampleur, en termes de places d'hébergement nécessaires et de coût à porter ?

9.7. Quel sera à l'avenir le poids des démences ?

Au vu de l'augmentation continue de notre population âgée, voire très âgée et de l'évolution exponentielle des démences avec l'âge, on s'attend dans le futur à voir progresser le nombre de personnes atteintes de ces affections. Cependant, une des grandes difficultés rencontrées pour établir des projections réside dans la variabilité des niveaux mesurés de prévalence et d'incidence (cf. supra, Katzman, 1999). Les

projections qui sont établies à partir des niveaux actuels de détection, de prévention et de démences (cf. Tableau 2.26), annoncent pour la Belgique 100 000 à 125 000 cas de démence aux alentours de 2010, voire 175 000 selon Qualidem et 137 millions pour l'Europe à l'horizon 2050 (Altman, 1998). Pour 2020, la fourchette d'estimation s'étage entre 135 000 et 200 000 cas, en appliquant les taux de prévalence extrêmes livrés par quatre méta-analyses (cf. Tableau 2.22) ; selon ces scénarios, ce sont 40 000 à 60 000 cas supplémentaires auxquels nous aurions à faire face en vingt ans ; ceci ne fait pas moins que doubler le nombre d'incapacités graves supplémentaires à craindre d'ici 2020 (calculées selon prévalences stables à la section 7.4.1). Les Etats-Unis connaîtraient alors des taux d'incidence de la démence qui se rapprocheraient des taux existant pour les cancers (Katzman, 1999).

Tableau 2.26 Démences en Belgique : nombre de cas et projections

En 1995 :	70 000 – 90 000 cas de démence	
En 2010 :	100 000- 125 000 cas de démence	voire 175 000
		Source : Qualidem
En 2020 :	125 000- 150 000 cas de démence	voire 135 à 200 000
Source : Ivanoiu, 2000		Source : Deliège, UCL (prévalences par âge stables selon méta-analyses)

Un autre élément difficile à apprécier est notre capacité future à pouvoir retarder ou limiter cette maladie : recul du seuil clinique ? prévention plus efficace ? progrès thérapeutiques aux stades précoces ? Des fonds importants ont été alloués ces dernières années pour la recherche sur le vieillissement. Cela a permis de réaliser des progrès importants dans la compréhension du phénomène, entre vieillissement normal et pathologique, dans les processus de détection précoce des démences et dans la recherche thérapeutique, avec l'apparition d'un certain nombre de médicaments prometteurs. Des simulations ont tenté de mettre en évidence l'impact positif sur les niveaux d'incidence et de prévalence qui découlerait d'un report de l'apparition des démences. Les auteurs ont montré que le fait de reculer le délai de survenue de la maladie de cinq ans, résulterait en une diminution de moitié de l'incidence ; même avec des résultats moins spectaculaires, tel un report de six mois à un an, on pourrait déjà obtenir des effets très satisfaisants (Altman, 1998).

Le coût économique que représenteront les démences est évidemment une préoccupation importante pour les organes politiques. Les coûts principaux sont occasionnés par l'institutionnalisation et les démences avancées font peser le tribut financier le plus lourd. Il n'est cependant pas facile d'estimer ces coûts, car interviennent non seulement des coûts directs (soins institutionnels, soins à domicile), mais également des coûts indirects informels (prise en charge par la famille), voire des coûts reportés (morbidité accrue des aidants ?).

Le partage entre les deux approches demeurera un arbitrage difficile, impliquant des dilemmes familiaux et des choix de société. De toutes façons, le coût des soins

entraînés par les démences augmentera de manière importante dans les 50 prochaines années, dans une fourchette allant de 137 % en Italie à 276 % au Canada (Katzman, 1999). Vers 2050, les coûts atteindraient 112 à 124 millions de US\$ par an (valeur de 1996) pour un ensemble de pays européens (Altman, 1998).

9.8. Conclusion en matière de démence

Le phénomène du vieillissement démographique et du nombre croissant des personnes âgées de 65 ans et plus et de 80 ans et plus sont des tendances irréversibles. Dans l'état actuel des connaissances, on peut s'attendre à une augmentation progressive des personnes atteintes de démence. Pour la Belgique, le nombre de cas de démence en 1995 s'élevait autour de 70 000 à 90 000. Pour l'horizon 2010, on prévoit 100 000 à 175 000 cas, puis 135 000 à 200 000 cas pour 2020 (à taux constants). Il s'agit donc réellement d'un enjeu de taille pour la santé publique. Un des défis majeurs pour nos sociétés vieillissantes consistera à trouver les moyens d'assurer la prise en charge du nombre croissant de personnes souffrant de démence. La grande majorité de ces personnes sont actuellement prises en charge à domicile, en majeure partie grâce à l'aide des proches. Cela décharge de manière importante les pouvoirs publics, non seulement du point de vue financier, mais également en matière d'infrastructures nécessaires. Inversement, cela pèse de façon lourde sur les aidants.

Le choix du lieu de vie est tributaire d'un certain nombre de facteurs inhérents aux réseaux familial et social de la personne et à ses ressources économiques. Les laissés pour compte seront fréquemment des personnes indigentes qui ne pourront s'offrir des lieux de vie adaptés ; même leur maintien à domicile se trouve parfois menacé, car il se révèle une solution onéreuse, particulièrement en l'absence d'aide informelle. Par ailleurs, d'autres groupes posent problème : les personnes isolées, celles dont les familles sont réduites ou éloignées ou dont le réseau social est effrité. Il est malheureusement à craindre que ces situations deviennent de plus en plus fréquentes, vu l'évolution des structures familiales et des modes de vie. Dès lors, le développement de structures appropriées, de systèmes d'allocations et d'autres formes d'« aides aux aidants » seraient des solutions tout à fait souhaitables, pour que chacun puisse bénéficier de lieux de vie désirés et adaptés, au sein d'une meilleure collaboration entre patients, famille et thérapeutes.

Un effort particulier devrait également être consenti pour améliorer la formation des médecins généralistes. Contrairement aux gériatres et psycho-gériatres dont la spécialisation est orientée vers les maladies liées à l'âge, la formation des généralistes est dans ce domaine plus partielle. Il est pourtant important de détecter précocement des démences débutantes, afin de proposer des traitements efficaces, ralentissant le

décours de la maladie et assurer une meilleure prise en charge. Et cette démarche doit être promue, plus particulièrement en collaboration avec les médecins généralistes qui sont souvent les premiers thérapeutes vers qui se tournent les patients, lesquels viennent d'ailleurs souvent avec d'autres plaintes.

Les mesures tendant à diminuer la prévalence et l'incidence des démences doivent viser à inciter la prévention et la prise en charge précoce. Combinées avec les progrès scientifiques en cours, il est probable que ces mesures permettront, dans un futur plus ou moins proche, si ce n'est à stopper, du moins à retarder l'apparition des démences, avec un impact important sur la réduction de l'incidence et donc sur le coût qu'entraînent ces pathologies.

10. Fragilité et risque de dépendance (déclin fonctionnel).

10.1. Les plus de 80 ans (« oldest old »)

L'intensité du vieillissement se mesure par la place occupée par les plus âgés parmi les âgés. Un indicateur classique est la proportion des plus de 80 ans par rapport à l'ensemble des personnes de plus de 60 ans. Eurostat lui préfère la part des 85+ au sein des 65+. Dans les années 1950, les 80+ représentaient 9 % des aînés ; en l'an 2000, ils comptent pour 17 % des 60 ans et plus et ils composeront 32 % des âgés en 2050 (cf. chapitre 1, section 7.2). Quel que soit le seuil retenu, il faut se rappeler que la pertinence de maintenir les mêmes seuils d'âge pour l'avenir a été fortement mise en cause (cf. chapitre 1, section 7.3).

Les générations d'octogénaires qui se suivent appartiennent à des cohortes successives très différentes ; celle du baby boom, dont on attend les effets à partir de 2010, représentera une vague particulièrement importante qui, dans un premier temps, va réduire l'intensité du vieillissement par l'accroissement du nombre de « jeunes vieux », puis l'augmentera à nouveau.

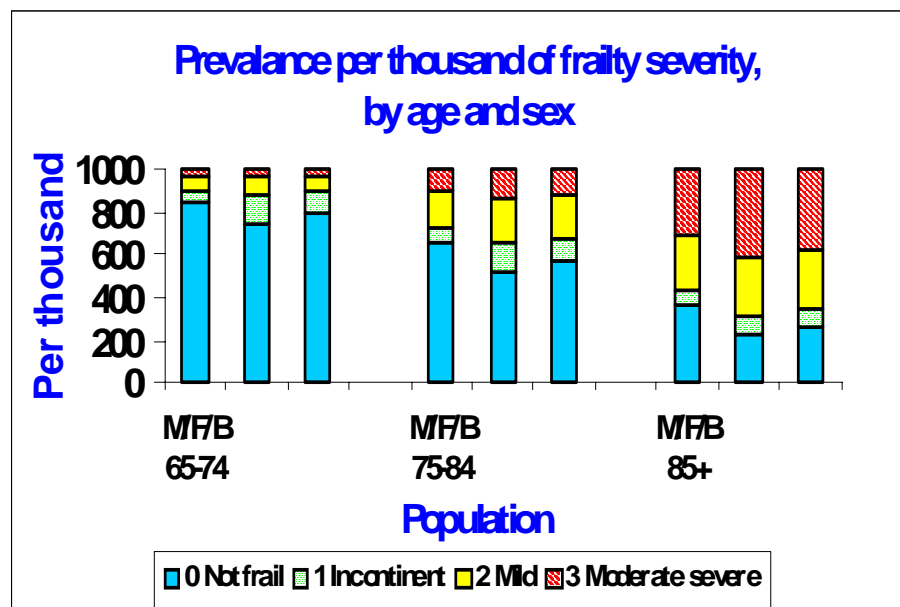
Les octogénaires sont les personnes les plus fragiles parmi les âgés et demandent donc une attention spécifique. Les services hospitaliers de gériatrie leur sont plus spécialement destinés. L'âge moyen des patients hospitalisés dans ces services est de 82 ans au début des années 2000 (il était de 79 ans dans les années 1985) et est en lente augmentation. Ceci reflète d'une certaine manière le recul de la morbidité et peut-être sa compression, mais aussi la forte croissance de l'offre de lits en maison de repos, lieu d'hébergement qui permet probablement de retarder l'hospitalisation en cas de problème de santé mineur.

10.2. Fragilité, risque de déclin fonctionnel et évaluation gériatrique

Une caractéristique commune des plus âgés est leur fragilité, c'est à dire les risques qu'ils ont de moins bien gérer les stress physiques, psychiques ou socio-familiaux, d'évoluer vers la perte d'autonomie, de présenter des syndromes gériatriques (chutes, syndromes confusionnels, réduction de mobilité, réactions médicamenteuses) et d'être institutionnalisés.

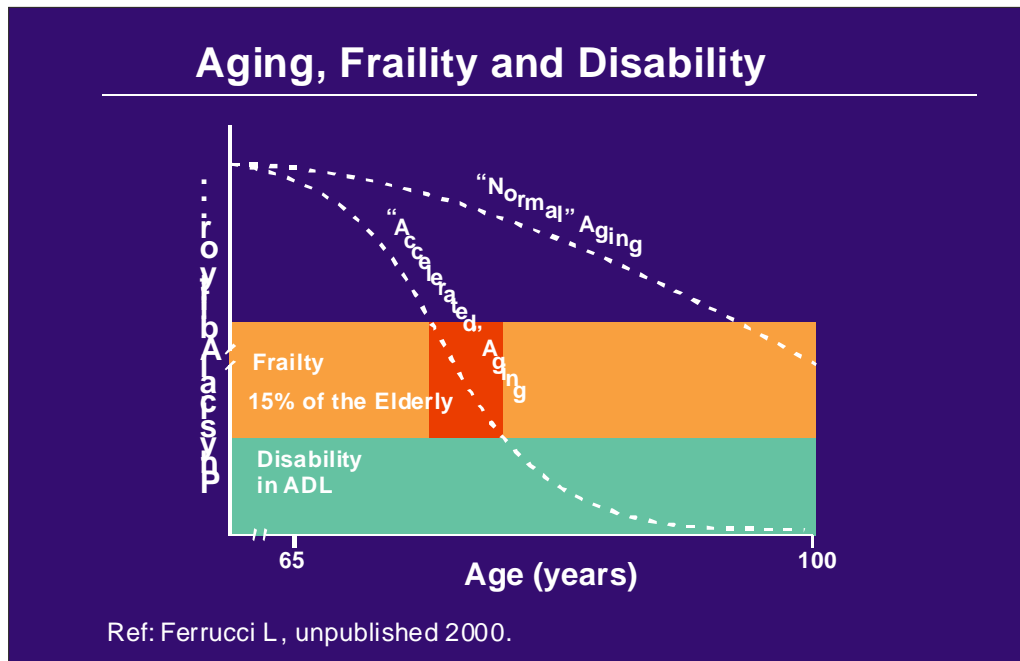
Cette fragilité augmente avec l'âge (cf. Figure 2.27) et elle accroît nettement le risque d'incapacité (cf. Figure 2.28).

Figure 2.27 Prévalence de l'incapacité selon la gravité, par groupe d'âges et genre



Rockwood

Figure 2.28 Age, fragilité et incapacité



Les caractéristiques de la fragilité peuvent être reconnues avant le déclin fonctionnel (la dépendance) et précéder les complications décrites. Il importe donc de les identifier afin d'en prévenir les complications.

Ainsi, la "cardiovascular health survey" a développé des critères d'identification préclinique de la fragilité (Walston et al, 2002) qui s'appliquent à des personnes valides, apparemment en bonne santé et qui vivent dans la communauté. Ces critères sont la **diminution de la force (handgrip), la réduction des activités physiques, la réduction de la vitesse de la marche, l'épuisement à l'effort et la perte de poids**. Ces critères, apparaissent chacun de manière insensible ; si plusieurs d'entre eux sont réunis, les personnes atteintes présentent des caractéristiques biologiques différentes des non fragiles (inflammation chronique et activation de la coagulation) et risquent d'évoluer vers le déclin fonctionnel.

Le programme ACOVE (Saliba et al, 2001) s'est donné pour objectif de dépister, parmi les personnes vivant dans la communauté, les patients âgés vulnérables, à savoir ceux qui sont plus à risque de décliner ou de mourir.

Les critères de la fragilité retenus comprennent **l'âge (> 85 ans), la santé perçue, les limitations physiques et la dépendance pour les actes de la vie journalière : les AVJ de base et les AIVJ (actes instrumentaux)**.

Ceux qui ont un score élevé (>4/10) ont un risque de déclin fonctionnel quatre fois plus grand sur une période deux ans, par rapport à ceux qui ont un score < 3/10. Ce ciblage basé sur de simples critères fonctionnels n'est pas amélioré par l'ajout des diagnostics médicaux, et permet donc de dépister de manière effective et efficiente les personnes âgées à risque.

D'autres études (Boult et al, 1994 ; Tinetti, 1995) avaient aussi établi les facteurs de risque de déclin fonctionnel et de syndromes gériatriques en y incluant les troubles sensoriels (vision et audition), l'anxiété et la dépression, ainsi que l'usage des benzodiazépines, et les performances cognitives diminuées (mémoire, attention). Andreas Stuck (1999) a repris en méta analyse l'ensemble des facteurs de risque de déclin fonctionnel pour des personnes âgées non institutionnalisées.

Facteurs de risque de déclin fonctionnel (Stuck, 1999) :

Troubles cognitifs ; dépression ; comorbidité ; perte de force des membres inférieurs, taux faible d'activité physique, taux faible de contacts sociaux, perte de vision, mauvaise santé perçue, faible index de masse corporelle (BMI), consommation d'alcool et consommation de tabac.

Chez les patients hospitalisés aussi, la question du dépistage du risque de déclin fonctionnel revêt une importance capitale, puisque le nombre de patients âgés qui fréquentent l'hôpital, souvent de manière non-programmée, est en augmentation (Van Pee et al, 2001, Meert et al, 1997) et qu'il faut veiller à les orienter correctement et à les prendre en charge de manière spécifique (Van Pee et al, 1998). Plusieurs instruments ont été développés à cette fin : ISAR (Identification of Seniors at Risk screening tool) (Mc Cusker et al, 1999) ; SIGNET (Mion et al, 2001) ; HARP (Hospital admission risk profile) (Sager et al, 1996) ; SHERPA (Score hospitalier d'évaluation du risque de perte d'autonomie) (Cornette et al, 2002) ; SEGA (Sommaire d'évaluation gériatrique à l'admission) (Schoevaerds et al, 2004).

Ces instruments sont valides, simples, d'usage aisé par du personnel formé, et permettent un dépistage précoce – dès la salle d'urgences - de la fragilité et du risque de déclin fonctionnel, ainsi qu'une orientation appropriée des patients vers le service de gériatrie. Dans le contexte du programme gériatrie, tel qu'il est proposé pour la prise en charge du patient âgé à l'hôpital, l'usage d'une évaluation de ce type s'impose.


Les démarches de dépistage et d'évaluation du risque qui viennent d'être décrites relèvent toutes de la même philosophie de soins, du même processus de soins

géronologiques : **l'évaluation gérontologique standardisée (Comprehensive geriatric assessment)** », méthode de prise en charge des patients gériatriques qui s'est avérée la plus rentable, que les patients soient hospitalisés ou en soins à domicile. Cette méthode est implantée et validée depuis 1984 en pratique hospitalière (Rubenstein et al, 1984), et plus récemment en pratique de soins à domicile (Bernabei, 1998). Il s'agit d'une prise en charge globale, basée sur le recueil d'informations dans les différents domaines fonctionnels (mobilité, nutrition, humeur, mémoire, stabilité, autonomie élémentaire, autonomie instrumentale), dans le domaine de l'environnement socio-familial et des ressources, et dans les domaines des soins (maladies, médicaments). Ces évaluations exhaustives sont interdisciplinaires (médecin, infirmière, kiné, ergothérapeute, assistante sociale, psychologue, nutritionniste) et donnent lieu à un **plan de soins et de réadaptation réalisé par un travail d'équipe**, ainsi qu'à un plan de sortie bien préparé. Cette méthode a fait l'objet d'études randomisées ultérieures qui ont confirmé ses effets appréciables sur la mortalité (-18 %), le retour à domicile (+25 %), les performances cognitives (+41 %) et le recours à l'hôpital (-12 %), comme le montre bien une autre méta analyse de Stuck (1993). L'effet éducatif de cette méthode a été important : elle a initié l'implantation à l'hôpital d'une « culture gériatrique », qui a positivement essaimé dans les autres services peu familiarisés jusque là avec les soins gériatriques (les équipes nursing y sont particulièrement réceptives).

Un énorme travail reste cependant à réaliser dans ce domaine parce que, pour trop de patients âgés fragiles, le parcours dans le réseau de soins est séquentiel et non intégré. Le modèle bio-médical reste encore trop prégnant et les spécialités d'organe n'ont pas encore intégré la nécessité de prendre la personne dans sa globalité, de lui éviter les inconvénients fonctionnels et de bien préparer la sortie de l'hôpital. Du côté du domicile, les médecins généralistes sont avertis des profils à risque de leurs patients, mais il n'y a pas encore, pour les patients vivant à domicile, de procédure standardisée d'évaluation systématique pour la recherche des facteurs de risque de déclin fonctionnel. Il est vraisemblable que des hospitalisations, des placements, et des pertes fonctionnelles pourraient être évitées si, en première ligne, des mesures d'évaluation et d'intervention appropriées étaient prises. Des propositions en vue d'améliorer le dépistage sont présentées à la section 11.3.

10.3. Le patient gériatrique

Figure 2.29 Hospitalisations des patients âgés

 Evaluation des patients gériatriques hospitalisés		
	en dehors du service G(II)	
	N°séjours	N°lits (17j DMS)
> 80 ans hors G (en nombre de séjours) ¹	194.603	11500
Formule programme de soins gériatriques, (en nombre de patients) ¹	335.123	19700
Critères G FIN, (en nombre de séjours) ²	37.183	2200

¹ = données RCM 2002 ² = données RCM

Source : Centre fédéral d'expertise

En 2002, près de 200 000 séjours de personnes de plus de 80 ans ont pris place en dehors des services gériatriques. Dans quelle mesure ont-ils bénéficié à cette occasion d'une évaluation gériatrique ?

Tableau 2.27 Nombre d'admissions par catégorie d'âges et évolution

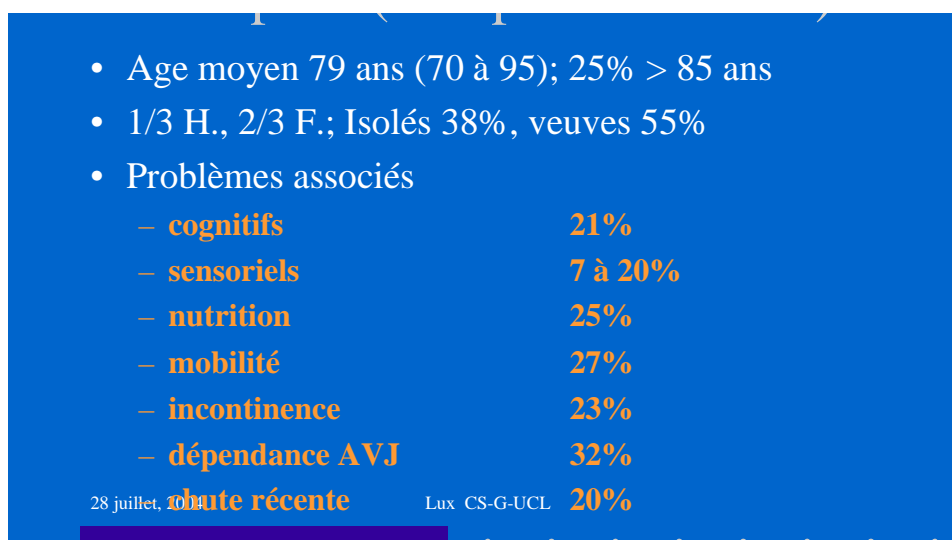
Catégories d'âge	1980	1990	2000
0-14 ans	2965 (15,4)	4576 (17,9)	5249 (15,7)
15-64 ans	12583 (65,3)	15063 (59)	18311 (54,5)
65-74 ans	2443 (12,7)	3654 (14,3)	5370 (16,02)
75-84 ans	1112 (5,8)	1911 (7,5)	3563 (10,63)
85 ans et plus	155 (0,8)	315 (1,3)	1026 (3,1)

Source : Cliniques universitaires Saint Luc

Selon l'expérience d'un hôpital universitaire, la part des aînés dans les admissions à l'hôpital croît et la progression est plus rapide aux grands âges : en vingt ans, cette part y a progressé d'un quart pour les 65-74 ans (de 13 à 16 %), mais elle a presque doublé pour les 75-84 ans et quasi quadruplé au delà de 85 ans.

Pour les 75+, cette poussée est beaucoup plus rapide que celle due au seul vieillissement : globalement, le nombre de patients de cet âge a été multiplié par 3.6, alors que la population correspondante n'a cru que d'un tiers pendant cette période. Ceci est sans doute redevable, d'une part à l'amélioration de la santé (états critiques plus tardifs ?), mais aussi à l'offre nettement plus abondante de MR/MRS, permettant de garder plus longtemps les personnes âgées dans leur lieu de vie habituel.

Figure 2.30 Profil de la personne âgée (>70 ans) admise à l'hôpital



Lors de l'établissement du profil de la personne âgée hospitalisée, il est important d'identifier les problèmes associés ; une étude a décelé que plus d'un quart des patients de plus de 70 ans présentaient des problèmes de mobilité et/ou de nutrition et/ou de dépendance pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne.

Figure 2.31 Caractéristiques des patients de l'étude DECLIC

Caractéristiques des patients de l'étude DECLIC

	Total	Hôp 1(MG)	Hôp 2 (SL)	
Age moyen (ans)	80.0 +/- 6.1	79.5	80.5	(p=0.03)
% femmes	56.8	52.5	60.8	(p=0.03)
% patients vivant en MR	15.5	18.7	12.6	(p=0.03)
% adressé par Med Trait.	72.8	82.6	63.8	(p=0.00)
Fct cognitives (MMSa)	17,63 (score moyen)			
Cap.fonctionnelles AVJi	16.8 (score moy. pour l'échelle de Lawton)			
AVJ*	7.55	7.8	7.3	(p=0.04)
Longueur d'hosp.*	14,45+/-10,9	14,2+/-10,6	14,9+/-11,4	(p = ns)

* 1.es patients de G étant exclus (18.8% des patients sont hosp. en gériatrie)

Figure 2.32 Caractéristiques des patients en gériatrie

✓ Profil différent des patients gériatriques
(Cohorte DECLIC de 600 pts de >70 ans admis en hospitalisation par les urgences)

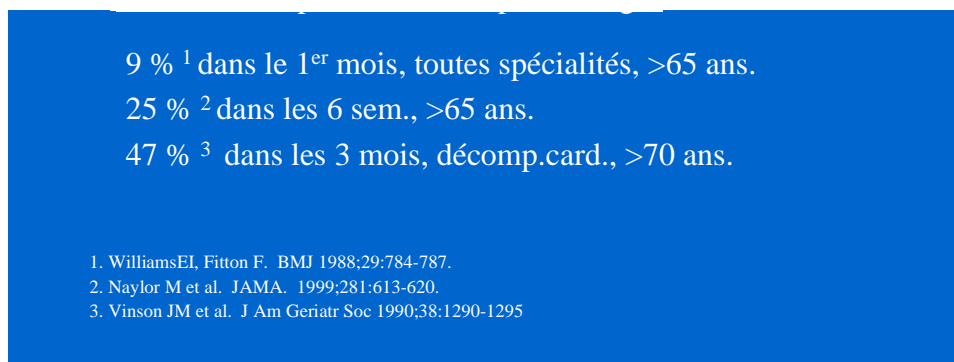
	<i>gériatrie</i>	<i>autres services</i>	<i>p</i>
Age	82,6+/-5,7	79,4+/-6,1	0,000
MMS	15,7+/-4,1	17,9+/-2,8	0,000
AVJ	12,4+/-5,8	7,51+/-2,7	0,000
AVJi	22,12+/-6,4	15,6+/-5,9	0,000
Nbre moy de mal associées	2,4+/-1,2	1,8+/-0,9	0,000
Nbre moy de medic.	5,6+/-2,4	4,4+/-2,3	0,000
Long.d'hosp.	21,7+/-13,7	14,5+/-11	0,000

28 juillet, 2004 Lux CS-G-UCL

Les patients admis en gériatrie présentent des caractéristiques différentes de celles des patients âgés admis dans d'autres services : ils sont plus âgés, connaissent plus de difficultés pour l'accomplissement des activités de la vie journalière (AVJ et AIVJ),

souffrent de davantage de maladies associées ; aussi leur durée de séjour est-elle plus longue.

Figure 2.33 Taux de réhospitalisation des patients âgés



Les patients âgés doivent assez fréquemment subir une réhospitalisation, dont la fréquence varie évidemment selon l'âge, l'affection et la période sous revue ; il est très probable que le système de soins soit aussi en cause, tant dans l'hôpital qu'en dehors, par exemple : pressions exercées pour faire sortir rapidement (et peut-être prématurément) le patient, préparation ou non du retour, forme de liaison avec les soins à domicile (SAD) afin d'assurer la continuité des soins, disponibilité et qualité des SAD.

Les aînés souffrent de morbidités particulières, dont la fréquence s'accroît avec leur degré de fragilité

Tableau 2.28 Morbidités particulières des âgés, selon le degré de fragilité

Type of Atypical Presentation	Well Elderly	Frail Elderly
	No. (%) (n=19)	No. (%) (n=69)
Delirium	6 (32)	42 (61)
Falls	7 (37)	6 (9)
Immobility	1 (5)	4 (6)
Nonspecific functional decline	5 (26)	13 (19)
Social breakdown	0 (0)	1 (1)
Acute incontinence	0 (0)	0 (0)
Other	0 (0)	3 (4)

Jarrett et al. Illness presentation in elderly patients. Arch Int Med 1995;155:1060-64.

Cette fragilité constitue un risque important d'effet iatrogène lors d'un séjour hospitalier : via une analyse de régression logistique, une étude a calculé que ce risque était multiplié par 2.6 (intervalle de confiance : 1.2 à 5.5).

Tableau 2.29 Variables influençant les résultats iatrogènes à l'hôpital

Variable	Coefficient	SE	Odds Ratio	95% Confidence Interval
Frail	0.9561	0.3795	2.60	1.24-5.47
Atypical presentation	0.7736	0.3347	2.17	1.12-4.18
Change in Barthel Index	1.7240	0.4370	5.61	2.38-13.21
Severity of illness	-0.3830	0.3302	0.68	0.36-1.30
Age (65-74 y)	0.0217	0.0228	1.02	0.98-1.07
Sex (0, male; 1, female)	-0.3356	0.3414	0.71	0.37-1.40

Jarrett et al. Illness presentation in elderly patients. Arch Int Med 1995;155:1060-64.

11. Propositions d'action face au vieillissement

11.1. Introduction.

On a assisté à un déplacement vers des âges plus avancés des admissions à l'hôpital et des clientèles des médecins généralistes et spécialistes (exception faite des pédiatres, obstétriciens et médecins du sport). Dans la mesure où cette évolution est le fruit d'une amélioration de la santé, elle pourrait se poursuivre, mais d'autres facteurs sont en jeu, notamment le développement des maisons de repos qui a permis d'accueillir plus de résidents âgés.

Le vieillissement des personnes et son cortège d'affections morbides est à la fois reconnu et mal accepté par les soignants. Il est évidemment reconnu parce qu'il fait obligatoirement partie de la pratique, qu'il s'impose en quelque sorte. Il est mal accepté, car les attitudes à l'égard du vieillissement sont généralement négatives face à certaines conséquences délétères qui y sont associées (déchéance, non-réversibilité, complications, complexité, fatalité de l'évolution vers la mort). L'idée fausse que l'augmentation du coût des soins de santé serait essentiellement liée au vieillissement de la population pourrait inciter certains prestataires à adapter leur attitude à l'égard des aînés malades et en incapacité. Au chapitre 4, nous verrons que l'effet mécanique de la structure de la transformation des structures d'âges n'a qu'un impact relativement faible sur le développement des dépenses, comparé à l'impact des nouvelles technologies et de la propension à recourir aux soins.

Le vieillissement épidémiologique est aussi en partie nié parce que personne n'aime d'être confronté à ce qui l'attend (vieillir) et encore moins à la mort, surtout dans le chef des soignants, lesquels ont fait du combat contre la maladie et la mort leur principal objectif, mis sans cesse en échec par le vieillissement.

La tension entre ces deux attitudes (nier et subir) se fait sentir et ne peut être modifiée que par une formation adéquate des soignants. Elle se fait sentir actuellement parce que les pratiques traditionnelles (approche bio-médicale par organe) ne se sont pas modifiées au rythme requis par une modification importante de la patientèle : plus de patients âgés, dont le profil particulier requiert une approche bio-psycho-sociale plus globale. Les soignants (médecins principalement) s'en défendent, se disant parfaitement capables de soigner les vieux (ce qu'ils ont toujours fait), tout en étant très demandeurs de formations spécifiques dans les problèmes gériatriques. Cette dernière tendance est encourageante et témoigne du désir de s'adapter aux modifications épidémiologiques. On peut également se poser la question du temps nécessaire pour opérer une transition de culture médicale aussi profonde. Ne faut-il pas la guider et l'accompagner pour qu'elle s'opère lentement et sans heurts, en prévenant des conflits entre ceux qui sont familiarisés et qui sont au cœur du problème et ceux qui, en première ligne, n'ont pas encore mesuré l'ampleur de ce qu'ils pourraient faire. La même problématique existe dans les spécialités hospitalières, avec peut-être une acuité accrue, vu la prégnance de la conception de médecine d'organe et un système de financement qui n'encourage pas nécessairement une approche globale.

11.2. Politique de santé face au vieillissement : Objectifs, stratégies et tactiques

Nous exposerons successivement les objectifs, les stratégies et les tactiques. Un des ces aspects (politique à l'égard de la fragilité) sera détaillé dans la section suivante.

11.2.1. Objectif

Réduire la morbidité et améliorer la qualité de vie

Se donner un tel objectif implique un choix : celui de privilégier la qualité de vie sur son allongement à tout prix (acharnement thérapeutique, « anti-aging ») ; en bref et de façon un peu caricaturale (et bien sûr à ce stade-ci du développement de nos sociétés) : « plus de vie aux années » (= maîtriser les transitions de santé, retarder le plus possible le seuil clinique des maladies chroniques et retarder le seuil des

incapacités), plutôt que « plus d'années à la vie » (sous-entendu des années de piètre qualité). Une telle option est favorable à la fois aux individus (vie de qualité) et aux finances publiques : prévenir les incapacités permet de soulager les besoins croissants de soins à long terme, alors que prolonger la vie à tout prix pèse à la fois sur le coût des soins et sur celui des pensions.

Néanmoins, si cette position posait problème pour certains, un débat public pourrait être organisé. Simultanément serait posée la question des choix relatifs aux modes de prévention et d'atténuation des incapacités.

11.2.2. Stratégies

Prévention primaire, secondaire et tertiaire et mesures structurelles

Pour réduire la morbidité et améliorer la qualité de vie

Promotion de la santé (vie saine)

Education à la santé, actions communautaires et mesures structurelles

Intensifier la **prévention** :

Dépistage précoce et actions sur les facteurs de risque en amont

Traiter les maladies chroniques et prévenir leurs séquelles :

Améliorer la qualité de vie et la fonctionnalité

Augmenter le taux de récupération des fonctions perdues

Intégrer les soins et développer des services

Améliorer le **bien-être social** (le réseau de relations)

Améliorer les conditions de vie et l'environnement

11.2.3. Tactiques

Orientations centrées sur la transition vers les incapacités

◆ **Promouvoir la santé**

- **Promouvoir une vie saine** : Nutrition adaptée, exercice physique, contacts sociaux, toutes sont des activités favorables à un développement optimal.
- **Information du grand public sur le « bien vieillir »** :
 - Campagnes visant toutes les tranches d'âges, à organiser à partir des Centres d'éducation des patients et des Centres d'éducation et de sensibilisation à la santé (slogans, dépliants, spots TV, clips).
 - Combattre la « médecine anti-âge » par des messages à la portée de tous (exercice, alimentation, suppléments de certaines vitamines).
- **Développer des initiatives locales** pour des actions de sensibilisation et des exercices physiques en groupe, organisés par un kiné (prévention primaire et secondaire des chutes).

◆ **Développer des actions préventives**

Les mesures de prévention (vaccinations, etc.) restent opérantes aux âges avancés, surtout pour les personnes les plus fragiles.

- **Campagnes de prévention grand public** des problèmes invalidants chez les aînés (chutes, isolement, dénutrition, perte de masse musculaire, etc.). Popularisation des indicateurs précoces de fragilité (moindre force, fatigue, anxiété, dépression, difficultés sensorielles, difficultés de mémoire,...).
- **Dépister et agir sur les facteurs de risques des maladies chroniques** (exemples : hypertension artérielle, fibrillation auriculaire), dont le traitement peut prévenir l'évolution vers l'insuffisance cardiaque.
- **Dépister et agir sur la fragilité et le risque de déclin fonctionnel** : promouvoir les outils d'évaluation de la fragilité (cf. infra, section 11.3).
- **Prévenir, dépister et traiter les maladies chroniques invalidantes** : mettre l'accent sur l'insuffisance cardiaque, l'ostéoporose, les démences, les AVC et le Parkinson. Promouvoir des programmes d'évaluation et d'intervention ciblés, afin d'éviter des institutionnalisations et des hospitalisations et d'améliorer la qualité de vie des patients et des aidants.
- **Prévenir les incapacités**, notamment : réfléchir et répondre aux problèmes (chutes, dénutrition, perte de masse musculaire, ¹⁰ ...).

¹⁰ Les chutes peuvent en partie être évitées par des programmes d'interventions pluridimensionnelles (Tinetti); le syndrome confusionnel aigu à l'hôpital peut être prévenu par des programmes simples (Inouye), la dénutrition peut être dépistée et corrigée par des programmes adaptés (Vellas) etc.

◆ **Traiter les maladies chroniques et prévenir leurs séquelles**

càd : - Améliorer la qualité de vie et la fonctionnalité

- Augmenter le taux de récupération des fonctions perdues

- **développer des programmes de récupération et de réadaptation** (incapacités réversibles) : *revalider, réadapter, recours aux aides mécaniques et technologiques.*

◆ **Intégrer et coordonner les soins**

- **Développer des réseaux extrahospitaliers ;**
- **Intégrer transversalement l'hospitalier et l'institutionnel.** Organiser des évaluations gériatriques de première ligne. Structurer des initiatives existantes en centres locaux de soins et services intégrés. Expériences-pilotes visant à prévenir les hospitalisations, la polymédication, le déclin fonctionnel et le placement (collaboration médecine générale - gériatrie, coordonnée par une infirmière gérontologique). Organiser des procédures de gestion des urgences psychogériatriques.
- **Créer des centres de référence à cet égard :** évaluation des situations, établissement d'un plan de soins et coordination.
- **Optimiser les hospitalisations de patients partir des MRS** (travailler les liaisons).

◆ **Développer et diversifier des services spécifiques**

- **Développer des services formels** (outre les services classiques qui seront évoqués au chapitre 4) :
 - **Créer, développer et soutenir le programme gériatrique des hôpitaux** (en intégration). Implanter la « culture gériatrique à l'hôpital (Campagne « Un hôpital amical pour les aînés »).
 - En institution (moyens et longs séjours) : établir des **évaluations d'admission et des plans de soins**. Financer des unités spécifiques à cette fin.
 - Incitants pour la **prévention des réadmissions** (plans de sortie).
 - Attention particulière aux **patients déments** : formation spécifique du personnel, création de structures de long séjour adaptées (« cantous ») et création de structures d'accueil spécifiques en milieu hospitalier (création d'unités « problèmes médicaux chez patients avec démence »).
 - Créer des **services de soins spécifiques** (e.a. palliatifs gériatriques) et des **habitats adaptés** (cf. chapitre 4).

- **Développer des services informels :**

- Favoriser les expériences nouvelles **d'aides non formelles encadrées**, notamment pour soulager les aidants proches ; exemple : les balluchonneuses du Québec.
- Promouvoir le **bénévolat** : prévoir un statut spécial pour les bénévoles (exemples : frais payés, allocations minimales), tant qu'un statut de salarié demeure inaccessible au plan financier ¹¹. Aide aux associations de soutien, soutien aux aidants proches (exemples : allocations spécifiques, régime fiscal, initiatives d'aides aux aidants, ...).
- Envisager la mise sur pied d'un **service civil** pour les jeunes.

- ◆ **Promouvoir une image positive et réaliste du vieillissement et améliorer le bien-être social**

- **Renforcer la solidarité intergénérationnelle, notamment valoriser les solidarités des âgés vers les jeunes** : utiliser l'indicateur nouveau (d'apport des âgés) que nous avons proposé, aider les associations, ...
- **Intégrer les personnes âgées, dont celles souffrant d'incapacités, valoriser les solidarités ascendantes**, notamment : statut pour l'aidant proche, allocations, amélioration de la pension de survie, régime fiscal, aide aux associations, initiatives d'aides aux aidants (cf. infra).
- **Favoriser les réseaux de contacts** : pluriactivités, transports vers des réunions, adoption de grand-parents, services de « matching » d'adultes éloignés géographiquement et prenant soin de leurs parents respectifs, programmes et lieux plurigénérationnels, notamment : crèches avec centre de jour pour personnes âgées, ...

- ◆ **Améliorations structurelles des conditions de vie**

- **Action sur les conditions de vie** : Revalorisation du Revenu garanti aux personnes âgées (un des plus bas d'Europe, selon Béa Cantillon, 2004), Péréquation des retraites, vie urbaine, transports, aires de repos, adaptation des trottoirs et des signalisations, ...
- **Offrir un environnement plus adapté aux besoins des personnes âgées** : améliorer les menus des cantines, le contenu des distributeurs

¹¹ Une loi sur le bénévolat est en préparation : Chambre, "Projet de loi relative aux droits des bénévoles", Doc.51/0455/001, <http://www.lachambre.be/FLWB/pdf/51/0455/51K0455001>.

automatiques, la qualité des lieux publics (vie urbaine, transports, aires de repos, adaptation des trottoirs et des signalisations).

- Réparer par des avantages sociaux ou fiscaux la triple **discrimination dont souffrent les femmes** : plus large proportion de vie en mauvaise santé, charge d'aidante bien plus fréquente, plus souvent seules dans la vie quand vient la dépendance.

11.3. Dépistage, évaluation et actions sur la fragilité (1^è ligne)

Dans les transitions de santé, la phase qui précède l'apparition des incapacités ou leur aggravation chez les personnes âgées, mérite une attention particulière. Il s'agit de la fragilité. Selon Walston (2002), 7 % des personnes de plus de 65 ans vivant de manière autonome à domicile sont (très) "fragiles", tandis que 45 % ont des indicateurs intermédiaires pour cette condition et 48 % ne sont pas fragiles. De son côté, Ferrucci (2001) considère que 15 % des personnes âgées vivant à domicile sont fragiles.

Il faut donc développer des outils d'évaluation. Puis, en fonction des moyens disponibles, un seuil peut être déterminé à partir duquel sont organisées des interventions visant à prévenir le déclin fonctionnel et donc les placements et les hospitalisations. Il s'agit d'atteindre un nombre important de personnes qui évoluent dans la zone de transition vers les incapacités (déclin fonctionnel) et pour lesquelles des actions spécifiques ne sont pas encore organisées. Même si la prévalence de la fragilité se maintient aux niveaux indiqués (7 à 15 % des âgés), le nombre de personnes exposées à ce risque va continuer de croître ; cette évolution sera atténuée si le seuil d'âge se déplace lentement vers des âges plus avancés.

La gestion de la fragilité pour ces personnes doit se faire dans des structures de réseau centrées sur les soins à domicile (soins intégrés), ceux-ci étant validés par des unités d'évaluation gériatrique et d'orientation qui se trouvent en dehors de l'hôpital et en lien avec les programmes gériatriques transmuraux.

A l'hôpital, le screening à l'admission de personnes de plus de 70 ans repère un risque de déclin fonctionnel chez une fraction très importante de ces patients. Une étude menée en Belgique a révélé que 23 % des patients avaient un risque élevé, et 18 % un risque modéré, soit un risque significatif chez 41 % (Cornette et al, 2002). Ces patients sont susceptibles de demander plus de soins pendant et après leur hospitalisation, et il est possible d'atténuer cette tendance grâce au processus de soins offert par le programme gériatrie. Les personnes concernées par ce risque et ce programme sont actuellement plus nombreuses que ce que les structures peuvent absorber (nombre de lits G, équipes multidisciplinaires gérontologiques).

Une étude coût-bénéfices mettrait sûrement en lumière en le chiffrant avec précision, les économies réalisables et permettrait d'étayer l'opportunité de développer ces structures dès maintenant et de les adapter ensuite à mesure que les besoins s'accroissent.

La prévention, le dépistage et le traitement des maladies

Mettre l'accent sur :

L'insuffisance cardiaque

L'ostéoporose

Les démences

Organiser le dépistage de la fragilité et la prévention du déclin fonctionnel

A domicile

Promotion des soins et services à domicile

Intégration des Soins (prévention des placements et hospitalisations)

Financement d'unités d'évaluation gériatrique (plan de soins)

Formation des généralistes et de professionnels paramédicaux

A l'hôpital

Créer, développer et soutenir le programme "gériatrie" et l'intégrer

Création d'unités "problèmes médicaux chez patients avec démence"

Développer l'hôpital de jour gériatrique

Formation de spécialistes en gériatrie

Formation de professionnels paramédicaux spécialisés

En institution (moyen et) long séjour

Etablir des évaluations d'admission et des plans de soins

Développer et promouvoir la qualité (outils d'évaluation)

Intégrer avec le réseau de soins

Développer plus d'unités spécifiques pour patients déments

Formation du personnel

12. Résumé et conclusions sur la santé, la morbidité et la dépendance

12.1. Résumé

La santé se détériore avec l'âge

Que le poids des ans multiplie les problèmes de santé est une évidence de sens commun. Les études ont pu montrer que cet effet délétère se vérifie quel que soit l'indicateur utilisé : santé perçue, maladies chroniques, multimorbidité, incapacités, Les courbes montrent une dégradation progressive dès le plus jeune âge, mais à un niveau fort bas de mauvaise santé pour les plus jeunes et d'évolution très lente au début de la vie. L'accélération se produit souvent dès la cinquantaine et s'accroît ensuite nettement pour chacune des décades suivantes.

Les femmes discriminées : aidant les personnes en dépendance, mais isolées quand vient leur tour

Les femmes vivent plus longtemps que les hommes ; si elles bénéficient ainsi de plus d'années en bonne santé, elles souffrent aussi de davantage d'années en incapacité ; la fraction de vie en mauvaise santé leur est défavorable.

La surmortalité masculine entraîne une surreprésentation des femmes aux âges avancés, ce qui aura des implications sociales importantes. Les femmes âgées, de plus en plus nombreuses, risquent de voir leur tâches traditionnelles d'aidantes s'alourdir à mesure que s'allonge l'espérance de vie de leur partenaire, en général plus âgé. En outre, et c'est une troisième discrimination, quand elles-mêmes atteindront l'heure de l'incapacité, elles seront bien souvent devenues veuves et ne trouveront plus pour elles cet appui d'aidant naturel. Ces risques supérieurs de perte d'autonomie en situation d'isolement constituent un préjudice, à propos duquel il faudra trouver des réponses adéquates.

Un "papy-boom" en vue

Le nombre de personnes âgées va augmenter fortement à partir de 2010. Compte tenu de l'état de santé plus précaire des plus âgés d'entre eux, des craintes se manifestent quant à l'impact de cette évolution sur les dépenses de santé à venir. Cependant, de même que la mortalité se modifie au fil du temps, de même la morbidité ne restera pas à l'identique. Si la santé des aînés s'améliore, l'impact sur les

soins pourrait s'en ressentir. La question de l'évolution à venir de la morbidité, et plus particulièrement de l'incapacité, est donc cruciale.

Les théories sur l'évolution de la morbidité

Pour augurer de l'avenir de la morbidité, trois théories se présentent :

- 1) **L'expansion** : une pandémie des troubles mentaux, des maladies chroniques et des incapacités. L'âge du décès étant repoussé, la durée de survie avec maladies et incapacités augmenterait.
- 2) **La compression** : les maladies chroniques dégénératives et les incapacités y associées se trouveraient repoussées vers des âges plus élevés. Le surcroît d'années serait donc des années en bonne santé.
- 3) **L'équilibre dynamique** : la prévalence des maladies chroniques invalidantes augmenterait, mais leur progression serait plus lente, de sorte que les incapacités y associées seraient en moyenne moins graves.

Distinguer l'évolution de l'incapacité et celle de la morbidité en général

Dans les discussions autour de la compression/expansion de la morbidité, il importe de considérer séparément l'évolution de plusieurs critères. Il nous paraît essentiel de distinguer, d'une part, les évolutions probables en matière d'incapacité et de dépendance et, d'autre part, celles attendues pour la morbidité en général (par exemple via la santé perçue, les maladies chroniques, la multimorbidité). Le premier critère a souvent été privilégié, notamment via l'espérance de vie sans incapacité (EVSI). Il est utile pour augurer des besoins futurs en matière de soins de long terme, mais il ne dit rien sur la période qui précède l'installation de la dépendance. Celle-ci pourrait fort bien suivre un tout autre parcours, par exemple un allongement de périodes avec soins accrus précédant l'incapacité, du fait d'une perception plus aiguë des symptômes, d'une information plus abondante sur les risques y liés et d'un système de soins conscient de la nécessité de retarder au maximum l'installation de la dépendance, avec son cortège de soins lourds. Il resterait alors à établir le bilan global, compte tenu des bénéfices de santé et des dépenses évitées pour les soins de long terme. Inversement, la santé pourrait s'améliorer grâce à de nouveaux vaccins, des progrès médicamenteux et l'amélioration des styles de vie. Suivre de près ces évolutions devient donc crucial pour estimer l'ampleur des politiques à prévoir en ce domaine, que ce soit en matière de soins ou d'autres politiques préventives.

Si la théorie de l'équilibre dynamique se confirmait, elle permettrait sans doute d'expliquer l'apparente contradiction entre expansion et compression, une expansion pouvant caractériser des indicateurs d'incapacité légère, tandis qu'une compression

est peut-être en cours pour l'évolution de certaines incapacités graves. Les indicateurs en la matière sont contradictoires.

L'évolution de l'incapacité

Dans l'état actuel des connaissances, les données disponibles ne permettent pas de tirer de conclusions définitives ; trois types de conclusions ont été tirées : elles sont contradictoires, bien qu'elles révèlent probablement toutes une partie de la vérité :

- L'examen de la littérature internationale a montré une *compression de l'incapacité, plus particulièrement une compression de l'incapacité sévère* et très sévère. Néanmoins, une mise à jour régulière s'impose ; elle devrait d'ores et déjà être complétée.

- Sur base des enquêtes de santé, le Bureau du Plan identifie une *compression aux âges jeunes, mais une expansion aux âges élevés*. Le nombre de personnes âgées interrogées étant faible, notamment en institution, les erreurs aléatoires sont importantes ; de plus, l'écart de quatre ans (1997-2001) est mince. Les résultats devront donc être confirmés à la lumière des enquêtes de santé ultérieures.

- Sur la même base (les enquêtes de santé), nous avons repéré au moins un indicateur qui milite en faveur de la théorie de l'équilibre dynamique : pour les personnes âgées (65+), les *incapacités imputées aux maladies chroniques, de longue durée ou de handicaps ont diminué en nombre en ce qui concerne les incapacités graves, tandis que les incapacités modérées sont apparues nettement plus fréquentes*, du moins à partir de 75 ans. Comme indiqué ci-dessus, et pour les mêmes raisons, ces conclusions ne peuvent être considérées comme définitives, d'autant moins que cet indicateur semble ignorer les démences séniles. Elles correspondent cependant à une conclusion établie en France, où Robine aussi a constaté que les morbidités déclarées étaient en moyenne moins graves et moins incapacitantes (sans pour autant exclure un artefact dû aux évolutions de prise en charge et de rapportage).

Les conclusions des études dépendent aussi des critères utilisés pour définir l'incapacité : ainsi, en Belgique, les scores d'incapacité physique livrent-ils des résultats différents. Robine a bien mis en évidence à quel point la définition du seuil d'incapacité peut influencer l'estimation des besoins à venir.

L'évolution de la morbidité en général

Certains indicateurs de la morbidité globale indiquent plutôt une tendance à l'expansion : explosion des maladies chroniques déclarées, fréquence accrue des personnes atteintes de maladie chronique et de celles souffrant de multimorbidité,

croissance du nombre moyen de maladies chroniques déclarées, expansion aux âges avancés de divers types d'incapacité et des problèmes de santé mentale, ...

Il est possible que les diverses facettes de la morbidité n'évoluent pas de concert. L'écart entre la prévalence des maladies chroniques et celle de l'incapacité y associée peut résulter de maints facteurs, dont notamment d'une meilleure prise en charge de la maladie à un stade précoce et aux traitements ad hoc qui en atténuent les séquelles (prévention tertiaire). Par conséquent, même si l'allongement de la vie n'entraînait pas davantage d'années en incapacité, il est possible que les soins de santé de court terme s'en trouveraient néanmoins alourdis ! Mais ces soins contribuent à la qualité de vie et très probablement aussi au recul de l'incapacité, avec des conséquences bénéfiques sur le recul de la dépendance et des soins onéreux y associés. Il reste à établir le bilan du coût des soins généraux aux âgés, par rapport aux bénéfices, en matière de santé et de dépenses de long terme évitées.

Certes, la croissance des maladies chroniques enregistrée par les enquêtes pourrait n'être qu'apparente et résulter en réalité d'un abaissement du seuil de perception et de tolérance à la maladie, conséquence d'une meilleure information et d'un intérêt accru pour la santé dans une société d'abondance. Dans cette hypothèse, la réalité objective des besoins serait inchangée ; néanmoins, dans notre système de santé très libéral, le recours aux soins s'accroîtrait, car celui-ci dépend largement de la perception subjective que l'on se fait de sa santé et les soins donnés des normes de pratique du moment. L'expansion des soins pourrait donc suivre celle de la perception.

12.2. Conclusions

Appréhender l'état sanitaire d'une population est bien plus difficile que mesurer sa longévité. En effet, la santé relève d'une multitude de facettes, de normes culturelles, d'états de transition qui rendent sa mesure bien complexe. Comment définir les seuils entre la bonne santé et la maladie, entre la maladie sans et avec incapacité, entre l'incapacité modérée et grave ? La perception même de la santé a changé au cours du temps et continuera d'évoluer, avec notamment une plus grande sensibilisation aux maladies et aux moyens de détection précoce, ainsi qu'un intérêt accru pour le corps et le bien-être dans notre société d'abondance. Malheureusement, la préoccupation du suivi de la santé des populations, comme on le fait de routine pour la mortalité, étant relativement récente, les indicateurs manquent encore de fiabilité et les comparaisons dans le temps et l'espace en sont rendues difficiles.

Distinguer maladies et incapacités y liées

Malgré ses limites, *l'espérance de vie sans incapacité*, alliant simultanément des paramètres de mortalité et de morbidité, est à ce jour un bon indicateur pour suivre l'évolution de l'état de santé des populations, notamment dans ses implications pour la qualité de vie des individus ; il devrait sans doute être complété par des indicateurs de démence sénile. Surveiller l'état sanitaire de la population et suivre son évolution feront probablement partie des procédures de routine et, par conséquent, les indicateurs de santé sont appelés à jouer un rôle clé dans le futur. Mais cela nécessite que nous précisions les concepts de santé, de maladie, d'incapacité modérée et grave, afin d'aboutir à des résultats valides, fiables et homogènes. Les analyses effectuées jusqu'à présent, en Belgique comme dans d'autres pays occidentaux, laissent penser que c'est *le scénario de « compression de l'incapacité grave » qui semble s'imposer*. Et tout porte à croire que cette évolution positive va se poursuivre. Cette compression de l'incapacité permet de se réjouir quant à l'évolution de la qualité de vie de nos concitoyens. Elle permet aussi d'édulcorer la vue pessimiste que le simple examen de l'évolution démographique peut induire : à recours constant (hypothèse cependant contestable), l'accroissement nécessaire des services de long terme sera moindre que celle qui résulterait du simple effet mécanique du vieillissement.

Par contre, si l'on considère la morbidité dans son ensemble, y compris les périodes de maladie sans incapacité ou de maladie avec incapacité modérée, on se trouve probablement plutôt dans le cadre de l'équilibre dynamique, tel que décrit par Manton. La nuance est capitale ! Ce constat incline en effet à craindre que l'amélioration de l'EVSI ne soit pas uniquement synonyme d'allègement de la croissance des dépenses de santé. Un

surcroît éventuel de maladies chroniques, même sans incapacité, pourrait peser lourd en termes de recours aux soins, surtout dans un système où les tabous de liberté de choix et de liberté thérapeutique règnent en maître

Ainsi conviendrait-il à notre avis de compléter les indicateurs d'EVSI par des indicateurs nouveaux. Le critère pour définir le seuil d'âge à risque accru de soins reste à définir, ainsi que le seuil d'âge qui en découlerait. A titre de suggestion, le critère pourrait être l'âge à risque accru de multimorbidité, laquelle est très onéreuse en termes de soins. *On créerait ainsi un indicateur d'espérance de vie sans multimorbidité.*

Distinguer évolutions en cours et à venir

Même s'il se vérifie qu'une compression est bel et bien en cours, les extrapolations demeurent hasardeuses : l'amélioration va-t-elle se poursuivre au fil du temps ?

Certaines évolutions seront bénéfiques à la santé : les nouvelles générations mieux nanties, plus sensibles aux mesures de prévention, seront mieux armées que leurs parents ou leurs grands-parents. Les progrès en cours dans les centres de recherche laissent espérer la mise au point de nouveaux vaccins et de médicaments efficaces, notamment dans le domaine des démences.

Mais *toutes les évolutions ne sont pas positives* : la pandémie d'obésité, la poussée de l'asthme (peut-être liée à nos modes de vie), le maintien du tabagisme, sa croissance chez les femmes (l'amélioration récemment enregistrée laisse cependant percer un espoir), ...

Divers changements nécessitent d'être encouragés : la lutte contre les facteurs sociaux d'inégalités en matière de maladie ou de mortalité constitue encore un large potentiel de progression de l'état sanitaire des populations. Le lien qui unit l'invalidité avec le risque de mortalité implique que la lutte contre la maladie sert également la mortalité.

Distinguer compression et expansion numérique

La « compression » résulte d'un recul de l'âge où sévissent maladies et incapacités. Même si cette compression s'avérait et se maintenait à travers le temps, le nombre de personnes atteintes et celui des affections peuvent continuer à croître, en raison de l'expansion des classes d'âges supérieures. La croissance numérique de la morbidité peut donc se trouver ralentie par la compression, sans être nécessairement annihilée.

Pour les maladies chroniques, l'expansion numérique sera freinée par la contraction des classes jeunes, lesquelles en souffrent aussi.

Distinguer évolution de la santé et évolution des soins

L'amélioration de la santé résulte d'une multitude de facteurs : l'amélioration des conditions de vie (logement, loisirs, ...), des conditions de travail (extension du secteur des services, prévention des accidents, ...), des styles de vie (pour ceux qui s'en soucient), mais aussi de nombreux progrès qui passent par des soins : contrôle des facteurs de risque (hypertension, hypercholestérolémie, ostéoporose, chutes, tartre...), prévention (vaccinations), détection précoce (mammographies, ...), prise en charge précoce (diabète, ...), ... Améliorer la santé n'équivaut donc pas automatiquement à diminuer les soins ; ceux-ci demeureront une arme utile dans la lutte pour faire reculer l'incapacité grave. Une réflexion sera donc à mener en vue de favoriser les soins les plus efficaces.

En effet, toutes les invalidités ne sont pas logées à la même enseigne ; ainsi, les maladies ostéo-articulaires par exemple, ne constituent pas une cause majeure de décès, mais elles comportent une large dose d'incapacité : des mesures préventives en ce domaine, seraient donc potentiellement porteuses d'énormes progrès en matière de qualité de vie, sans pour autant prolonger l'EV ; la signification en termes de coût global du vieillissement est donc particulièrement favorable en ce domaine.

Distinguer soins et politique de santé

Une politique de santé doit se donner pour objectif de faire reculer l'âge et la gravité des incapacités. Un tel objectif sert à la fois l'intérêt des individus (accroître leur qualité de vie) et celui de la collectivité (diminuer les soins de long terme, notamment l'institutionnalisation, coûteuse en dépenses et en dégâts humains).

Un tel objectif vise à privilégier la lutte pour la qualité de vie plutôt que celle pour l'allongement de la vie à tout prix.

Les moyens mis en œuvre pour diminuer la morbidité et son volet d'incapacité peuvent être abordés sous deux axes d'action importants : la prévention et la récupération des fonctions perdues. Inciter les individus à **adopter les comportements** qui seront gages d'une meilleure santé, en limitant l'alcool, le tabac, la surcharge pondérale, l'exposition aux UV et en favorisant l'activité physique et une saine nutrition, constitue une politique préventive à poursuivre. **Offrir un environnement plus adapté à l'évolution des besoins des personnes âgées**, avec notamment une plus grande attention au logement et le développement de l'aide à domicile, permettrait d'empêcher l'installation insidieuse de l'incapacité et d'améliorer la perception subjective de la santé. De même, améliorer le **bien-être social** (cf. chapitre 3), pourrait favoriser l'insertion des personnes âgées, ainsi que les solidarités intergénérationnelles. Améliorer l'état sanitaire de la population implique que l'on dépasse les mesures touchant uniquement à la dimension physique de la personne âgée, et que l'on considère l'environnement global dans lequel elle évolue.

En résumé, comme stratégies de lutte contre les incapacités, on peut citer :

- la formation des soignants à la problématique du grand âge (prioritaire),
- la promotion de la santé (styles de vie sains, logement adapté, ...),
- la prévention (e.a. la détection précoce de maladies potentiellement invalidantes),
- la surveillance systématique de la fragilité (en première ligne et à l'hôpital),
- le renforcement des soins et de l'aide à domicile,
- l'incitation à la mise sur pied de structures de transition et
- le soutien aux réseaux sociaux.

Il y aurait lieu aussi de mesurer avec soin les résultats en termes de coût-bénéfices de diverses interventions favorables à la santé, dans et hors du système de soins ; ceci impliquera de ne pas se focaliser sur les seuls coûts visibles, mais d'estimer en outre les bénéfices probables en termes de coûts évités si un recul ou un allègement de l'incapacité est ainsi obtenu.

Un indicateur de santé comme critère pour l'âge de la retraite ?

On a largement insisté sur les indicateurs de santé et leurs domaines d'application. Une suggestion particulièrement originale émane de J. Légaré (1990), qui propose d'utiliser ces indicateurs dans le but de resituer certains seuils de la vie, dont ceux de la vieillesse et de la retraite. Il s'agirait d'offrir en moyenne un nombre égal d'années en bonne santé à tous, tenant compte notamment du travail plus pénible des ouvriers et, plus largement, de la situation des groupes en précarité, qui leur laissent de moindres perspectives de jouissance d'une vieillesse en santé après leur retraite. En clair, l'âge de la retraite pourrait être modulé en fonction de l'espérance de vie de divers groupes, par exemple selon leur niveau d'instruction ; il s'agit en effet d'un critère à la fois simple, objectif et global, pour lequel il existe déjà en Belgique des tables de mortalité indiquant de façon précise le gradient social ; si nécessaire, des études plus fines pourraient porter sur certaines professions, pour lesquelles on pourrait soupçonner une usure prématurée.

Maintenir une réflexion éthique

Mais ce débat entre quantité et qualité de vie ne saurait se clore sans une **réflexion éthique** sur la valeur de la vie humaine. Peut-on décider de la vie qui vaut la peine d'être vécue, à quels critères devrait-elle répondre ? Quelle attitude adopter face au débat qui risque de poindre lorsque des cohortes plus nombreuses de grabataires pèseront plus lourd sur des générations d'âge actif moins nombreuses ? On ne devrait pas négliger la dimension humaine dans les orientations que prendra la politique sanitaire, laquelle doit de plus en plus faire face à des impératifs économiques sévères.

CHAPITRE 3. QUALITÉ DE VIE

1. La qualité de vie en général

Le concept de qualité de vie est au cœur de différentes recherches. D'une part, au vu de l'augmentation de l'espérance de vie et du processus de vieillissement de la population, on s'est progressivement demandé si quantité de vie allait de pair avec qualité de vie. D'autre part, un intérêt croissant est porté à la qualité de vie liée à la santé, en vue d'évaluer les résultats des traitements, dans les études coûts/avantages des soins médicaux.

Après avoir défini le concept (en général et pour les personnes âgées), nous montrerons ses liens avec la santé, avant de passer en revue les perceptions des personnes âgées à l'égard de la santé et d'autres composantes de la qualité de vie. Nous terminerons par quelques réflexions sur les moyens d'améliorer celle-ci.

1.1. Qualité de vie : définitions

L'OMS définit de façon très générale la qualité de vie comme la perception qu'a chaque individu de sa position dans la vie, dans le contexte culturel et le système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses buts, ses attentes, ses modèles et ses intérêts. Il s'agit donc de l'appréciation subjective que l'individu se forge de son bien-être, dans divers champs de son existence. Il s'agit donc d'une mesure de satisfaction, à l'aune des critères personnels de chacun.

Cette approche concerne la satisfaction dans le domaine de la santé (dans ses composantes physiques, mentales et sociales), ainsi que celle relative à d'autres aspects de l'existence : relations avec les divers membres de la famille et avec la société en général, logement, revenus, travail, loisirs, ... Selon Dean (2004), les composantes de la qualité de vie les plus souvent mentionnées semblent être la

famille, la santé et l'habitat ; viennent ensuite le bien-être émotionnel, l'indépendance et la mobilité. La satisfaction dans ces divers domaines n'évolue pas de concert : on a pu montrer notamment que des différences de santé peuvent reléguer à l'arrière-plan des préoccupations relatives au travail et au revenu, mais que celles-ci peuvent revenir prestement à l'avant-plan quand les problèmes de santé s'estompent (Deliège et al, 1988).

La notion de qualité de vie est donc caractérisée par la subjectivité et la variabilité dans le temps : on ne mesure la qualité de vie d'un individu qu'à un moment précis, à partir de ses perceptions. C'est avant tout une construction : on ne peut la mesurer à l'aide d'un appareil, mais bien tenter de l'approcher à partir d'un certain nombre de ses composantes.

Raphael et al (1995, in Doumont) spécifient la qualité de vie selon trois principes :

- les composants de la qualité de vie sont les mêmes pour toute personne âgée ou jeune, bien portante ou malade,
- elle doit inclure les dimensions physiques, spirituelles, psycho-sociales et environnementales,
- la dimension d'auto-contrôle et les opportunités éventuelles sont également des composantes à prendre en compte.

Cette approche se distingue ainsi de mesures relatives à des conditions de vie plus objectives et des appréciations de capacités fonctionnelles (cf. chapitre 2). Certes le statut fonctionnel et les conditions de vie exercent une influence sur la qualité de vie, mais les concepts ne sont pas équivalents : on peut être heureux dans le dénuement (exemple : l'impressionnant rayonnement de certains moines), comme on peut être malheureux dans l'abondance (exemple : suicide de vedettes célèbres).

1.2. Qualité de vie : mesures dans sa dimension « santé »

Divers outils ont été développés pour évaluer la qualité de vie des individus, à partir de questionnaires et d'entretiens.

Les paramètres traditionnels de la santé que sont la mortalité et la morbidité ne suffisent plus à mesurer les conséquences de nombreuses affections et permettent difficilement d'en évaluer les traitements. C'est pourquoi on accorde de plus en plus d'importance aux patients, à leur expérience et à l'évaluation subjective qu'ils se font de leur état de santé, des soins reçus et des autres aspects de leur existence. Certains instruments de mesure se focalisent alors sur une seule dimension de la qualité de vie, à savoir la santé. La qualité de vie est considérée ici comme un paramètre subjectif de l'état de santé et comme un critère d'évaluation des

interventions thérapeutiques (Kurz et al, 2000). Les instruments mesurant la qualité de vie fournissent comme résultats un ensemble de scores caractérisant divers états, pour divers groupes de patients, différents traitements. Deux types d'instruments existent : d'une part, les instruments génériques, qui comprennent des domaines et des items pertinents pour toute maladie et tout traitement et permettent de ce fait une comparaison globale, et d'autre part, des instruments spécifiques comprenant des items caractéristiques d'une seule maladie.

L'OMS a ainsi développé deux échelles pour mesurer la qualité de vie, dénommée WHOQOL-100 (comportant 100 items) et WHOQOL-BREF (comportant 26 items). Dans la version complète, elle explore six domaines : santé physique, niveau d'indépendance, relations sociales, environnement et dimensions spiritualité et croyances personnelles.

Il existe de nombreux autres scores, dont le Sickness Impact Profile, le Nottingham Health Profile et le score SF-36, lequel a été utilisé dans l'enquête de Santé belge. Ce dernier est une échelle générique de mesure de la qualité de la vie, axée sur la perception de la santé par le patient des diverses composantes de sa santé. L'instrument comporte 36 items, explorant huit domaines : activités physiques, limitations liées à l'état physique, douleur physique, vie sociale et relationnelle, santé psychique, limitations liées à la santé psychique, vitalité et santé générale.

En outre, des indices ont été mis au point afin de combiner en un seul indicateur l'espérance de vie et une approche synthétique de la qualité de vie. Ainsi, le Quality Adjusted Life Year permet d'évaluer l'utilité d'un état de santé en estimant le nombre d'années espérance de vie qu'un individu est prêt à échanger pour une période de « santé parfaite ». « Il s'agit donc d'une période de temps dont l'utilité est égale à celle d'une année en parfaite santé ». En pratique, ceci revient à attribuer à un an de santé parfaite la valeur 1 » (Kurz et al, 2000, p. 57).

La qualité de vie est difficile à estimer, car elle est culturellement et socialement définie : les conceptions de vie varient selon les régions et les époques, et aussi selon l'échelle individuelle de valeurs. En outre, elle est instable et peut varier pour un même individu, selon son état de santé physique, mental et fonctionnel, son entourage affectif et amical et son intégration dans la société.

La qualité de vie est une construction subjective qui appréhende la satisfaction des individus dans divers domaines : la santé, la famille, l'habitat, la mobilité, etc. Pour chaque individu, elle varie avec le temps, et au plan global, elle est socialement et culturellement définie.

2. La qualité de vie des personnes âgées

Pour les personnes âgées, la qualité de vie peut comprendre des dimensions particulières, notamment parce que la catégorie des personnes âgées ne forme pas un groupe homogène.

2.1. La diversité des personnes âgées

En se limitant à une base purement biologique, l'OMS propose de sous-classifier ce groupe comme suit :

- personnes d'âge moyen : 40-59 ans,
- personnes âgées : 60-74 ans,
- vieillards : 75-90 ans,
- grands vieillards : plus de 90 ans.

Mais l'aspect biologique ne constitue qu'une partie de la diversité. En effet, les personnes âgées sont des adultes matures en continuel devenir et confrontés à des périodes de crise, qui comportent trois dimensions (Leroy, 1998, cité in Doumont) :

- la crise d'identité, rapport à soi-même et aux valeurs,
- la crise d'autonomie, rapport à la satisfaction des besoins,
- la crise d'appartenance, rapport à la société et au courant même de la vie.

Les « personnes âgées » font également face à diverses inégalités ; il existe de très grandes différences au niveau des capacités physiques et mentales (cf. chapitre 2).

Selon Gognalons-Nicolet (cité in Doumont, 1999), vieillir aurait, en outre, une signification différente pour les hommes et les femmes. Ainsi, Henrard (1997) soutient que les femmes très âgées seraient plus vulnérables que les autres catégories de personnes âgées : elles vivent souvent seules, ou alors elles s'occupent de leur conjoint fort malade, tout en souffrant elles-mêmes de graves invalidités ; elles ont généralement des revenus limités, ce qui conditionne le mode de vie et les conditions de logement et, par conséquent, leur santé.

Une étude britannique, citée par Dean, a observé que les hommes déclaraient avoir une qualité de vie légèrement meilleure, comparé à ce que les femmes en percevaient. De même, si les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes, la proportion d'années qu'il leur reste à vivre en bonne santé subjective est souvent plus faible que celles des hommes (Avalosse 1994).

2.2. Perception des personnes âgées

Toutes les personnes âgées ne définissent pas la qualité de vie de la même manière : pour certaines, un élément clé de leur qualité de vie est une vie active physiquement ; d'autres, confinées chez elles, mettent en exergue les supports sociaux. Il se peut aussi que, suite aux progrès des conditions de vie et à l'élévation du niveau de vie, les personnes âgées d'aujourd'hui soient devenues plus exigeantes que celles d'hier en ce qui concerne leur qualité de vie.

Au Royaume-Uni, trois quarts des 65-69 ans estimeraient tout de même leur vie comme « aussi bonne qu'elle pourrait l'être » ou « très bonne » (étude citée in Dean, 2004). Les auteurs en ont conclu que les principaux moteurs de la qualité de vie pour les personnes âgées sont les standards de comparaison des individus, les attentes, le sens de l'optimisme, la bonne santé et le fonctionnement physique, l'engagement dans des activités sociales, se sentir soutenu et vivre en sécurité, ce qui peut être influencé par la perception de la qualité des équipements et des services de la communauté, tels que l'éclairage en rue, un bureau de poste à proximité, la propreté des rues, les bureaux de police locale, l'accès aux transports, les groupes de volontaires, ...

Les personnes âgées forment un groupe hétérogène, tant au niveau de l'âge, que du genre, des inégalités, du vécu. Aussi, toutes ne définissent pas de la même manière la qualité de vie. En effet, la signification de la qualité de vie change au cours de la vie ; elle est hautement subjective et dépend des attentes des individus, et pas uniquement de leur âge.

3. Santé et qualité de vie

La santé forme une dimension importante de la qualité de vie et on peut la considérer de trois façons différentes, au moins :

a) on définit la santé à partir de ses aspects négatifs, telle l'absence de maladie. Les indicateurs de santé sont alors les données de mortalité, de morbidité et d'espérance de vie.

b) La santé peut aussi être considérée comme la bonne adaptation à son environnement et le fait d'y fonctionner au mieux. La définition est déjà plus positive, mais les indicateurs se focalisent encore sur ses conséquences, telles que : désagréments de la maladie, incapacité fonctionnelle, handicap et/ou désavantage social (cf. chapitre 2).

c) Mais la santé peut également être conçue comme un état de bien-être sur les plans physique, mental et social (selon la définition classique de l'OMS) ; elle devient alors une valeur positive. Les concepts utilisés sont le bien-être, la satisfaction de vie ou la qualité de vie, et les indicateurs concernent diverses dimensions entrant dans la qualité de vie : mesures du bien-être physique, psychologique, de la présence de symptômes, de la satisfaction de vie, de la qualité du moral, de l'estime de soi, de l'appréciation subjective de sa propre santé (Henrard, 1994). En effet, de nombreuses personnes âgées souffrant de maladies chroniques ou d'incapacité s'estiment en bonne santé : la santé au grand âge ne s'apparente pas uniquement à l'absence de maladie et à la guérison, mais elle doit être appréhendée au travers d'une approche plus globale.

Compte tenu des indicateurs disponibles, nous aborderons ici, les perceptions des individus sous la double approche positive (la santé perçue) et négative (les plaintes).

La santé, en tant que dimension de la qualité de vie, peut être approchée par divers indicateurs, dont notamment l'appréciation subjective de sa propre santé ou, à l'inverse, les plaintes dans divers domaines .

4. Perception de sa santé

4.1. La santé subjective

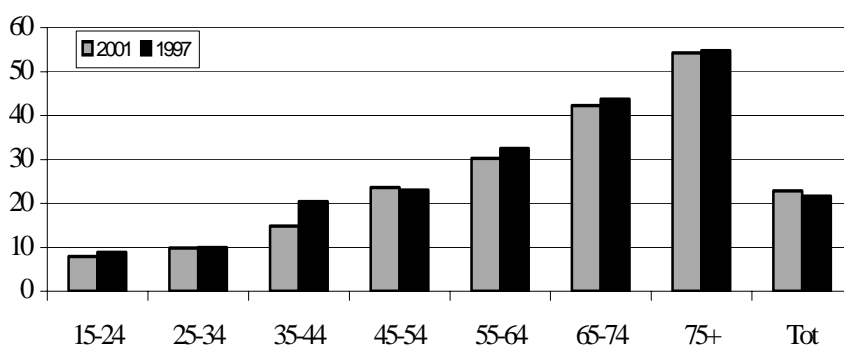
La santé subjective est un indicateur de choix du monitoring de santé et de qualité de vie repris par l'OMS. Selon l'ISP, la santé subjective « a une relation étroite avec les chances de survie (...) et constitue un prédicteur de morbidité, du statut fonctionnel, de l'invalidité et de la consommation de soins » (Enquête Santé 2001).

4.1.1. En Belgique

Une étude réalisée par Deccache auprès d'un échantillon de 400 patients atteints de maladies chroniques révèle que « contrairement aux représentations que les soignants semblent véhiculer en général, et qui situent le discours et la santé sur le plan de la maladie (discours de traitement et de prévention, référence permanente à la maladie), les patients même atteints de maladie(s) chronique(s) font surtout

référence à la santé (positive) : seuls 10 % évoquent leur état de santé uniquement en termes de maladie ». De même, une étude de Cote (1996, cité in Doumont) souligne des écarts importants entre les perceptions des professionnels de la santé et celles des femmes âgées : plusieurs femmes de l'étude, qualifiées de malades par les soignants, se disaient en bonne santé et inversement.

Figure 3.1 Personnes évaluant leur état de santé comme moyen à très mauvais, selon l'âge et l'année (%)



Source : Enquête de Santé 2001, calculs UCL

Selon l'enquête de santé, en Belgique (1997), 78 % des individus interrogés de 15 ans et plus estiment leur état de santé comme bon à très bon et 22 % comme moyen à très mauvais. En 1997 comme en 2001, le pourcentage de personnes estimant que leur état de santé n'est pas satisfaisant évolue avec l'âge : 10 % avant 35 ans, quelque 55 % chez les 75 ans et plus (cf. Figure 3.1).

Les différences régionales semblent s'être légèrement atténuées avec le temps, respectivement 25 à 26 % de Bruxellois, 27 à 26 % de Wallons et 18 à 21 % de Flamands estiment que leur état de santé est moyen à très mauvais. Néanmoins, en 2001, les différences entre la Flandre, d'une part, Bruxelles et la Wallonie, d'autre part, persistent après standardisation pour l'âge, le sexe et le niveau d'éducation.

Pour pousser plus loin l'analyse, il serait intéressant de pouvoir subdiviser selon des catégories plus fines et au moins de pouvoir différencier « moyen » de « très mauvais ». De plus, en ce qui concerne les personnes âgées, il serait pertinent d'ajouter une catégorie supplémentaire : « parfois bien, parfois mal ».

C'est l'option qu'ont retenue les recherches menées à Bruxelles par le CRIV/UCL et par les FUNDP en 1992. Sur base d'un échantillon aléatoire de près de 681 personnes, les résultats présentent une image beaucoup plus nuancée de la santé ainsi évaluée par les réponses à la question : « Comment appréciez-vous votre santé ? ». Les échantillons bruxellois et wallon ont été pondérés pour les rendre proportionnellement représentatifs de la population dont ils sont tirés.

Tableau 3.1 Appréciation personnelle des personnes de 75 ans et plus concernant leur santé, Wallonie et Bruxelles : 1992

<i>Nombre de répondants % de la colonne</i>	Bruxelles	Wallonie	Les 2 Régions
Excellente	50 18.6%	90 12.5%	140 14.2%
Bonne	81 29.9%	184 25.6%	265 26.8%
Plutôt bonne	56 21.0%	113 15.7%	169 17.1%
Parfois bonne, parfois mauvaise	47 17.5%	182 25.4%	229 23.2%
Plutôt mauvaise	16 5.9%	80 11.1%	96 9.7%
Mauvaise	12 4.4%	51 7.1%	63 6.3%
Très mauvaise	7 2.7%	19 2.6%	26 2.6%
Total	269 27.3%	719 72.7%	988 100%

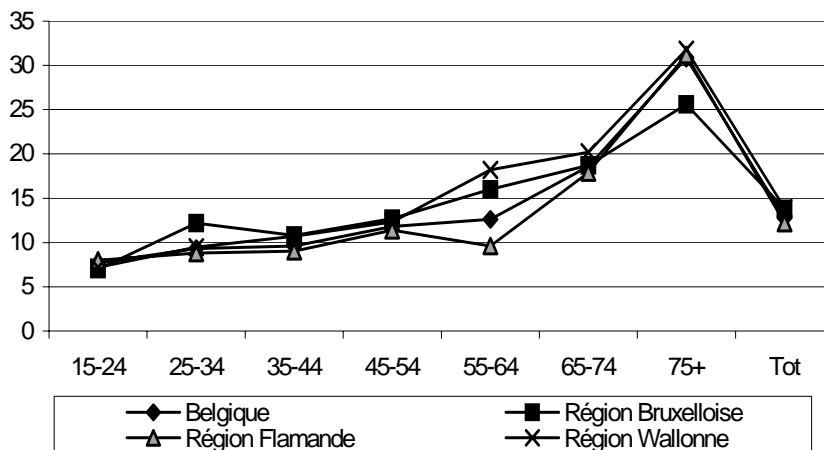
Source : Leroy, Gevers & al . Consommation différentielle de soins et de services, UCL/FUNDP, 1992, p.61

Au total, 57.1 % des répondants estiment leur santé de manière positive (bonne ou plutôt bonne) et 23.1 % donnent une réponse très caractéristique de la perception des personnes âgées concernant leur santé (parfois bonne, parfois mauvaise). C'est un peu comme en météo : le temps variable ! L'évaluation modérément négative (plutôt mauvaise) est retenue par 9.7 %, tandis que les appréciations franchement mauvaises se limitent à 8.9 %. On notera également l'importance des différences entre Bruxellois et Wallons, les premiers évaluant beaucoup plus positivement leur santé que les seconds.

En Belgique en 2001, 13 % des personnes interrogées par l'Enquête de Santé trouvent que leur état de santé s'est amélioré au cours de l'année écoulée, 74 % qu'elle est pareille et 13 % qu'elle s'est détériorée. La fréquence s'élargit nettement dès 55-64 ans. Les 75 ans et plus sont beaucoup plus nombreux (31 %) à déclarer une détérioration de leur état de santé (Figure 3.2). A cet âge, les Bruxellois se disent moins souvent en recul (26 %), cette proportion s'étant améliorée par rapport à 1997 (34 %).

Les femmes sont en général plus nombreuses à se plaindre que les hommes de leur état de santé actuel, mais aussi de son évolution au cours des douze derniers mois, et ce quasi dans toutes les tranches d'âges. A Bruxelles, notamment, on observe une différence significative parmi les jeunes (15-24 ans) : à cet âge, 20 % des femmes se plaignent de leur état de santé, contre seulement 5 % chez les hommes.

Figure 3.2 Personnes déclarant une détérioration de leur état de santé durant l'année écoulée, par classes d'âge et régions, 2001 (%)



Source : Enquête de Santé 2001, calculs UCL

4.1.2. A l'étranger

Un sondage réalisé en 1992 par le Credoc montre que 84.5 % des personnes interrogées pensent que, par rapport aux autres personnes de leur âge, leur état de santé est très satisfaisant ou satisfaisant (Ankri, Henrard, 1994). Mais, les âgés (60 ans et +) sont plus pessimistes à cet égard (77 %, et 71 % pour les 70 ans et plus) ; la différence est significative et s'accroît avec l'âge. Heureusement, seul un faible pourcentage considère leur état de santé comme « pas satisfaisant du tout », % néanmoins croissant avec l'âge : 4 % avant 60 ans, 6 % pour les 60+ et 8 % parmi les 75+ (cf. Tableau 3.2). Cette enquête révèle aussi que le fait de juger son état de santé comme satisfaisant est à peine lié au nombre de consultations avec le médecin généraliste.

Tableau 3.2 Appréciation de l'état de santé par rapport aux gens de son âge (en %)

	< 60 ans	>= 60 ans	dont > ou = à 70 ans
Très satisfaisant	26	15	17
Satisfaisant	61	62	54
Peu satisfaisant	8	18	21
Pas satisfaisant du tout	4	6	8
Effectifs N	1 506	524	257

Source : Credoc, 1992.

Grand et al (1989, cité in Doumont) ont interrogé 470 personnes âgées de plus de 65 ans de 5 cantons ruraux de Haute-Garonne. Les résultats de cette étude sont de la même ampleur : 7 % considèrent leur santé comme mauvaise et 14 % comme assez mauvaise (cf. Tableau 3.3).

Tableau 3.3 Personnes âgées trouvant leur santé ... (%)

Mauvaise	6.9 %
Assez mauvaise	13.7 %
Moyenne	41.1 %
Assez bonne	30 %
Très bonne	8 %

Source : Grand et al (1989) cité in Doumont et al (1999)

Pour une grande partie de la population française (cf. Tableau 3.4), être en bonne santé signifie pouvoir être libre de faire ce que l'on veut et prendre plaisir à la vie, soit le contre-pied de la dépendance (Credoc 1992). Sur cette base, on peut supposer que la question de la mobilité est centrale, comme l'ont d'ailleurs constaté Banister et al (2004), au travers de la définition subjective de la qualité de vie.

Tableau 3.4 Thèmes représentant la bonne santé (%)

	< 60 ans	>= 60 ans	Dont > ou = à 70 ans
Faire ce qu'on veut	82	73	71
Vivre vieux	62	56	57
Ne pas souffrir	55	62	57
Ne pas consulter	40	38	32
Ne pas être malade	63	64	66
Prendre plaisir à la vie	87	83	88
Effectif N	1 506	524	257

Source : Credoc, 1992

Dans l'étude de Grand et al, les personnes âgées parlent surtout de privation en termes de travail ou d'activités (Tableau 3.5).

Tableau 3.5 Personnes se déclarant limitées ... (en %)

Par rapport au travail ou aux activités quotidiennes	45.7 %
Pour marcher, sortir, se promener	21.7 %
Pour faire le jardin	10.4 %
Par rapport aux loisirs	9.1 %
Pour communiquer	6.5 %
Par rapport au régime alimentaire	6.5 %

Source : Grand et al (1989) cité in Doumont et al (1999)

Les facteurs d'amélioration de la santé sont également considérés par l'étude du Credoc. Un seul d'entre eux semble prendre plus d'importance avec l'âge : l'aménagement et le confort du logement, reconnu par 38 % des moins de 60 ans et 48 % des 60 ans et plus (cf. Tableau 3.7).

Ankri et Henrard (1994) ont conclu que les 60 ans et plus ont, dans l'ensemble, un système de perception assez voisin de celui de l'ensemble de la population.

4.2. Les plaintes de santé

Les plaintes constituent le contrepoint de la satisfaction. C'est pourquoi nous aborderons dans cette section les plaintes de santé, lesquelles ne concordent pas nécessairement avec le diagnostic médical « objectif ».

Les plaintes de santé jouent un double rôle en relation avec la consommation de soins : comme perception d'une difficulté, elles contribuent à la formation d'une demande de soins (le recours) ; comme clignotant d'une possible maladie pouvant dégénérer, elles permettent la mise en place de traitements précoces, ce qui peut, dans certains cas, éviter l'hospitalisation.

En Belgique, 5.8 plaintes de santé sont rapportées en moyenne en 1997 et la moitié de la population rapporte au moins cinq plaintes ¹. Le nombre moyen de plaintes augmente avec l'âge : 4.8 plaintes chez les 15-24 ans, 6.9 plaintes chez les 75 ans et plus. A nouveau, dans chaque groupe d'âges, les femmes mentionnent en moyenne plus de plaintes que les hommes. Des différences entre régions sont également à remarquer : les personnes interrogées en Flandre (5.1) rapportent en moyenne moins de plaintes qu'à Bruxelles (6.9) ou en Wallonie (6.8). Même après standardisation pour l'âge et le sexe, la différence persiste entre la Flandre et les autres régions.

Parmi les aînés (65+), seuls 7 à 9 % n'expriment aucune plainte, versus 14 % en moyenne nationale.

Certaines plaintes sont significativement plus élevées chez les personnes âgées : les plaintes concernant la fatigue, le système loco-moteur et la région du cœur (Tableau 3.6).

¹ Résultats issus de l'Enquête Santé 1997. Pour appréhender ces plaintes, il a été fait usage de deux instruments distincts : d'une part, le « Vragenlijst voor Onderzoek naar de Ervaren Gezondheid » (questionnaire pour l'étude de la santé perçue) qui est constitué d'une liste de 23 questions sur des plaintes ou des situations de mal-être, et d'autre part, deux questions provenant du questionnaire standard Short Form-36 au sujet de l'intensité des douleurs physiques au cours des 4 dernières semaines.

Tableau 3.6 Plaintes subjectives en matière de santé, selon l'âge, 1997 (%)

Plaintes	gastriques	de fatigue	nerveuse	thoracique et cardiaque	système loco- moteur	allergie	toux	céphalées	Pas de plaintes
15-24	31.9	48.9	47.4	26.9	31.7	41.9	17.5	36.0	15.8
25-34	30.3	51.3	47.3	24.3	34.6	35.9	11.4	38.2	16.2
35-44	32.5	60.0	50.2	35.4	47.3	35.6	15.3	37.7	12.9
45-54	33.2	56.3	48.4	34.4	53.0	31.3	13.7	36.1	15.0
55-64	30.4	61.6	49.6	36.2	65.2	35.1	14.5	29.7	10.1
65-74	27.0	65.1	44.3	44.7	64.6	34.1	18.5	25.6	8.8
75 +	29.9	67.3	44.5	43.2	67.5	26.5	17.1	23.5	7.3
Total	31.2	56.7	48.0	32.8	47.6	35.3	14.8	34.6	13.5

Source : Enquête de Santé 1997

En outre, les personnes âgées, ainsi que les femmes, sont plus souvent gênées par la douleur que les jeunes ou les hommes. Ainsi, le score moyen pour les douleurs physiques (tiré du SF-36)² est de 77 (sur un maximum de 100) et il tend à diminuer selon l'âge : de 82 pour les 15-34 ans, il passe à 73 chez les 55-64 ans, 69.5 chez les 65-74 ans et 64.5 chez les 75 ans et plus (70 en Région flamande, 67 en Région bruxelloise et 60 en Région wallonne). En résumé, les personnes âgées ont plus de problèmes de douleur physique ou en ressentent plus l'impact dans leur vie quotidienne.

Ces douleurs et maux révélés au travers des plaintes de santé peuvent nous indiquer un risque de mauvaise de qualité de vie. Et effectivement, il s'avère que les plaintes déclarées et les douleurs ressenties sont significativement plus élevées chez les individus ayant une perception négative de la santé.

Les personnes âgées sont plus nombreuses à être insatisfaites de leur état de santé que les jeunes (55 % chez les 75 ans en 2001 en Belgique versus 10 % avant 35 ans). Elles signalent en outre plus souvent une détérioration de leur état de santé (31 % des 75 ans et plus, versus 13 % en moyenne) et des plaintes de santé (6.9 plaintes chez les 75 ans et +, versus 4.8 chez les 15-24 ans). Les femmes sont également plus nombreuses à se plaindre de leur état de santé.

Etre en bonne santé signifie le plus fréquemment « prendre plaisir à la vie » et « faire ce que l'on veut » ; les problématiques liées à la mobilité et à l'indépendance sont donc centrales.

² Un score élevé dénote l'absence de douleurs physiques et/ou de leurs conséquences sur les activités habituelles, tandis qu'un score faible témoigne de la présence de douleurs plus ou moins importantes.

5. Au-delà de la santé

Rappelons que le concept de qualité de vie n'est pas unidimensionnel. Pas plus que les jeunes, les personnes âgées ne considèrent la santé comme l'unique priorité. C'est ce que confirme une étude de Van Den Heuvel (Pays-Bas, 1989 cité in Doumont) : lorsque les enfants de ces personnes âgées ont des soucis, des inquiétudes, ces préoccupations passent bien avant leur santé.

Un sondage auprès de la population belge, relevé par Doumont et al (1999), montre que lorsqu'on parle de « bien vieillir », 62.5 % des personnes interrogées l'associent à « être en bonne santé », ce qui implique aussi qu'un bon tiers l'associe plutôt à d'autres dimensions qu'à celle de la santé.

5.1. Le logement et l'habitat

Nombre de conditions de vie influencent la qualité de vie, telle que ressentie par les personnes âgées.

Le confort du logement est un élément important de ces conditions de vie : chauffage central, installation sanitaire, adapté en cas de perte d'autonomie physique, etc. De même, l'habitat et son environnement (par exemple, l'accessibilité et la sécurité) peuvent influencer la qualité de vie de la personne, particulièrement en cas d'incapacité réduite. En outre, l'accès aux cliniques, aux hôpitaux ou aux soins peut devenir primordial.

Etre propriétaire ou locataire de son logement peut également être lié à la perception de la qualité de vie des personnes âgées : une étude britannique a montré que le risque d'une perception négative de la qualité de vie chez les personnes âgées augmente entre 50 et 70 % pour les individus qui vivent dans des logements en location, comparé à ceux qui sont propriétaires de leur logement (Dean, 2004) ; il faut mettre ces résultats en relation avec le fait que les individus qui louent leur logement sont plus souvent en mauvaise santé et ont davantage de styles de vie à risque (tel que fumer).

5.2. Le bien-être social

On observe un lien significatif entre la santé subjective et chacun des indicateurs de bien-être social : « les personnes qui évaluent leur santé comme étant mauvaise ont également une plus grande propension à être insatisfaites de leurs contacts sociaux ($p < .0001$), à avoir peu de contacts avec leur entourage ($p < .0001$), à présenter un réseau social restreint ($p < .0001$) et à rapporter de faibles niveaux de support social instrumental ($p < .0001$) et fonctionnel ($p < .0001$) » (Enquête de santé, 2001, p. 2348).

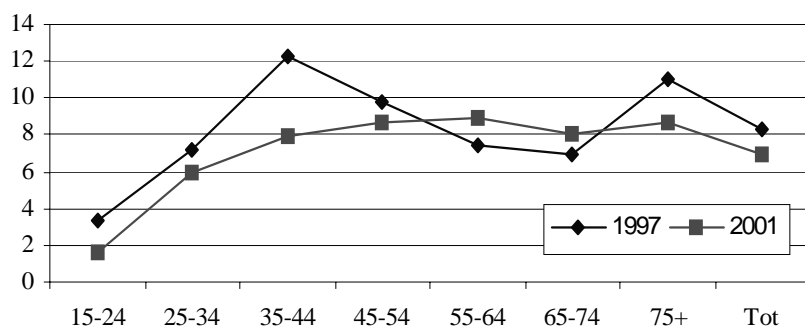
Aussi, allons-nous passer en revue ces divers aspects du bien-être social.

En Belgique en 2001, les personnes de 75 ans et plus sont 10 % à qualifier leurs **contacts sociaux** comme étant plutôt à vraiment *insatisfaisants* (Enquête de Santé 2001), soit davantage que parmi leurs cadets. Cette proportion est semblable pour les hommes et pour les femmes, et très proche dans les trois régions du pays. Il n'y a pas de différence significative après standardisation pour l'âge et le sexe entre les chiffres de 2001 (7% en moyenne pour le pays) et de 1997 (6 % en moyenne pour le pays).

La *carence de contacts sociaux* (contacts moins souvent qu'une fois par semaine, c'est-à-dire : « au moins une fois par mois », « environ une fois par an » ou « jamais ») concerne 8 à 9 % des 65 ans et plus en 2001, soit à peine plus que la moyenne. Dans l'ensemble, le pourcentage de personnes déclarant de rares contacts sociaux était de 8 % en 1997 ; il a reculé à 7 % en 2001, la différence étant ici significative après standardisation pour l'âge et le sexe.

Cette faible fréquentation sociale augmente aux âges jeunes : avant 35 ou avant 55 ans selon les enquêtes (cf. Figure 3.3). En fait, les différences se marquent surtout entre les 15-24 ans (< 2% en 2001) et les autres groupes d'âges.

Figure 3.3 Personnes déclarant avoir peu de contacts sociaux, selon l'âge, en 1997 et 2001 (%)



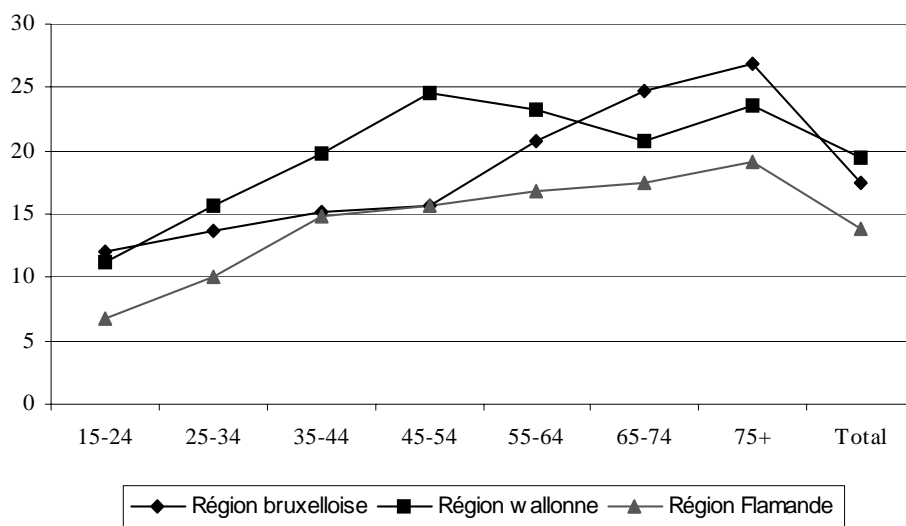
Source : Enquête de Santé 2001 et 1997, graphique UCL

On observe en ce domaine des différences importantes, significatives après standardisation pour l'âge et le sexe, entre Bruxelles et les deux autres régions.

Particulièrement parmi les plus âgés, 14 % déclarent avoir peu de contacts sociaux en Région bruxelloise, *versus* 9.6 % en Région wallonne et 7.4 % en Région flamande.

Les 75 ans et plus sont 21 %, et les 65-74 ans 19 %, à présenter un **réseau relationnel restreint** (0 à 3 proches). Cette proportion augmente avec l'âge, de la même manière pour les femmes et pour les hommes ; elle n'est que de 8 % chez les jeunes de 15-24 ans. L'influence de l'âge sur l'étendue du réseau relationnel est significative, après standardisation pour le sexe. En moyenne, la taille du réseau relationnel des Belges est de 9 à 10 chez les hommes et de 8 chez les femmes.

Figure 3.4 Personnes déclarant un réseau relationnel restreint, selon l'âge et la région, 2001 (%)



Source : Enquête de Santé 2001

Néanmoins, quantité ne rime pas nécessairement avec qualité et cette dernière peut être plus importante aux yeux des personnes âgées : Pinquart et al (2000) ont constaté que la qualité des contacts sociaux importait plus que la quantité, en termes de qualité de vie pour les personnes âgées.

A partir de 45 ans, les proportions de personnes déclarant avoir un **faible support instrumental** de l'entourage³ sont plus élevées et se maintiennent jusqu'à 75 ans (entre 16 % et 18 %), avec une moyenne de 19 - 20 % pour les hommes de 45-64 ans. L'âge est significativement lié au niveau de support instrumental après standardisation pour le sexe.

³ Résultats à partir d'un indicateur sur la possibilité perçue de recevoir de l'aide de son entourage en cas de besoin. Cet indicateur est basé sur 3 questions : les réponses à ces trois questions sont notées (1=oui et 0=non), puis additionnées et dichotomisées : un score de (0, 1, 2) est considéré comme un support faible et un score de (3) est considéré comme un support élevé.

De même, la qualité du **support fonctionnel** ⁴ n'est pas distribuée de la même manière au travers des différentes tranches d'âges : seuls 3 à 4 % des moins de 34 ans déclarent éprouver un soutien fonctionnel de faible qualité, contre 8 à 10 % chez les 35-54 ans et 15 % pour les personnes entre 65 et 74 ans (11.7 % pour les 75 ans). Le support fonctionnel de faible qualité s'avère plus fréquent en Région wallonne (12 %) qu'en Région bruxelloise (9 %) et qu'en Flandre (7 %) (différences significatives après standardisation pour l'âge et le sexe). Pour les 75 ans et plus, la proportion de personnes éprouvant un faible support fonctionnel est de : 8.7 % en Région flamande, 19.8 % en Région bruxelloise et 16.1 % en Région wallonne. Il se peut que les exigences de support augmentent avec l'âge, et que l'entourage ne suffise plus à lui seul à répondre à ces demandes. Quoi qu'il en soit, il faut retenir que les personnes âgées qualifient plus souvent leur soutien instrumental et fonctionnel d'insuffisant, qu'elle ressentent un manque de ce côté-là et demandent peut-être, de cette façon, à être *mieux* entourée.

Le bien-être social est lié de façon très significative à la perception de son état de santé, et ce quel que soit l'indicateur.

En 2001, en Belgique, les 75 ans et plus sont 8.7 % à signaler avoir peu de contacts sociaux, ce qui ne les différencie guère de leurs cadets (35-74 ans). Par contre ils sont plus nombreux que leurs cadets à rendre compte d'une situation défavorable dans les autres composantes du bien-être social : 10 % se disent insatisfaits de leurs contacts sociaux et ils sont 21 % à présenter un réseau relationnel restreint (19 % des 65-74 ans), 16.3 % un faible niveau de support social instrumental (15.5 % des 65-74 ans) et 11.7 % un soutien fonctionnel de faible qualité (15 % chez les 65-74 ans).

5.3. La retraite

Le passage à la retraite crée une rupture importante dans le mode de vie de l'individu et nécessite un réaménagement de son quotidien. Des difficultés de reconstruire des rythmes individuels de vie satisfaisants à partir d'un ample temps libre peuvent apparaître. Ce passage sera facilité si la personne maintient son insertion sociale par le biais de relations amicales, du rôle élargi de la famille ou de l'adhésion à un milieu associatif (qui crée le sentiment d'être utile à la société) (Philippe, 1997). En effet, le travail facilite les contacts sociaux et, passé

⁴ Un support fonctionnel de bonne qualité est un entourage qui puisse assumer un ensemble de rôles : instrumental (aide tangible), informationnel (conseil), émotionnel (écoute, empathie), récréatif (activités délassantes, distrayantes) et/ou affectif (amour).

l'âge de la retraite, l'individu est parfois considéré comme devant laisser sa place à un plus jeune et il peut alors être perçu comme à la charge des autres, des actifs.

L'évolution sociale remet en question le modèle fondé sur le cycle ternaire de vie, comprenant successivement des périodes de formation, de travail et de retraite. L'émergence d'une utilisation différente des temps sociaux dans le parcours d'une vie, répartis entre temps de création et de procréation, temps de production rémunérée et bénévolat, temps de formation reçue ou dispensée, temps de loisirs ou culture, amène à penser autrement notre organisation sociale (Philippe, 1997). Progressivement, ces trois périodes tendent à s'étaler tout au long de la vie.

Une étude de l'université de Sheffield observe que les personnes âgées interrogées de 50 à 75 ans qui étaient employées rapportaient un niveau plus élevé de bien-être, comparé aux retraités et aux chômeurs (Dean, 2004). Le plus haut niveau de bien-être caractérisait les travailleurs ayant dépassé l'âge de la retraite, bien que ceux qui continuaient de travailler pour des besoins financiers aient une santé psychologique moins bonne. Néanmoins, beaucoup de personnes âgées ne veulent pas travailler au-delà de l'âge de la retraite. Mais ont-elles la possibilité de travailler dans des conditions qui leur sont adaptées ?

Gaullier (1997) constate une très grande diversité des taux d'activité : pour les hommes entre 55 et 64 ans, il est au Japon de 85.6 % et en Suède de 80.5 %. A l'autre extrémité, les taux les plus bas sont aux Pays-Bas et en France avec 43 %. A 60 ans, le taux d'activité des hommes va de 20 % à 70 %, les plus faibles concernant la France et la Belgique (p. 93). Comme dans ces pays les pensions sont élevées et inconciliables avec un travail rémunéré, la reprise du travail est rare. Progressivement, la politique de l'emploi utilisant l'âge comme mode de régulation s'est déplacée de la préretraite, mise à l'écart définitive, vers une gestion plus souple du temps de travail au cours de la fin de carrière (décade 55-64 ans). Les entreprises tentent de cette manière de faire face à une pyramide des âges déséquilibrée par l'arrivée à la cinquantaine des générations baby-boom. Pour ceux qui sont mis en disponibilité, il s'agit de découvrir un nouveau mode de vie. Un réel décalage a ainsi vu le jour entre vieillissement professionnel, social et biologique.

De son côté, Wattiez (1993), après avoir analysé quelques enquêtes récentes, conclut que « la retraite est considérée par les seniors comme un moment où on peut prendre son temps et où on a le temps de s'occuper des autres et de transmettre son potentiel qui est l'expérience. Ils se sentent très actifs et sont prêts à dispenser leurs savoirs au niveau familial, associatif et politique. Ils estiment que la société ne profite pas assez de leur potentiel... Un senior sur deux est prêt à suivre des formations pour se permettre d'être plus utile et d'avoir une action plus efficace » (p. 186). On trouve ici une confirmation d'un large potentiel de solidarité intergénérationnelle des âgés vers les plus jeunes, étayant une idée déjà émise plus haut : la nécessité de valoriser ce potentiel et de modifier l'image d'une population d'aînés uniquement à charge (cf. chapitre 1, section 9).

Le passage à la retraite crée une rupture importante dans le mode de vie de l'individu. Au fil du temps, le modèle fondé sur le cycle ternaire de vie (formation – travail – retraite) est remis en question et une utilisation différente des temps sociaux dans le parcours d'une vie émerge. Par ailleurs, un décalage entre vieillissement professionnel, social et biologique a vu le jour.

6. Comment améliorer la qualité de vie ?

Face à ces nouveaux défis, la solution que Gaullier propose, est une « société pluriactivités à tout âge », avec harmonisation des objectifs sociaux et économiques : répartition de l'effort de travail entre 16 et 70 ans et diminution du temps réel de travail entre 30 et 50 ans. Pour ce faire, il est nécessaire de prévoir des mesures législatives pour faciliter le maintien au travail des 50 ans et plus, et ce dans de bonnes conditions, notamment par la notion de parcours alternant travail, formation et retrait temporaire, tout au long de la vie (en lieu et place du découpage rigide en trois tranches).

Au niveau international, la tendance générale est aussi à la promotion du vieillissement actif, c'est-à-dire rester actif en vieillissant, aussi bien du côté des Nations Unies que du côté européen. L'argument étant que les personnes qui continuent d'être des membres productifs de la société sont en meilleure santé, vivent plus longtemps et disposent d'une meilleure qualité de vie. De façon sous-jacente, c'est aussi une façon de promouvoir la retraite à un âge plus avancé, de rendre les personnes âgées autonomes et plus à même de subvenir financièrement à leurs besoins.

Couvreur (1999) souligne néanmoins qu'une telle idée de la société est difficilement applicable en période de mondialisation de l'économie, bien que tout ne soit pas à rejeter. Aussi, propose-t-elle une alternative, au travers de ce qu'elle nomme une « société de pluriactivités solidaires ». Son raisonnement est le suivant : la société occidentale actuelle demande une formation longue pour être efficace sur le marché de l'emploi et on ne peut dès lors espérer qu'une vie professionnelle puisse être rentable pour l'entreprises de 16 à 70 ans. Par contre, une personne peut être utile à la société (et n'est-ce pas là un des éléments de la qualité de vie ?) entre 16 et 70 ans : il existe de nombreux besoins dans la société auxquels on ne répond pas, outre les besoins de main d'œuvre. Elle conclut que « ce n'est que par la création de nouvelles solidarités que l'on pourra éviter le

nauffrage affectif des vieillards du début du troisième millénaire », soulignant que « si nous ne mettons pas sur pied une politique de prévention du bien-être des personnes très âgées, nous devons un jour nous battre contre la mort due à un manque de qualité de vie. Car nous devons être conscients que la qualité de vie et les relations avec l'entourage jouent un rôle important sur la santé (...). Il faut maintenant créer des solidarités de complémentarité entre classes d'âges à grande échelle » (pp. 104-105). Par exemple, entre jeunes adultes et le reste de la société, par le biais du service civil : en les faisant travailler dans le secteur non-marchand, les premiers découvriront les besoins de la population et y répondront de façon encadrée pour la population défavorisée.

Les Nations Unies (2002) proposent également différentes mesures et programmes à mettre en oeuvre :

- Encourager l'apprentissage tout au long de la vie, pour permettre aux personnes âgées de s'adapter aux évolutions technologiques, ainsi qu'aux exigences et aux changements du monde du travail.
- Garantir des conditions permettant aux personnes âgées de continuer d'avoir une vie sociale, et notamment l'accès à des moyens de transport pour aller voter, faire leurs courses ou assister à des manifestations publiques.
- Favoriser certaines interventions médicales comme la pose de prothèse de la hanche ou l'opération de la cataracte.
- Adapter les transports publics aux personnes âgées souffrant de handicaps.

Le vieillissement à domicile est également valorisé, comme en témoignent les politiques de désinstitutionalisation. Pour cela, la personne doit pouvoir disposer d'un logement et d'un environnement sûrs et propices. On pense notamment aux services flats déjà bien développés en Flandre.

Suite à une étude auprès des personnes âgées canadiennes vivant seules et non connues des services de santé, Raphael et al (1995, cité in Doumont) ont, quant à eux, remarqué qu'il était souhaitable d'améliorer le cadre des loisirs, afin d'élargir le réseau des relations sociales. A cet égard, il y aurait intérêt à favoriser les **lieux de rencontre intergénérationnels** : crèches avec centre de jour pour personnes âgées, transports vers des réunions ; de même des solutions de solidarités intergénérationnelles devraient être encouragées : adoption de grand-parents, services de « matching » d'adultes éloignés, ... Des soutiens aux associations actives en ce domaine mériteraient toute l'attention voulue, le « retour sur investissement » pouvant s'avérer sans doute fort élevé.

Un rôle essentiel doit en outre être accordé à la prévention. La prévention des affections physiques peut consister à déconseiller l'alcool, le tabac etc. et à encourager l'exercice physique. Dans le cadre de la qualité de vie, la prévention contre la solitude ou le repli est tout aussi fondamentale : se faire un réseau d'amis, avoir des passions, etc. En effet, le risque est de ne voir chez les personnes âgées qu'un corps vieillissant.

Aux Pays-Bas, Kochen et al (1998, cité in Doumont) ont proposé la mise en place d'un cours d'éducation pour la santé donné par les pairs à d'autres personnes âgées de 55 ans au moins, afin de favoriser le bien-être biologique, psychologique et social, ainsi que d'encourager les personnes âgées à la participation de vie en société. En comparant deux groupes (un groupe contrôle et un groupe expérimental qui reçoit un cours d'éducation), ces auteurs ont observé que le cours a permis de changer, voire d'améliorer, le support social perçu et la santé subjective. Mais, ils n'ont noté aucun impact du cours sur les attitudes, la participation à la vie sociale et le bien-être.

En ce qui concerne les divers facteurs d'amélioration de la santé et de la qualité de vie, la perception de leur importance respective est assez semblable parmi les jeunes et les âgés (cf. Tableau 3.7). La densité de médecins n'est pas considérée comme un facteur déterminant, pas même pour les personnes âgées (Ankri et Henrard, 1994). Par contre, comme les jeunes, celles-ci épinglent l'alimentation équilibrée et l'abstinence de tabac/alcool comme facteurs déterminant, puis (et ceci plus que leurs cadets) la recherche médicale (probablement dans l'espoir de voir aboutir un remède nouveau contre les maux dont ils sont plus fréquemment atteints). Viennent ensuite la pollution (moins après 70 ans !), seul le confort du logement prend de l'importance avec l'âge.

Tableau 3.7 Les facteurs d'amélioration de la santé (%)

	< 60 ans	>= 60 ans	Dont >= 70 ans
Nombre de médecins	10	8	9
Confort du logement	38	48	54
Conditions de travail	35	33	31
Consommation alcool/tabac	80	85	85
Alimentation équilibrée	87	89	89
Pollutions réduites	86	83	63
Recherche médicale	76	82	81
Effectifs N	1 506	524	257

Source : Ankri et Henrard, 1994

Beaucoup reste à faire pour identifier, au delà des conditions de vie, les moteurs par lesquels on pourrait mobiliser les ressources même de l'individu, en vue d'une meilleure perception de l'existence. Ainsi, Couvreur (1999) souligne que la qualité de vie a un impact sur la santé et pourrait être améliorée par une meilleure utilisation de nos sens et de la pensée positive, de la manière suivante :

- un changement dans la vie de l'individu peut écartier son organisme de l'homéostasie (niveau de réglage moyen d'un organisme) ;

- un changement à fort impact émotionnel provoque une libération par le cerveau de peptides neuro-modulateurs dans le circuit sanguin, ce qui entraîne une modification du système immunitaire ;
- les parties du corps peuvent agir sur le cerveau et vice versa, ce qui rend envisageable une action qui pourrait faire retrouver une homéostasie, grâce à des réponses internes (réactions visuelles, auditives, somatosensorielles).

Face à l'évolution de la société et de la population, Gaullier propose une société pluriactivités à tout âge, en accord avec les Nations-Unies et l'Europe qui optent pour un vieillissement actif. Couvreur met davantage l'accent sur la solidarité et la pensée positive.

On constate, en outre, dans divers pays, la mise en place de politiques de désinstitutionnalisation. Enfin, un rôle essentiel doit être accordé à la prévention.

7. Résumé et conclusions

7.1. Résumé

La qualité de vie se mesure par la satisfaction des individus dans une série de domaines, dont notamment la santé. Cette approche vise à appréhender le « bien-être », et devient un paramètre important pour évaluer les résultats de traitements médicaux, au-delà de leur impact bio-fonctionnel. Il s'agit pourtant d'un concept difficile à mesurer : c'est une construction subjective, que l'on ne peut approcher qu'à partir de questions relatives au vécu personnel dans ses diverses composantes.

En Belgique, les enquêtes de santé permettent d'évaluer certains aspects de la qualité de vie : la santé auto-perçue et le bien-être social, les deux approches étant liées de façon très significative.

La **santé** est appréhendée de façon globale (appréciation subjective) et par le biais des plaintes somatiques et psychologiques. Ces diverses mesures montrent pour la plupart une détérioration avec l'âge. En s'en tenant aux individus de 75 ans et plus :

- 58 % considèrent leur état de santé comme bon (41 %) ou plutôt bon (17 %), 23 % parfois bon, parfois mauvais,
- 19 % ont une évaluation négative, plutôt mauvaise (10 %) ou mauvaise (9 %);
- 31 % estiment que leur santé s'est dégradée au cours de l'année écoulée ;
- en moyenne, ils signalent 6.9 plaintes, et seuls 7 % n'en expriment aucune ;
- le score SF36 de douleur tombe à 64.5.

Le **bien-être social** est appréhendé par le biais des contacts sociaux et des supports potentiels. En 2001, la carence de contacts sociaux est stable dès 35 ans (8 à 9 %). Par contre, les aînés (75+) se démarquent par une insatisfaction plus forte à l'égard de ces contacts (10 %), par un réseau social plus fréquemment restreint (21 %), et par un moindre support potentiel, tant au plan instrumental que fonctionnel (respectivement 16 % et 12 %).

7.2. Conclusions

L'espérance vie s'allongeant, les mesures de santé, de capacité et de qualité de vie prennent davantage d'importance pour apprécier la nature de ces années de vie supplémentaires. En outre, vu la croissance des dépenses de santé, il devient plus impérieux d'en évaluer l'impact et la mesure de la qualité de vie y contribue. Trop souvent, en effet, on se limite à une approche bio-médicale de l'individu et de sa santé perçue, sans égard pour sa qualité de vie. Les enquêtes de santé nous ouvrent une petite porte, révélant une moindre qualité de vie des aînés, dans ses composantes santé et bien-être social. Au-delà des soins classiques, une première piste d'action s'ouvre ainsi : dynamiser le réseau de contacts sociaux autour de la personne âgée. Il ne s'agit pas seulement de mettre sur pied des activités épisodiques, mais de créer les conditions favorables à une place active de nos aînés dans la cité : d'une part par le **travail** rémunéré ou le **bénévolat** pour les plus jeunes d'entre eux, d'autre part, par de réelles **solidarités intergénérationnelles** en faveur de ceux dont les capacités se sont amoindries.

Ceci implique plusieurs évolutions dans notre modèle de société :

- a) promouvoir une nouvelle conception des cycles de vie, avec *alternance des périodes de formation, travail et retraite* (temporaire ou définitif) ;
- b) adopter de nouvelles réglementations du travail (*autorisant le travail au-delà de l'âge habituel de la retraite*) ;
- c) *valoriser l'apport des générations âgées*, en soulignant leur utilité (exemple : l'indicateur proposé de « coefficient d'apport intergénérationnel des âgés »)
- d) *soutenir le bénévolat* (lui reconnaissant un statut spécial et des avantages, en gratitude pour les services rendus) et favoriser les *réseaux de contacts sociaux*; exemples : adoption de grand-parents, services de « matching » d'adultes éloignés géographiquement et prenant soin de leurs parents respectifs, ...
- e) promouvoir des *logements adaptés* sécurisant les aînés et les plaçant en contact suivi avec d'autres personnes, sans les entraîner d'emblée dans un système institutionnel.

Il s'agit là de mesures constructives, à mener en parallèle avec la prévention purement médicale, et dont l'impact sur le processus de vieillissement devrait être régulièrement évalué, au même titre que devrait l'être l'impact des soins.

CHAPITRE 4. CONSOMMATION DE SOINS

Introduction générale

L'une des préoccupations suscitées par le vieillissement de la population concerne la croissance potentielle des soins de santé. Nous examinerons d'abord les concepts généraux et les liaisons entre santé et consommation de soins. Puis, nous tenterons d'estimer l'impact du vieillissement sur le volume des consommations (cf. section 1), puis sur les finances publiques en général et, particulièrement, sur les dépenses de santé (cf. section 2). Nous terminerons par une vue synthétique et par une série de propositions d'action, bases pour un débat public (section 3).

Le plus souvent possible, nous analyserons les profils de consommation par âge, puis nous présenterons des analyses prospectives, en analysant d'abord l'effet mécanique du vieillissement (à taux d'utilisation constants), puis des scénarios tenant compte des autres effets qui poussent les consommations à la hausse ou à la baisse. Les estimations en volume permettent de prévoir les évolutions en personnel et en infrastructures nécessaires pour faire face aux évolutions attendues ; celles en valeur esquissent l'effort financier à consentir.

Âge, état de santé et consommation de soins

Une question sous-jacente à cette analyse est celle du « besoin » de soins de santé : les dépenses sont-elles justifiées et aboutissent-elles aux résultats escomptés ? Ce besoin est difficilement mesurable. Parmi de nombreuses approches envisagées dans la littérature (Deliège et al, 2004), l'une consiste à se baser sur l'utilisation des services de santé. Ce faisant, on ne peut oublier que certaines personnes, en manque de ressources, ont un accès réduit aux soins de santé et, qu'inversement, la consommation excède parfois les besoins réels. L'usage qui est fait des soins de

santé par les personnes âgées ne reflète donc pas parfaitement leurs besoins de santé, lesquels ne se limitent d'ailleurs pas aux soins. Les indicateurs de fréquence de recours ou de dépenses doivent donc être interprétés avec prudence pour orienter les politiques de santé, lesquelles doivent concilier l'inconciliable, à savoir : qualité et performance, équité et efficacité, accessibilité et maîtrise des dépenses.

L'état de santé déclinant avec l'âge, il est normal que la consommation de soins, au contraire, augmente à mesure que l'organisme vieillit. Selon une étude des Mutualités chrétiennes (cité in Adnet, 2003), les personnes de 75 ans et plus consomment globalement 3.7 fois plus de soins de santé que la moyenne de la population. En France, en 1996, 61.4 % de la consommation médicale totale était consacrée aux personnes de moins de 65 ans, 39.6 % aux personnes de 65 ans et plus (15.3 % de la population) et 8.8 % à celles de 85 ans et plus, lesquelles constituaient 1.9 % de la population (Mizrahi A, Mizrahi A, 1997).

Toutefois, ce n'est pas tant l'âge que la morbidité (nombre de systèmes atteints et dépendance) qui permet d'expliquer les différences de niveau de soins entre des groupes de population. La recherche interuniversitaire DEFI SANTE (Phase I, 1992), regroupant les données de plusieurs enquêtes a mis en évidence que la consommation de soins des personnes âgées est expliquée par leur morbidité, alors que l'appartenance régionale n'est pas retenue comme facteur explicatif statistiquement significatif (Leroy et al, 1992). Quand l'influence de la morbidité était prise en compte, celle de l'âge disparaissait.

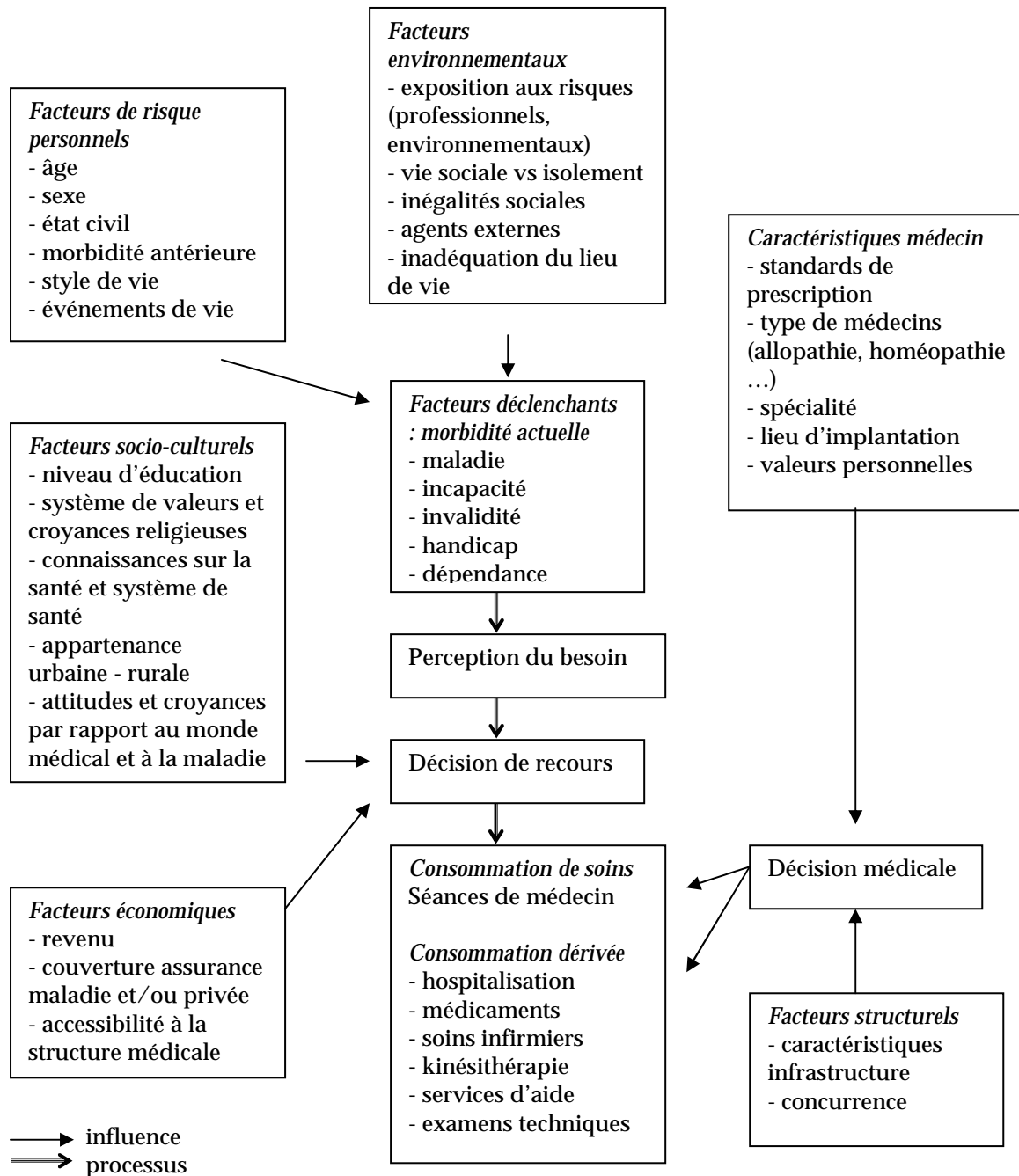
En 1985, déjà, une étude menée à la demande de l'INAMI (Deliège, Gommers, Leroy X et al, 1985) ¹, révélait l'importance de la morbidité pour expliquer le recours aux soins plus élevé des assurés dits « préférentiels » (bénéficiant d'un meilleur remboursement en raison de leurs faibles revenus). L'influence de la morbidité supplantait celle d'autres facteurs explicatifs, tels que la condition de « préférentiel », l'offre médicale ou l'appartenance régionale.

Les facteurs de consommation de soins

La Figure 4.1 tente de rendre compte des différents facteurs d'influence, de leurs liens et des acteurs impliqués. Les facteurs de risque personnels et environnementaux influencent l'élément déclenchant de la consommation, à savoir la morbidité.

¹ L'échantillon comprenait 1 039 personnes âgées de 65 ans et plus, réparties dans l'arrondissement de Gent, la province du Limbourg, l'arrondissement de Charleroi, la province du Luxembourg; les données ont été recueillies en 1984-1985 au cours de trois entretiens au domicile, espacés de trois semaines.

Figure 4.1 Le recours aux soins médicaux

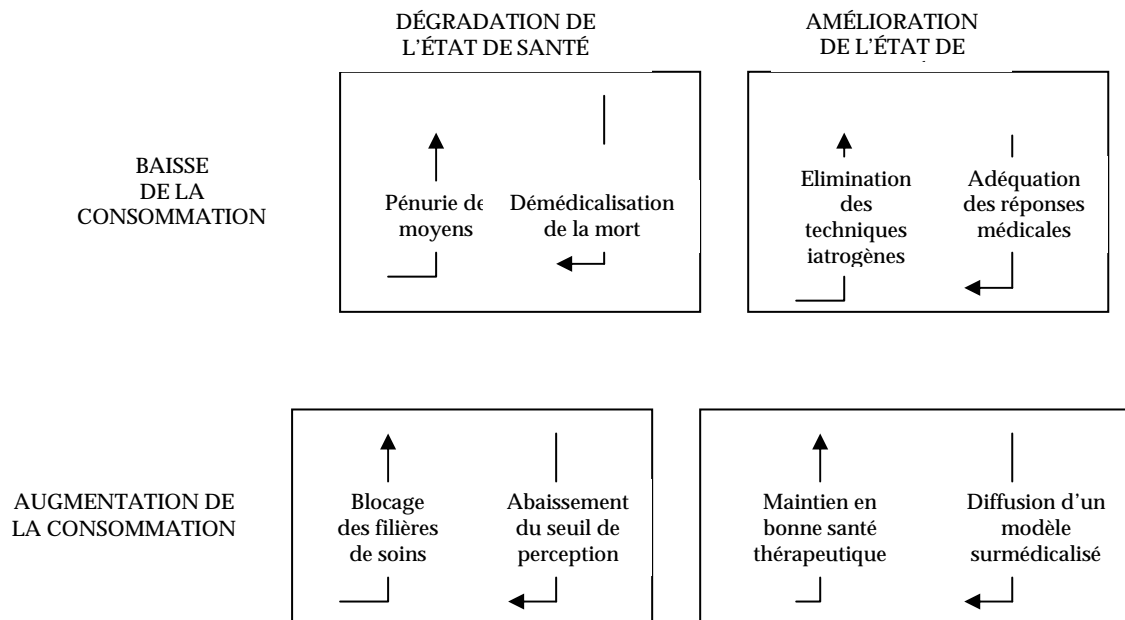


Source : Leroy et al (1992)

Le processus entre état de santé et consommation de soins

Dans le processus qui mène de la santé à la maladie et à la consommation de soins, on peut déceler huit cas de figure différents, selon que l'état de santé s'améliore ou non et que la consommation augmente ou non (Figure 4.2)

Figure 4.2 Consommation médicale et état de santé



Source : Launois, Pelc (1990)

- une dégradation de l'état de santé peut provoquer soit une baisse, soit une augmentation de la consommation (les personnes âgées font désormais appel à des soins plus en accord avec leur état de santé) ;
- une amélioration de l'état de santé peut provoquer soit une baisse de la consommation (si la réponse du système de soins est adaptée), soit une augmentation de la consommation ;
- une baisse de la consommation peut provoquer soit une dégradation de l'état de santé par pénurie, soit une amélioration de l'état de santé par élimination des techniques iatrogènes ;
- une augmentation de la consommation peut provoquer soit une amélioration de l'état de santé quand les soins sont adaptés, soit une dégradation de l'état de santé (par exemple, piètre qualité de vie) quand on maintient un malade en vie au prix de traitements acharnés.

En Belgique et dans les pays développés en général, la consommation de soins augmente alors que l'état de santé s'améliore. Y a-t-il entre ces deux processus un lien de cause à effet ou sont-ils indépendants ? Et dans quelle mesure l'amélioration de la richesse et des conditions de vie constitue-t-elle le facteur déterminant de l'un et de l'autre ?

Vieillesse démographique et consommation de soins

L'évolution de la structure d'âges, importante au cours des prochaines décennies, introduit dans les perspectives d'avenir un facteur de transformation du système dont l'influence doit être prise en compte, malgré les incertitudes qui l'entourent. Les recours aux soins et les autres dépenses de santé et d'aide seront à la hausse pour au moins trois raisons : l'effet mécanique du vieillissement, l'effet génération et l'effet société. L'effet morbidité est plus incertain.

- *Effet mécanique*

Une projection appliquant sur la population à venir, les taux par âge de consommation de soins observés à une date donnée, permet d'estimer l'évolution dite « mécanique », c'est à dire à taux par âge inchangés.

En France, l'impact de cette évolution mécanique au cours des vingt prochaines années a été chiffré à quelque 15 %, soit 1.4 point de PIB (Grignon, 2003), ou encore à 0.7 % par an (données de cadrage). Pour l'Europe, les perspectives sont un peu plus faibles : deux points de PIB en 50 ans (Martin, 2003), ou + 0.5 % de croissance par an (Barnard, 2003).

- *Effet morbidité*

La morbidité s'aggravant avec l'âge, le vieillissement aura un effet à la hausse sur les dépenses. Mais, l'espérance de vie augmente et l'espérance de vie sans incapacité semble en bénéficier. L'existence de cet « effet morbidité » (dans son volet « incapacité ») nécessite des hypothèses alternatives pour les services spécifiques aux âgés et atténuera la croissance inévitable des besoins de soins de long terme.

- *Effet génération*

Les générations qui ont subi la grande crise économique des années '20 ou qui ont vécu les années de privation de la guerre 40-45 et de l'après guerre, ont des habitudes de consommation marquées par un souci d'économie que ne partagent pas les générations suivantes (Leroy, 2003). En France, la CNAMTS confirme cette observation : l'accroissement de la consommation médicale des générations nouvelles par rapport aux précédentes est très net, notamment chez les personnes âgées (cf. section 2.3.1.4). Cette modification de comportement pourrait avoir un impact majeur sur la progression des dépenses dans les années à venir.

Inversement, la transformation du système de production a modifié profondément la vie des travailleurs et les conséquences du travail sur la santé. La disparition

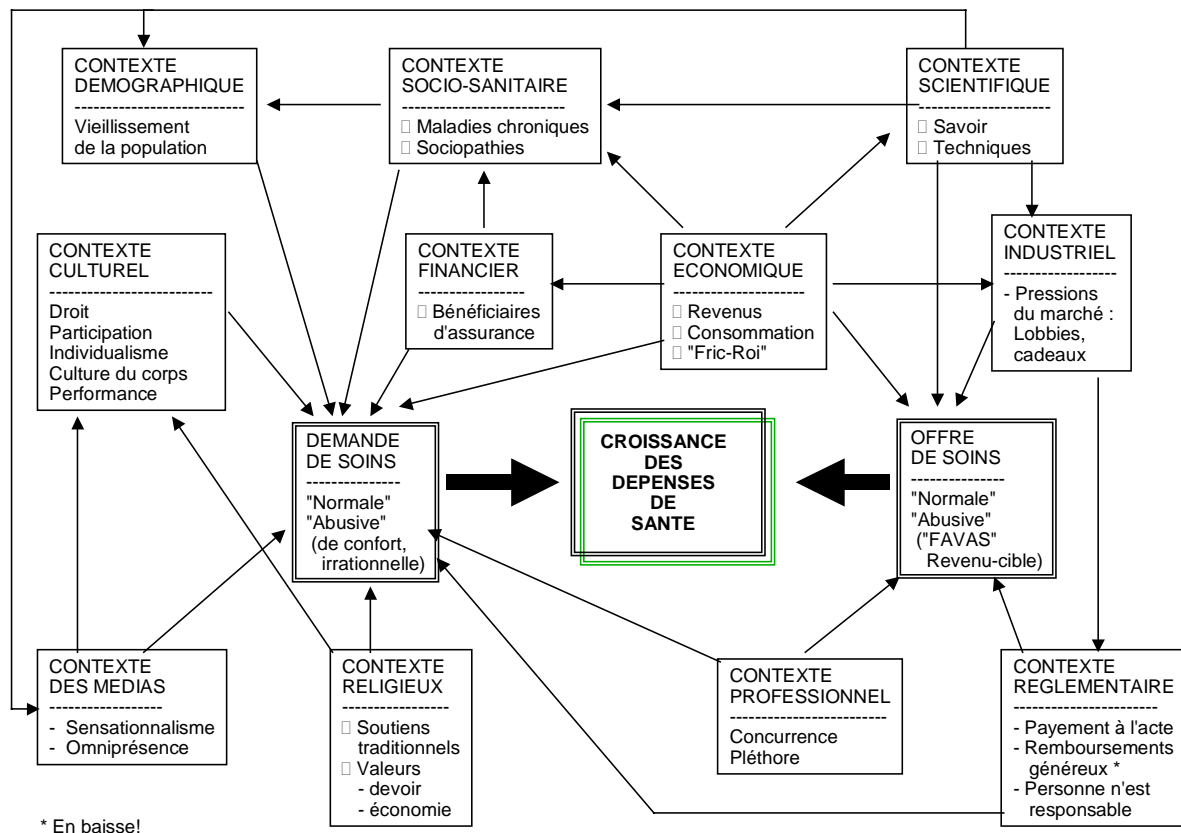
des industries extractives et la profonde mutation de l'industrie lourde ont permis d'améliorer les conditions de travail et l'EVS des travailleurs, même si des progrès restent à accomplir. L'étude de l'état de santé des travailleurs âgés dans les anciens bassins industriels, notamment en Wallonie, révèle l'importance des traces laissées par ces industries. On comprend alors mieux pourquoi la consommation de soins de ces régions est plus élevée. La morbidité ainsi générée marque ces générations maintenant âgées, mais elle ne s'effacera que progressivement. Inversement, la poussée du secteur des services dans notre société, pourrait à l'avenir avoir un effet bénéfique sur la santé des personnes devenues âgées.

- *Effet société*

Par ailleurs, le monde évolue ; les dépenses sont à la hausse pour d'autres raisons que l'âge et celles-ci continueront à exercer leur influence (cf. Figure 4.3). Ainsi, les besoins et la demande de soins de santé sont également liés aux conditions de vie, au mode de vie, au soutien familial et à la situation socio-économique. L'évolution sociale et culturelle (familles monoparentales, moins d'enfants, davantage de ménages d'une seule personne) pourrait notamment affaiblir les réseaux de soins informels et de solidarité, encore très présents aujourd'hui et augmenter ainsi les besoins de soins professionnels, notamment ceux liés à la dépendance. Quant aux progrès techniques, ils se traduisent souvent par des possibilités nouvelles de diagnostic et de traitement. Dans le passé, ces évolutions ont souvent eu des effets différents selon le stade d'avancement : poussant d'abord les consommations à la hausse, puis facilitant la prévention et donc le recul des maladies à moindre coût ; un exemple frappant est celui de la lutte contre la poliomyélite, commençant par de coûteux poumons artificiels, pour finir par un vaccin qui en a drastiquement diminué la fréquence. Actuellement, des espoirs particuliers se font jour dans le cadre de la lutte contre les démences.

Comment ces facteurs évolueront-ils à l'avenir et avec quelles conséquences sur les besoins et la consommation de soins. La santé de la population âgée va-t-elle s'améliorer ? Dans quelle mesure sera-ce grâce aux soins ? La propension à consulter le médecin va-t-elle croître ? La marchandisation des services permettra-t-elle à l'ensemble de la population d'accéder aux soins requis ? Ces facteurs ont fait et doivent encore faire l'objet d'études spécifiques. Nous y ferons écho autant que possible. Les facteurs présidant à la croissance de la consommation (et des besoins qui en découlent) ont été identifiés et leur impact sur les besoins à venir a été estimé par divers auteurs ; ils sont synthétisés à l'annexe 4, avec une attention spéciale pour ceux liés au vieillissement (Deliège et al, 2004a).

Figure 4.3 Facteurs d'accroissement des dépenses de santé



Source : Delière (2003a)

Parmi les nombreuses estimations disponibles, retenons le scénario suggéré par Lister (in Barnard, 2003) pour estimer l'évolution des dépenses de santé en Europe, entre 2000 et 2020 (hors croissance salariale) :

- + 0,5 % par an pour l'effet mécanique du vieillissement,
- + 0,5 % par an pour les changements de morbidité et les possibilités de traiter plus de maladies,
- + 0,75 % par an pour les attentes accrues des consommateurs,
- + 1,25 % par an pour les progrès des connaissances.

Ce n'est qu'un scénario parmi d'autres et rien ne prouve qu'il soit de stricte application pour la Belgique ; mais il concorde assez bien avec divers scénarios glanés dans la littérature.

1. Le volume des soins de santé et de l'hébergement

Nous aborderons successivement les diverses composantes des soins de santé : les soins médicaux, les hospitalisations, l'hébergement des personnes âgées, les soins et l'aide à domicile, les séances de kinésithérapie, les médicaments, les soins en fin de vie. Nous terminerons par un profil général.

Trois sources seront utilisées : a) les enquêtes de santé par interviews en Belgique (1997 et 2001), b) les données globales de l'INAMI et c) des résultats d'études particulières en Belgique et à l'étranger. Au sujet des enquêtes de santé, il faut éviter une interprétation hâtive de leurs résultats, car le nombre de personnes interrogées diminue avec l'âge ; plus les catégories deviennent plus fines, plus le risque d'erreur aléatoire devient important. Les intervalles de confiance (avec $\alpha = 95\%$) pour les données par âge sont d'ailleurs assez larges et se chevauchent souvent. Par ailleurs, les évolutions observées entre 1997 et 2001 doivent encore être confirmées, tant cette période (quatre ans) est courte ; elles doivent, en outre, être validées par l'observation des statistiques de l'INAMI. Enfin, il s'agit toujours de déclarations, lesquelles peuvent être entachées d'erreurs d'appréciation ou de trous de mémoire.

1.1. Les soins médicaux et dentaires

Le recours au médecin est un indicateur de base de la consommation de soins, car il constitue la porte d'entrée principale dans le système des soins de santé. Ultérieurement, les décisions médicales entraînent une série de soins dits « spéciaux » (cf. section 1.1.4). Pour les recours, nous examinerons les profils par âge, les évolutions récentes et les perspectives d'avenir.

1.1.1. Les profils de recours par âge

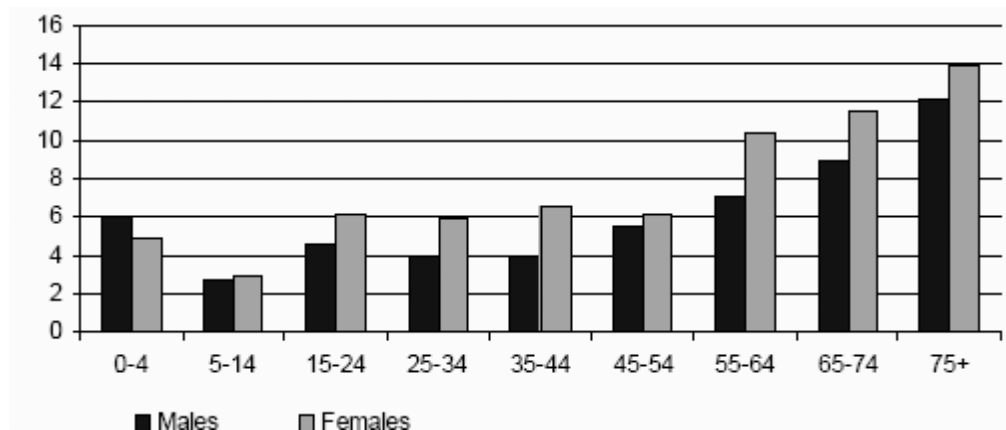
1.1.1.1. *Les recours aux généralistes*

Selon l'enquête de santé 2001, 81 % de la population déclarent *avoir vu un médecin généraliste* au moins une fois au cours de l'année écoulée. Ce taux s'accroît à partir de 55 ans : 85.3 % pour les 55-64 ans, 93.6 % pour les 65-74 ans et 95.9 % pour les 75

ans et plus. En Région bruxelloise, ces taux sont un peu plus faibles : 81 % chez les 55-64 ans, 88 % chez les 65-74 ans et 90 % chez les 75 ans et plus. Les chiffres sont similaires en France : 83.6 % en moyenne (Guilbert et al).

Le *nombre moyen de contacts* avec le médecin généraliste déclarés dans les enquêtes de santé (consultations, visites à domicile, avis par téléphone) est en 2001 de 6.5 par personne et par an en Belgique (5.0 en région bruxelloise, 6.9 en Flandre et 6.2 en Wallonie). Ce taux moyen est nettement plus élevé (+ 25 %) que celui de 5.2 enregistré la même année par l'INAMI pour le Régime Général ² (dont les taux apparaissent fort proches de ceux estimés pour la population globale, 1970-1999. Source : Deliege, non publié). En 1997, l'écart était nettement moindre : 5.9 d'après l'enquête, versus 5.5 selon l'INAMI. Plusieurs hypothèses peuvent être avancées pour expliquer ces discordances : les personnes acceptant de participer à l'enquête sont particulièrement intéressées par leur santé, ou contiennent par hasard une part trop importante de très gros consommateurs (on connaît la grande concentration des dépenses sur un petit nombre d'assurés) et/ou les assurés perdent une partie de leurs attestations et ne se font pas rembourser, ou encore que les taux annuels sont sur-estimés quand ils sont estimés à partir d'une période courte ... Quoi qu'il en soit, on peut faire l'hypothèse que l'écart touche toutes les catégories et que, notamment, les profils par âge reflètent bien la réalité.

Figure 4.4 Nombre moyen de contacts avec le généraliste, par groupe d'âges et sexe, 2001



Source : Enquête Santé par Interviews, 2001 (in Mestdagh, BFP, 2003)

La moyenne belge des contacts avec le généraliste augmente fortement avec l'âge : de 3.8 en 2001 pour les 0-14 ans, elle passe à 8.7 pour les 55-64 ans, à 10.4 pour les 65-74 ans et à 13.2 pour les 75 ans et plus (11.8 en Région bruxelloise). Les différences par âge sont significatives, même après ajustement pour le sexe et l'état

² Moyenne incluant les consultations, les visites, les visites majorées, les avis, les visites aux hospitalisés, l'assistance en ambulance, calculé sur les assurés qui ne recourent pas au forfait (estimation). Les moyennes estimées pour la population globale ne s'en écartent que d'1 ou 2 %.

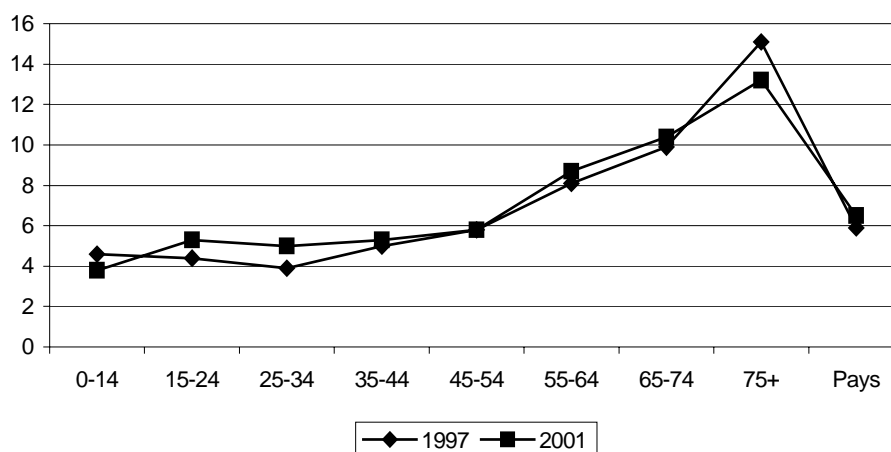
de santé ($p < 0.0001$). L'accroissement du nombre moyen de contacts avec le généraliste démarre globalement à partir de 45 ans pour les hommes et de 55 ans pour les femmes (cf. Figure 4.4). Excepté pour les 0-4 ans, les hommes déclarent moins de contacts avec leur généraliste que les femmes, particulièrement les 55-64 ans. On ne peut exclure ici un effet culturel, les hommes pouvant être moins enclins à reconnaître la fréquentation d'un médecin.

En 2001, le recours au généraliste est deux fois plus élevé pour les seniors. Par rapport aux 15-24 ans, le nombre moyen de contacts est de 1.96 fois plus élevé pour les 65-74 et 2.49 fois plus élevé pour les 75 ans et plus.

En 1997, le nombre moyen de contacts était 2.25 fois plus élevé pour les 65-74 et 3.43 fois plus élevé pour les 75 ans et plus, mais sur une si courte période (4 ans), on ne peut conclure à une atténuation des écarts.

Ce rapport est proche de celui calculé par Delière (2000) à partir des données de l'INAMI : de 1988 à 1999, les veuves et les pensionnés ont eu un taux de recours au généraliste de 2.4 à 2.6 fois plus élevé que les actifs (10.5 *versus* 4.1 en 1997)³, le rapport s'élargissant au fil du temps.

Figure 4.5 Nombre moyen de contacts avec le généraliste, selon l'âge et l'année



Source : Enquête de Santé - HIS, graphique UCL-SESA

En France, le nombre moyen de contacts avec le médecin (généralistes et spécialistes) est passé de 5.9 en 1970, à 8.4 en 1980 et à 10.4 en 1991 chez les personnes âgées de 60 ans et plus (voir détails au Tableau 4-1). Il semble que les femmes consultent toujours un peu plus que les hommes, tout comme en

³ Calculé à partir des séances (y compris avis, visites à l'hôpital et assistance en ambulance), remboursées dans le Régime général, d'une part pour les veuves et les pensionnés, d'autre part pour les « actifs » (TIP et invalides). Calculs : UCL-SESA - Données de base: INAMI in Info-Santé.

Belgique, et pas seulement aux âges féconds. De même, la fréquence des recours croît dès l'adolescence pour les femmes, un peu plus tard pour les hommes, et cet accroissement est progressif jusqu'aux âges avancés (Ankri, Henrard, 1994). La cassure de la pente de la courbe des recours s'effectue aux alentours de 45 ans, soit une décade plus tôt qu'en Belgique (cf. Figure 4.5).

Tableau 4-1 Recours aux médecins (généraliste et spécialiste) selon le sexe et l'âge dans la population âgée, France, 1970-1991

Age	Hommes			Femmes		
	1970	1980	1991	1970	1980	1991
60-69	5.0	6.9	8.7	5.7	7.6	9.9
70-79	5.9	8.5	10.5	6.0	9.2	10.7
80+	4.9	8.8	11.0	4.3	9.5	11.7

Source : Ankri J, Henrard JC (1994)

Concernant la *durée de séances* (consultations et visites) avec le généraliste, elle est, aux Pays-Bas, plus élevée pour les plus âgés, près de deux fois plus pour les 75 ans et + (Hingstman et al, 1998). Toutefois, en moyenne, la durée de consultation est beaucoup plus longue en Belgique, de sorte que ce surcroît de temps ne se reproduit pas nécessairement dans notre pays ; il se peut au contraire que, moyennant des consultations plus fréquentes, la durée y soit plus courte.

Chez les Belges de 65 ans et plus, en 2001 tout comme en 1997, les problèmes cardiovasculaires constituent la principale *raison de contact* avec le médecin généraliste (41 % des contacts chez les hommes et 44 % chez les femmes en 2001), suivis des problèmes du système respiratoire (24 % des contacts chez les hommes et 17 % chez les femmes en 2001) et des problèmes du système locomoteur (quelque 20 %).

Les *visites à domicile* sont plus fréquentes pour les patients plus âgés, de même que leur part dans l'ensemble des services : jusque 54 ans, la proportion des visites à domicile est de près de 20 % dans l'enquête de santé (sauf pour les garçons de 0-14 ans : 33 %) ; à partir de 55 ans, ce pourcentage augmente, pour atteindre 78 % chez les 75 ans et plus. Les statistiques de l'INAMI (Régime général) confirment à cet égard le large écart (de 1 à 2) entre les aînés (pensionnés et veuves) et les autres assurés. Mais la moyenne globale se situe à un niveau nettement supérieur : 46 % de visites en 1997, 41 % en 2001, *versus* ± 35 % dans les deux enquêtes de santé.

Les personnes âgées déclarent plus souvent avoir un *médecin fixe* que les jeunes (97.5 % des plus de 64 ans); mais même parmi les jeunes de 25-34 ans (qui sont les moins nombreux à avoir un médecin fixe), le pourcentage se situe encore à 91 %, tant chez les hommes que chez les femmes. Les résultats sont moins élevés

en Région bruxelloise : 75.2 % des 0-14 ans, 93.2 % des 65-74 ans et 90.8 % des 75 ans et plus ont un médecin attitré.

Par ailleurs, près de la moitié (49.4 %) des contacts entre le médecin et les personnes de 75 ans et plus se font, selon les individus interviewés, à l'initiative du médecin, contre 7.5 % des contacts chez les 15-24 ans, 28 % chez les 65-74 ans.

Les personnes âgées de 65 ans et plus déclarent plus de contacts avec le généraliste (en moyenne deux à trois fois plus), ce qui est confirmé par les statistiques de l'INAMI. Elles ont plus souvent un médecin fixe et privilégient très nettement les visites à domicile. En Région bruxelloise, le nombre moyen de contacts et le pourcentage de personnes âgées ayant un médecin attitré sont moins élevés comparé aux autres régions.

Parmi les personnes de 75 ans et plus, près de la moitié de ces contacts se font à l'initiative du généraliste, soit nettement plus que parmi les jeunes. Aux Pays-Bas, les contacts avec les aînés ont, en moyenne, une durée plus longue.

La part des visites à domicile diminue fortement avec le temps, y compris pour les personnes âgées et ce mouvement s'est accéléré récemment.

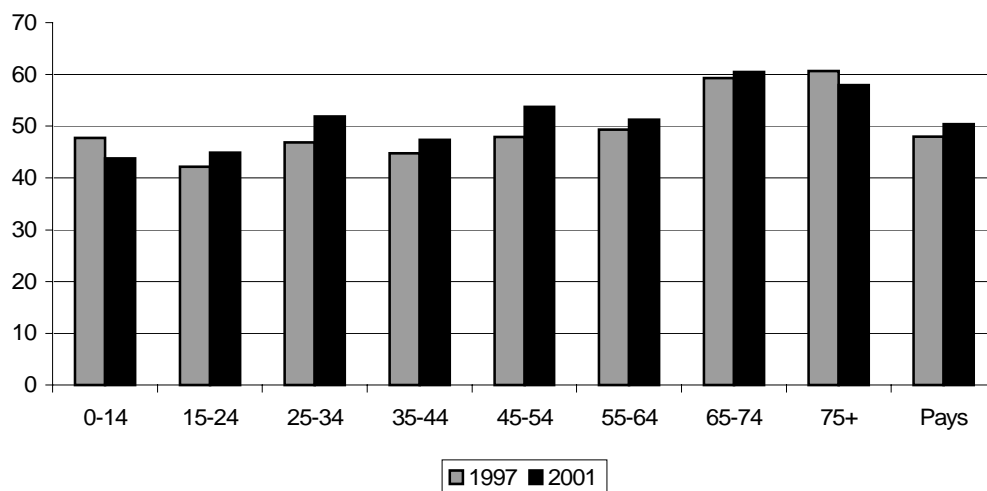
1.1.1.2. Les recours au spécialiste

Dans les analyses qui suivent, les contacts avec le spécialiste incluent ceux à l'hôpital ou en privé, en urgence et par téléphone (« contacts ambulatoires »), mais pas les contacts lors du séjour à l'hôpital.

Selon les enquêtes de santé, la moitié de la population belge déclare avoir consulté un médecin spécialiste au cours de l'année écoulée, les femmes un peu plus souvent que les hommes (57 % contre 44 %). Cet indicateur assez stable avant 65 ans (43-53 %) est plus élevé pour les aînés (cf. Figure 4.6), tant pour les femmes que pour les hommes (58-61 % en moyenne).

Le nombre moyen de contacts déclarés avec le spécialiste par an et par individu s'élève à 3.2 en 2001 contre 2.5 en 1997 (Figure 4.9). Comme pour les généralistes, cette moyenne est en 2001 très supérieure (+ 33 %) à celle enregistrée par l'INAMI (2.4), alors qu'en 1997 les deux moyennes étaient proches (2.2 pour l'INAMI).

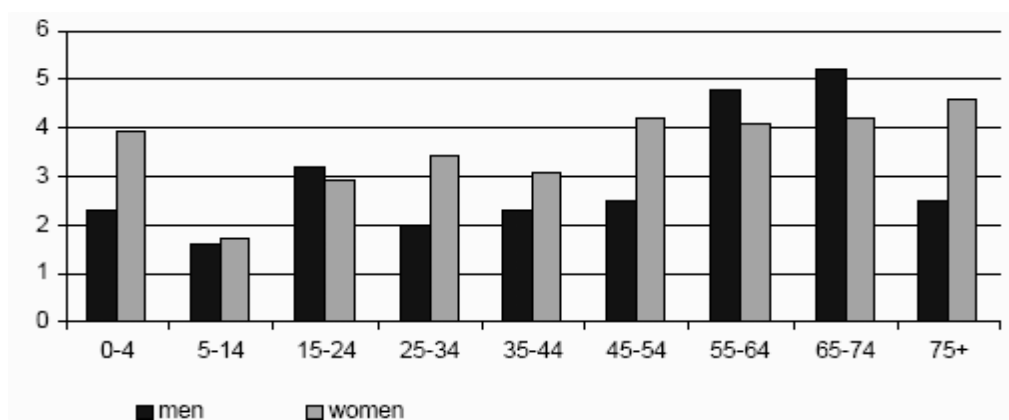
Figure 4.6 Individus ayant eu au moins un contact avec le médecin spécialiste au cours de l'année écoulée : % selon l'âge, en 1997 et 2001



Source : Enquête de Santé - HIS, (graphique UCL-SESA)

Sauf erreur due au faible échantillonnage, le *profil des contacts selon l'âge* est irrégulier (Figure 4.7) : plus élevés dès 45 ans pour les femmes, les taux de recours se stabilisent ensuite, un peu au-delà de 4 contacts par personne. Par contre, les hommes doublent pratiquement leurs contacts avec le spécialiste entre 55 et 74 ans (autour de 5 contacts), pour retomber après 75 ans au niveau des femmes adultes (2 à 2.5 entre 25 et 45 ans). On observe un phénomène analogue en France : à partir de 65-70 ans, les soins de spécialiste, mais aussi de dentiste et de kinésithérapeute diminuent (Mizrahi et Mizrahi, 1997).

Figure 4.7 Nombre moyen de contacts avec le spécialiste, par groupe d'âges et sexe, 2001



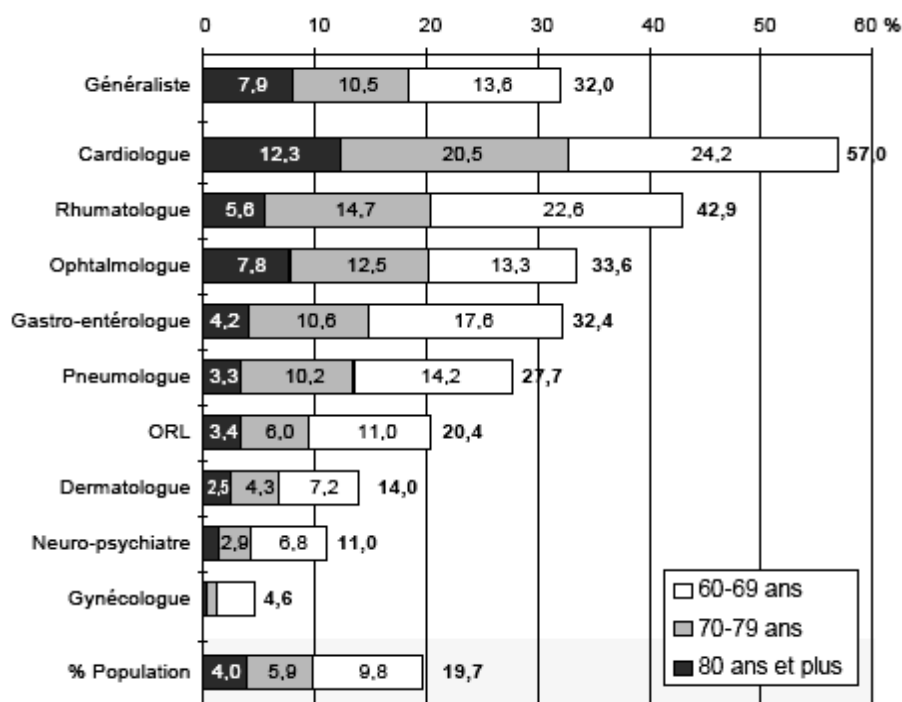
Source : Enquête Santé par Interview, 2001 – Bureau Fédéral du Plan

Sans différenciation de genre, le taux de recours des 75 ans et plus est 1.3 fois plus élevé que celui des 15-24 ans, celui des 65-74 ans 1.57 fois plus élevé et celui des 55-64 ans 1.5 fois plus élevé.

Selon Deliège (2002), se basant sur les données globales de l'INAMI, le taux de recours au spécialiste des veuves et des pensionnés était, en 1999, 1.28 fois plus élevé que celui de l'ensemble des actifs et personnes à charge. Ce rapport s'élargit avec le temps (1.13 en 1988) et est inférieur à celui indiqué par les enquêtes de santé.

En France, les séances des patients âgés (20 % de la population) représentent une part particulièrement importante de l'activité des cardiologues (57 %), des rhumatologues (43 %) et des ophtalmologues (34 %) (Figure 4.8).

Figure 4.8 Répartition des séances par âge et spécialité (France 1992)



Source : Aguzzoli F, Le Fur Ph, Sermet C (1994) in Mizrahi, A, Mizrahi A (1997).

Il existe aussi des *différences régionales* : en moyenne 4.6 contacts en Région bruxelloise, 3.8 en Région wallonne, 2.7 en Région flamande en 2001. Rappelons que des différences analogues existent au sein de chaque région. Par ailleurs, elles peuvent s'expliquer par des différences de structure de population. Ainsi Diels (2001) a montré par exemple que nombre de différences régionales en matière de

dépenses de santé s'estompent en standardisant selon le niveau de consommation nationale par catégorie d'assurés.

Pour pouvoir conclure à une influence régionale sur les recours aux médecins, il faudrait pouvoir tenir compte de l'état de santé des populations régionales. Une étude interuniversitaire (programme DEFI SANTE, Phase II, 1994) a analysé la consommation différentielle de soins et de services des personnes âgées en Communauté française⁴ (Leroy et al, 1994a ; Gevers et al, 1994). Même lorsque le niveau moyen de consommation diffère d'une Région à l'autre, - c'est notamment le cas pour les séances de médecins spécialistes plus fréquentes à Bruxelles qu'en Wallonie, alors que pour les soins infirmiers c'est l'inverse, - le facteur régional n'est pas retenu comme facteur explicatif, quand les données individuelles sont soumises à une régression logistique incluant des indicateurs de morbidité et de dépendance. Ce sont ces derniers qui expliquent l'hospitalisation et sa durée, la fréquence des consultations médicales et celle des prestations infirmières.

Une observation analogue avait déjà été faite antérieurement à propos des VIPO (Deliège D, Gommers A, Leroy X et al, 1985) : il y avait à cette époque davantage de personnes âgées en Wallonie présentant plus d'une maladie confirmée (12.3 % contre 8.9 % en Flandre et 7.3 % à Bruxelles) et la proportion de personnes présentant un nombre élevé de systèmes atteints (3 et plus) y était plus élevée. Par contre, le degré de dépendance fonctionnelle était plus élevé en Flandre, ce qui concerne davantage les soins infirmiers et kinésithérapeutiques que les recours aux médecins.

Globalement, le nombre moyen de contacts des aînés avec le spécialiste est supérieur à celui des moins âgés, mais l'écart est nettement moindre que celui observé pour les contacts avec le généraliste.

Le nombre moyen de contacts avec le spécialiste diminue au-delà de 74 ans pour les hommes. On peut se demander si cette modération subsistera avec le renouvellement des générations. Selon les statistiques de l'INAMI, l'écart entre les aînés et les plus jeunes s'élargit d'ores et déjà avec le temps.

⁴ Base : données réunies par deux enquêtes menées en 1992 à Bruxelles par le CRIV/UCL et en Wallonie par le département d'économie des FUNDP

1.1.2. Evolution chronologique des séances de médecins

1.1.2.1. *Evolution numérique*

L'évolution des **recours au médecin** est dans l'ensemble nettement à la hausse (cf. Tableau 4-3). Jusqu'en 1996, généralistes et spécialistes en bénéficiaient. Depuis lors, les **recours aux généralistes ont connu un renversement de tendance** : de 1996 à 2003, ceux-ci ont légèrement reculé (de 5.6 à 5.1, soit - 8 % en taux par habitant dans le Régime général de l'INAMI ⁵), contrairement à la croissance observée au cours des trois décennies précédentes (de 4.3 à 5.6, soit + 31 % de 1966 à 1996).

Les enquêtes de santé montrent au contraire une augmentation du nombre moyen de contacts avec un généraliste au cours des années récentes, tant pour les femmes que pour les hommes (en moyenne de 5.9 à 6.5, entre 1997 et 2001) ; sauf pour les femmes de 75 ans et plus : chute de 17,5 à 14 (Figure 4.5). Cette différence n'est cependant pas significative après ajustement pour le sexe et l'âge.

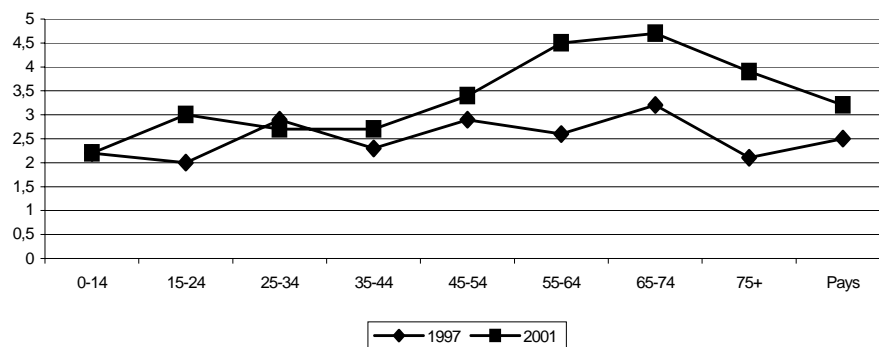
Les statistiques globales de l'INAMI permettent de constater la *régression constante de la part des visites* dans les séances de généraliste : de 57 % en 1968, la baisse, d'abord lente, s'est accélérée depuis 1996, pour aboutir à une part de 39 % en 2003. Ces pratiques nouvelles n'épargnent pas les personnes âgées : de 1988 à 1999, la part des visites dans les séances de généralistes des Pensionnés et Veuves a régressé de 73 % à 64 %, ce qui reste néanmoins une fraction très confortable pour le patient au regard des pratiques dans nombre d'autres pays développés.

Quant aux **recours aux médecins spécialistes**, leur *croissance est à la fois plus rapide* : + 86 % par habitant en trois décennies (1966-1996, données de l'INAMI) et *continue* (la croissance se poursuit : + 7 % de 1996 à 2003). En outre, les spécialistes exercent une médecine plus technique que par le passé, avec des taux de croissance des actes dits "spéciaux" (non pris en compte ici), nettement plus élevés que ceux des recours (cf. section 1.1.4.).

Dans les enquêtes de santé, le léger accroissement du *nombre de personnes ayant fait appel à un spécialiste* en 2001 par rapport à 1997 (essentiellement parmi les adultes de 25-54 ans) n'est pas significatif après ajustement pour l'âge et le sexe.

Par contre, des croissances très nettes s'observent pour le *nombre moyen de contacts avec un spécialiste* pour les aînés : + 86 % pour les plus de 75 ans, entre 1997 et 2001, + 47 % pour les 65-74, + 73 % pour les 55-64 (cf. Figure 4.9).

⁵ Ces taux sont calculés hors assurés ayant choisi le système de forfait.

Figure 4.9 Contacts avec le spécialiste, moyenne par an et par individu, selon l'âge, 1997 et 2001

Source : Enquête de Santé par interviews, Graphique UCL-SESA.

Le rapport des contacts généralistes / spécialistes est à la baisse : selon l'INAMI, il est passé de 3.5 en 1966 à 2.0 en 2003, avec une baisse constante à travers le temps (cf. Tableau 4-2).

Tableau 4-2 Rapport des contacts généralistes / spécialistes

1966	1970	1980	1990	1997	2001	2003
3.5	3.2	2.9	2.7	2.4	2.1	2.0

Source : données INAMI (in Info-Santé) – Calculs UCL

Il y a là une confirmation d'un phénomène de substitution, dont l'effet sur l'amélioration de la santé reste à démontrer. Selon l'enquête de santé (2001), ce rapport s'accroît fortement avec l'âge : les hommes de plus de 74 ans ont en moyenne cinq fois plus de contacts avec le généraliste qu'avec le spécialiste (4.6 fois plus chez les femmes). Reste à savoir si cette particularité subsistera avec le temps ou si, au contraire, les adultes d'aujourd'hui conserveront leurs habitudes quand ils seront plus âgés.

1.1.2.2. Facteurs de croissance

Deliège (2004b) a analysé l'effet respectif du vieillissement et des autres facteurs sur la croissance des recours au médecin dans le passé, en se basant sur les profils par âge de l'enquête de santé de 1997 (lesquels se sont déjà révélés fort différents en 2001). Sur cette base, l'effet mécanique des changements des structures d'âges apparaît très faible dans le passé (cf. Tableau 4-3) : 5 % pour les généralistes et 2 % pour les spécialistes, en trois décennies (1970-1999) ! Le développement total des recours est beaucoup plus important (respectivement 19 et 82 %) et semble donc surtout dû à d'autres facteurs (respectivement 14 et 79 %). Selon l'auteur, ces premières analyses devront être renouvelées sur base des profils de consommation par âge de l'enquête 2004 (surpondérant les âgés) et de séries INAMI prolongées.

Tableau 4-3 Recours au médecin : effet du vieillissement et d'autres facteurs (index 1968 = 1)

	1970	1980	1990	1999
Séances de généralistes				
Evolution totale par habitant (a)	1,06	1,16	1,22	1,19
Effet vieillissement (b)	1,00	1,01	1,03	1,05
Evolution due à d'autres facteurs	1,06	1,15	1,19	1,14
Séances de spécialistes				
Evolution totale par habitant (a)	1,16	1,42	1,60	1,82
Effet vieillissement (b)	1,00	1,01	1,01	1,02
Evolution due à d'autres facteurs	1,15	1,40	1,58	1,79

(a) Moyennes calculées sur base des consommations dans l'ensemble des assurances (Inami, Petits risques, Ossom, marins, SNCB, ...) et estimation pour la population non couverte.

(b) A recours par âge constants (profil de consommation par âge de 1997, selon enquêtes de santé).

Source : Calculs UCL (Deliège), basés sur les données d'assurance et sur l'enquête de santé 1997.

Selon les données INAMI, le taux de recours aux généralistes a reculé dans les années récentes (- 8 % de 1996 à 2003), contrairement à la croissance observée au cours des trois décennies précédentes (+ 31 %).

Selon cette source, le taux de recours aux spécialistes a au contraire continué à croître pendant cette période (+ 7 %), prolongeant une croissance continue et rapide au cours des trois décennies antérieures (+ 86 % de 1966 à 1996). Aussi, le rapport des contacts généralistes/spécialistes est-il à la baisse.

Sur base des profils de consommation par âge de l'enquête de 1997, l'effet mécanique des changements de la pyramide d'âge apparaît très faible dans le passé : + 5 % pour les généralistes et + 2 % pour les spécialistes (1970-1999), selon Deliège qui souligne que cette estimation devra être revue à partir des profils de consommation des enquêtes ultérieures.

1.1.3. Perspectives d'avenir

Selon Bogaert, De Maeseneer et al (1996), la simple évolution démographique entraînera une croissance des besoins en médecins pour la population totale belge, à consommation par âge constante, de + 8.9 % en 2010 et de + 14.4 % en 2020 (base 1997). Cette perspective tient compte de la croissance de la population et de son vieillissement (sans précision sur leur impact respectif).

Nous avons extrapolé les tendances du passé selon quatre scénarios en se basant d'une part sur les tendances longues (1968-1999, scénarios 11 et 21) et d'autre part sur les tendances récentes, plus probables : 1989-1999 (scénarios 12 et 22). Par ailleurs, elle a distingué :

- les tendances de fond ⁶ (évolution des taux de recours par habitant, due à un ensemble de facteurs, dégagés de l'effet « vieillissement ») ;
- l'effet global, en combinant ces tendances de fond avec l'effet dû à la déformation attendue des structures d'âges (effet « vieillissement » calculé à consommation par âge constante, selon les profils de 1997).

Tableau 4-4 Taux de recours par habitant : évolution passée et perspectives 2014 - 2019

RESUME	1970	1980	1990	2003	2009	2014	2019	<i>Index 2019/ 99 (tendance)</i>
S.Généralistes Observées RG	4.65	5.23	5.54	5.11				
S.Spécialistes Observées RG	1.44	1.82	2.06	2.43				
Croissance des recours, hors effet pyramide d'âges, estimé pour population globale								
S.Généralistes Hyp.21 log					5.36	5.39	5.42	<i>1,05</i>
Idem Hyp.22					4.98	4,83	4,68	<i>0,89</i>
S.Spécial. Hyp.21					2.57	2,70	2,84	<i>1,25</i>
Idem Hyp.22					2.57	2,71	2,85	<i>1,24</i>
Croissance totale des recours, y compris effet pyramide d'âges, estimé pour population globale								
S.Généralistes Hyp.11 log					5.84	5.97	6.08	<i>1,14</i>
Idem Hyp.12					5.28	5,20	5,11	<i>0,96</i>
S.Spécial. Hyp.11					2.60	2,75	2,90	<i>1,25</i>
Idem Hyp.12					2.59	2,74	2,89	<i>1,24</i>
Tendances linéaires (sauf tendance logarithmique pour les tendances longues des recours aux généralistes)								
1970-99 : Moyennes calculées en tenant compte des consommations enregistrées dans l'ensemble des assurances (Inami, Petits risques, Ossom, marins, SNCB, ...) et estimation pour la population non couverte.								
2009-19 : Scénarios 11 et 21 : tendances longues - 1968-1989 (11 avec effet vieillissement et 21 sans) Scénarios 12 et 22 : tendances récentes - 1989-1999 (12 avec effet vieillissement et 22 sans).								
Source : Delière D, UCL-SESA, sur base des données de l'INAMI (in Info-Santé pour le passé).								

Le Tableau 4-4 et la Figure 4.10 illustrent les évolutions différenciées, selon que l'on prolonge les tendances longues ou les tendances récentes ; outre les perspectives globales, on a indiqué celles hors effet vieillissement (= « tendance

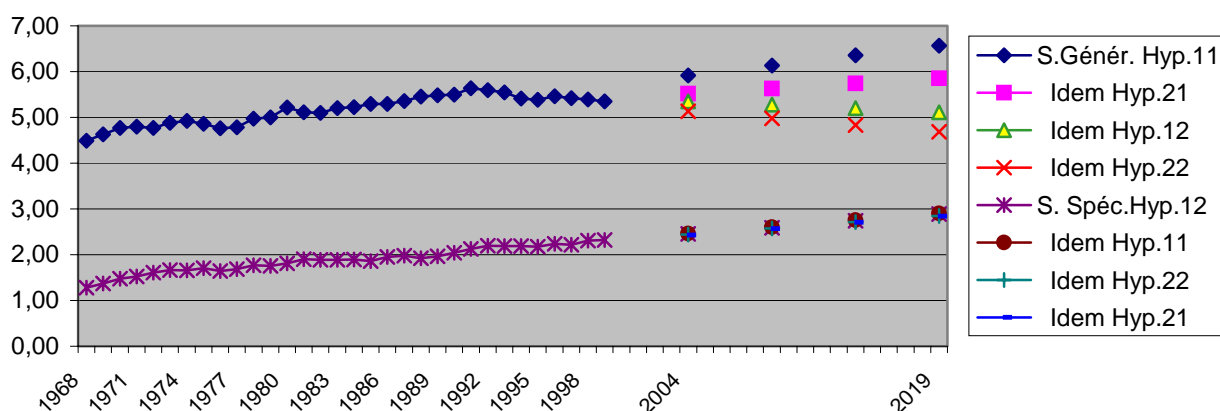
⁶ Ce concept est proche de celui de "tendance lourde" utilisé par le Bureau du Plan. Il s'en distingue, par le fait qu'il ne s'agit ici que des recours (= demande directe), alors que le Bureau du Plan inclut aussi les autres consommations (notamment la croissance de la technicité, beaucoup plus rapide) et l'effet "prix".

de fond »). Le scénario 12 (tendances récentes avec vieillissement) est le plus plausible.

- Pour les recours au généraliste,

Les tendances récentes indiquent une réduction à venir (cf. Figure 4.10, lignes Δ et x), soit en net recul par rapport à la progression attendue selon les tendances longues, que ce soit avec ou sans l'effet du vieillissement (lignes supérieures \blacklozenge et \blacksquare). L'évolution pourrait être encore plus faible si l'arrivée aux âges avancés de nouvelles générations coïncidait avec un recours accru au spécialiste parmi les aînés. Une modification du système pourrait évidemment modifier la donne, notamment si de nouvelles fonctions étaient financées (par exemple : éducation à la santé, coordination des soins à domicile, dépistage de la fragilité, soins palliatifs, ...) ou si le passage par le généraliste était imposé avant recours au spécialiste.

Figure 4.10 Taux de recours par habitant : évolution passée et perspectives



Scénarios 11 et 12 - Evolution globale : évolution des recours, **et** modification des structures d'âges,

Hypothèse 11 : tendances **longues** (1968-1999) (\blacklozenge)

Hypothèse 12 : tendances **récentes** (1989-1999) (Δ)

Scénarios 21 et 22 - Tendance de fond : évolution des recours, **hors** modification des structures d'âges, Hypothèse 21 : tendances **longues** (1968-1999) (\blacksquare)

Hypothèse 22 : tendances **récentes** (1989-1999) (x)

NB Le graphique montre l'effet des tendances linéaires, y compris pour les tendances longues.

Source : Delière D, UCL-SESA, sur base des données de l'INAMI, in Info-Santé.

L'effet du vieillissement apparaît ici beaucoup plus important que par le passé. En s'en tenant aux tendances récentes, il permet d'atténuer nettement le recul possible des recours au généraliste (- 4 % en 20 ans, au lieu de - 11 %). Si les tendances longues poursuivaient leur cours, la croissance potentielle serait accentuée (+ 14 % au lieu de + 6 %). Pour les recours au généraliste, l'impact de l'âge exercera donc une influence au moins égale à celle de la "tendance de fond".

- Pour les recours au spécialiste,

Les tendances longues et récentes se confondent pratiquement, de même que celles avec et sans vieillissement. Si l'on s'en tient aux profils de consommation de l'enquête de 1997, l'effet vieillissement paraît donc quasi nul. Ce paradoxe provient du fait que, en 1997, les taux des groupes âgés étaient relativement peu différents de ceux des plus jeunes (index par rapport aux de 15-24 ans : 1.3 pour le groupe 55-64, 1.6 pour les 65-74 ans, et 1.05 après 75 ans !). Dans l'enquête de 2001, les écarts se sont accentués pour certains groupes (index = 1.5 pour le groupe 55-64 ans, 1.6 pour les 65-74 ans et 1.3 après 75 ans !). Vu les profils de consommation par âge nettement plus accentués en 2001, il importe de recalculer ces perspectives sur base des résultats des enquêtes ultérieures (surpondérant les aînés) et des données les plus récentes de l'INAMI.

Même hors vieillissement, le développement potentiel paraît très rapide (+ 24 % entre 1999 et 2019), sous la poussée d'autres facteurs (= la "tendance de fond"), dont probablement le développement des techniques, la vogue de recours aux hôpitaux et la substitution graduelle de spécialistes aux généralistes, ... Cette croissance pourrait s'accroître si les aînés de demain se mettaient à recourir davantage aux spécialistes, comme les adultes d'aujourd'hui. Selon les données de l'INAMI et des enquêtes de santé de 1997 et de 2001, le mouvement est déjà en cours (cf. 1.1.1.2). Les effets éventuels du numerus clausus sur l'accessibilité aux soins n'ont pas été estimés dans projections,

*Pour les taux de recours au **généraliste**, les perspectives indiquent une probable réduction à venir des taux par habitant, du moins si les tendances récentes se poursuivent ; la progression éventuelle (calculée selon les tendances longues) est moins probable. L'effet du vieillissement permettra d'atténuer le recul possible des recours au généraliste sous l'hypothèse des tendances récentes ; il accentuerait la croissance potentielle si les tendances longues s'avéraient plus pertinentes.*

*Par contre, en **médecine spécialisée**, les tendances longues et récentes se confondent pratiquement, de même que celles avec et sans vieillissement : + 24 % par habitant en deux décennies (2000-2020). Le développement potentiel paraît donc important, sous la poussée d'autres facteurs que le vieillissement. Si les enquêtes ultérieures révèlent des profils par âge plus creusés, la tendance de fond pourrait être revue à la baisse, mais l'effet de l'âge sera accentué. L'effet génération pourrait s'intensifier avec le vieillissement des générations habituées à recourir davantage au médecin que leurs aînés ayant connu la guerre. Plusieurs indicateurs montrent que cette évolution est déjà en cours.*

1.1.4. Soins spéciaux des médecins

Les soins spéciaux forment une partie substantielle de l'activité des spécialistes et leur croissance par assuré est nettement plus rapide que celle des recours : de 3 à 9 % par an pour la plupart d'entre eux (1975-1995), contre 1,4 % par an seulement pour les séances de spécialistes au cours de la même période (Deliège, sur base des données INAMI, Régime général, in Info-Santé).

La part prise par les soins aux personnes âgées varie beaucoup selon le type de soins. Ainsi, on a pu retracer la part des Pensionnés et Veuves dans l'ensemble des soins de 1988 à 1995, par type de prestations, regroupées par « code comptable ». Cette population majoritairement âgée couvre 20 à 21.5 % des assurés au cours de la période considérée (y compris personnes à charge). Le Tableau 4-5 montre, pour chaque type de prestations, les parts minimales et maximales prises par les catégories âgées (Pensionnés et Veuves) et identifie les rubriques où cette part est particulièrement élevée : par une * si la valeur minimale excède 25 % et par deux ** si cette part dépasse 50 % au moins pour une année de la période considérée. Nombreuses sont les prestations dont la moitié ont été fournies au moins une année à ces catégories de bénéficiaires : avis, visites de généralistes et aux patients hospitalisés, consultations de cardiologue, ECG, soins spéciaux de médecine interne, de neuropsychiatrie, de dialyse et de radiothérapie, interventions percutanées, médecine nucléaire in vivo et biologie hospitalière, urologie, et réanimation. Ces rubriques risquent donc d'être particulièrement poussées à la hausse par le vieillissement. D'autres rubriques sont dans le même cas, mais uniquement pour les prestations lourdes dans leur domaine : la chirurgie (abdominale, thoracique, vasculaire, ophtalmique et l'orthopédie) et la gynéco-obstétrique.

Tableau 4-5 Part des prestations pour Pensionnés et Veuves dans le total des prestations INAMI (%)

Régimes Général et des indépendants Part mini et maxi 1988-1995	Part Minimale	Part maximale	* = min > 25 % ** si au moins une fois > 50 %
Avis du médecin	41,6 %	56,0 %	**
Consultations du généraliste	21,1 %	24,5 %	
Visites généraliste	54,0 %	58,0 %	**
Visites méd. à un hospitalisé	58,5 %	68,3 %	**
Assistance médicale en ambulance	44,3 %	48,3 %	*
TOT SEANCES GEN. SAUF VIS.MAJOR.	35,9 %	37,8 %	*
Visites à tarif majoré	60,4 %	65,9 %	**
Consultations interniste	37,0 %	41,5 %	*
Consultations neurologue, psychiatre	19,9 %	23,7 %	
Consultations cardiologue	51,5 %	57,4 %	**
Traitements psychothérapeutiques	6,8 %	8,6 %	
Consultations d'autres spécialistes	23,2 %	25,8 %	
TOTAL SEANCES SPECIALISTES	22,6 %	25,1 %	
Soins médicaux - Forfait centres	12,2 %	14,9 %	
Suppléments consultations urgentes	12,2 %	14,4 %	

Actes médicaux courants	29,7 %	37,5 %	*
Physiothérapie courante	38,6 %	38,6 %	*
Biologie clinique courante	41,2 %	44,7 %	*
TOTAL ACTES MEDICAUX COURANT	41,1 %	44,2 %	*
Médecine interne	41,6 %	58,5 %	**
Pneumologie	36,0 %	45,2 %	*
Gastroentérologie	40,2 %	43,2 %	*
Cardiologie	47,4 %	52,6 %	**
Neuropsychiatrie	32,3 %	34,6 %	*
Examens électrocardiographique	51,4 %	56,0 %	**
Dialyse rénale-honoraires méd.	59,6 %	60,1 %	**
TOTAL MEDECINE INTERNE	43,4 %	47,8 %	*
PONCTIONS	46,6 %	49,6 %	*
INTERV.PERCUTANEE(IMAGERIE)	45,4 %	52,6 %	**
DERMATO-VENEROLOGIE	16,5 %	19,2 %	
Total physiothérapie	40,9 %	46,7 %	*
Radio et radium thérapie	50,3 %	54,8 %	**
Radio-isotopes liquides	52,7 %	56,4 %	**
Tests médecine nucléaire in vivo	43,7 %	50,0 %	**
TOT. MED. NUCLEAIRE IN VIVO	45,0 %	50,7 %	**
Actes médicaux - urgence	32,1 %	35,1 %	*
Actes méd. Spécial. : autres	17,9 %	23,4 %	
TOT.SPEC. SF BIOL.-IMAGERIE	39,6 %	44,1 %	*
Biologie clinique : paiement/acte	39,6 %	44,4 %	*
Biologie clinique: compléments	14,6 %	33,0 %	
Biologie clinique: Forfait garde, urgence	32,1 %	51,1 %	**
Biologie clin. : Forfait/j. d'hospitalisation	52,1 %	54,2 %	**
Biologie clinique: Forfait ambulatoire	33,9 %	36,4 %	*
Anatomo-pathologie	23,6 %	27,1 %	
Examens génétiques	8,5 %	11,0 %	
Tests médecine nucléaire in vitro	26,2 %	29,9 %	*
Radiodiagnostic par spécialistes	35,9 %	35,9 %	*
Radiodiagnostic par connexistes	36,5 %	36,5 %	*
Imagerie médicale-radiodiagnostic	30,7 %	36,5 %	*
Imagerie médicale-échographie	29,4 %	33,8 %	*
Radiographies dentaires	11,2 %	12,5 %	
TOTAL IMAGERIE MEDICALE et DENT	27,3 %	32,6 %	*
Chirurgie générale K76 à K 399	30,2 %	33,8 %	*
Chirurgie générale K75 et -	14,2 %	16,8 %	
TOTAL CHIRURGIE GENERALE	15,7 %	18,7 %	
Neurochirurgie K400 et plus	30,6 %	41,4 %	*
Neurochirurgie K76 à K399	25,7 %	31,4 %	*
Neurochirurgie K75 et moins	18,6 %	33,3 %	
TOTAL NEUROCHIRURGIE	28,1 %	33,5 %	*
Chirurgie plastique K400 et +	10,5 %	32,4 %	
Chirurgie plastique K76 à K399	19,9 %	22,1 %	
Chirurgie plastique K75 et -	23,6 %	28,8 %	
TOTAL CHIRURGIE PLASTIQUE	21,3 %	23,0 %	
Chirurgie abdominale N600 et +	58,6 %	62,8 %	**
Chirurgie abdominale N126-N599	30,4 %	33,9 %	*

Chirurgie abdominale N125 et -	21,4 %	23,0 %	
TOTAL CHIRURGIE ABDOMINALE	30,9 %	33,9 %	*
Chirurgie thoracique N600 et +	43,0 %	57,7 %	**
Chirurgie thoracique N126-N599	60,6 %	63,5 %	**
Chirurgie thoracique N125 et -	22,6 %	27,4 %	
TOTAL CHIRURGIE THORACIQUE	42,7 %	50,4 %	**
Chirurgie vaisseaux N600 et +	63,7 %	72,9 %	***
Chirurgie vaisseaux N126-N599	33,0 %	38,9 %	*
Chirurgie vaisseaux N125 et -	19,8 %	59,9 %	
TOT.CHIRURGIE DES VAISSEAUX	37,6 %	58,1 %	**
Ophthalmologie N600 et plus	43,7 %	53,1 %	**
Ophthalmologie N126 à N599	58,2 %	67,6 %	**
Ophthalmologie N125 et moins	42,3 %	46,8 %	*
TOTAL CHIRURGIE OPHTALMIQUE	42,5 %	47,2 %	*
TOT.CHIR.OTO-RHINO-LARYNGOL	21,1 %	24,6 %	
Urologie K400 et plus	55,0 %	64,8 %	**
Urologie K76 à K399	48,7 %	54,0 %	**
Urologie K75 et moins	46,8 %	51,2 %	**
TOTAL UROLOGIE	47,3 %	51,7 %	**
Orthopédie N600 et plus	63,9 %	66,0 %	**
Orthopédie N599 et moins	20,5 %	22,0 %	
TOTAL ORTHOPEIDIE	21,4 %	23,1 %	
TOTAL STOMATOLOGIE	11,2 %	12,8 %	
Anesthésiologie	27,5 %	31,9 %	*
Anesthésie : méd. traitant	34,5 %	41,0 %	*
Aide opératoire	33,5 %	38,0 %	*
Réanimation	52,9 %	55,3 %	**
Transplantations	7,7 %	13,5 %	
Tissus d'origine humaine	4,3 %	21,1 %	
TOT.CHIRURGIE-ANESTHESIE	35,1 %	37,1 %	*
TOTAL ACCOUCHEMENT PAR MED.	0,4 %	0,5 %	
Gynéco-obstétrique K400 et +	46,8 %	52,0 %	**
Gynéco-obstétrique K76-K399	12,9 %	14,4 %	
Gynéco-obstétrique K75 et -	8,8 %	10,5 %	
Aide opératoire gynéco-obstétrique	14,5 %	16,9 %	
TOT.GYNECOLOGIE SAUF ACCOUCHEMENT	9,5 %	11,2 %	
Permanence médicale intra-hospitalière	33,4 %	36,9 %	*

Source : données INAMI, in Info-Santé, Calculs UCL

L'enquête de santé de 1997 avait aussi épinglé la médecine interne et l'ophtalmologie comme particulièrement utilisées par les personnes âgées. Au Canada, Roos avait mis en évidence la place de l'ophtalmologie, de la chirurgie cardio-vasculaire et thoracique et de l'urologie dans les soins aux aînés.

Les soins spéciaux forment une partie importante de l'activité des spécialistes et leur croissance (+ 3 à 9 % par an) est nettement plus rapide que celle des recours de la population (consultations et visites).

Pour de très nombreuses prestations, la part fournie aux catégories « veuves et pensionnés » (plus âgées en moyenne) dépasse nettement celle des effectifs correspondants.

1.1.5. Recours au dentiste - orthodontiste

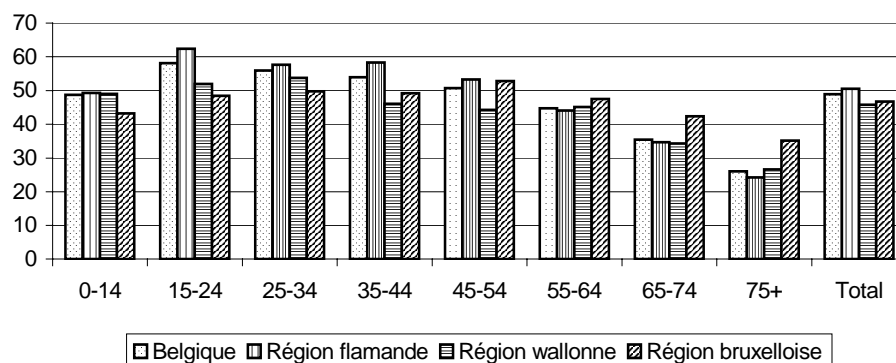
Selon les deux enquêtes de santé, un peu moins de la moitié des Belges déclarent avoir rencontré leur dentiste depuis moins d'un an. En moyenne, les personnes déclarent avoir été chez un dentiste 1,9 fois en 1997 et 2,1 fois en 2001 (sans différence significative selon l'âge). C'est nettement plus que tous les soins dentaires et orthodontiques financés par assuré du Régime général : 1.5 en 1997.

Les individus de 15 à 24 ans sont les plus réguliers (58 % en 2001). Ce pourcentage baisse ensuite sensiblement avec l'âge, jusqu'à 26 % chez les personnes ayant atteint au moins 75 ans (Figure 4.11). Comparé aux recours aux médecins, la distribution des recours aux soins dentaires selon l'âge est donc inversée. Parmi les 65 ans et plus, les Bruxellois déclarent avoir consulté un dentiste pendant l'année écoulée plus fréquemment que ceux des autres régions.

Le recours relativement faible des âgés ne correspond pas nécessairement à leurs besoins, d'autant moins que les aînés d'aujourd'hui n'ont guère bénéficié des soins préventifs actuellement remboursés. On peut donc craindre que des difficultés d'accessibilité financière entraînent une sous-consommation parmi les âgés.

Néanmoins, selon les statistiques de l'INAMI, les soins prodigués aux aînés sont nettement plus lourds que ceux fournis aux jeunes. Ainsi, les VIPO (donc y compris les invalides) formaient 26 % des assurés, mais ils consommaient en moyenne treize fois plus de prothèses que les autres assurés (mais seulement 11 % de l'orthodontie) et, au total, 60 % des prestations financées (Régime général, 1997) ⁷.

⁷ Calculs UCL-SESA (Deliège), sur base des données INAMI, in Info-Santé.

Figure 4.11 Personnes ayant consulté un dentiste pendant l'année écoulée, Belgique, 2001 (%)

Source : Enquete de sante par interviews, 2001

Selon les données de l'INAMI, les **soins dentaires sont en hausse** (surtout en orthodontie) : au total + 65 % de 1976 à 1998 et davantage pour les VIPO (sauf en orthodontie), soit + 87 % au total pour ce groupe. Selon les enquêtes de santé, la fréquentation du dentiste s'est surtout accrue pour les 75 ans et plus. Si cette tendance se confirmait, le retard de soins des aînés commencerait doucement à s'atténuer.

En France aussi, le nombre moyen de recours par an des plus de 60 ans est en augmentation au fil des décennies (Tableau 4-6), mais il reste inférieur comparé aux moins de 60 ans (Guilbert et al, 2000). Est-ce le signe d'une amélioration dans la prise en charge de l'hygiène bucco-dentaire chez les personnes âgées ?

Tableau 4-6 Recours aux dentistes selon le sexe et l'âge dans la population âgée - France

Age	Homme			Femme		
	1970	1980	1991	1970	1980	1991
60-69	0.8	1.1	0.9	0.7	1.1	1.7
70-79	0.4	0.5	1.1	0.7	0.5	1.0
80+	0.1	0.5	0.6	0.2	0.5	0.9

Source : Guilbert et al (2000)

Selon, l'enquête de santé de 2001, les personnes ayant atteint 75 ans sont 26 % à déclarer avoir rencontré leur dentiste depuis moins d'un an, soit beaucoup moins souvent que leurs cadets (58 % pour les 15-24 ans). Par contre, les différences de consommation moyenne ne se révèlent pas significatives.

Selon les statistiques de l'INAMI, les VIPO (26 % des assurés) consommaient en 1997 treize fois plus de prothèses que les autres assurés, 11% de l'orthodontie et, au total, 60 % des prestations financées.

En Belgique, comme en France, le nombre de recours annuel au dentiste des aînés augmente en moyenne avec le temps.

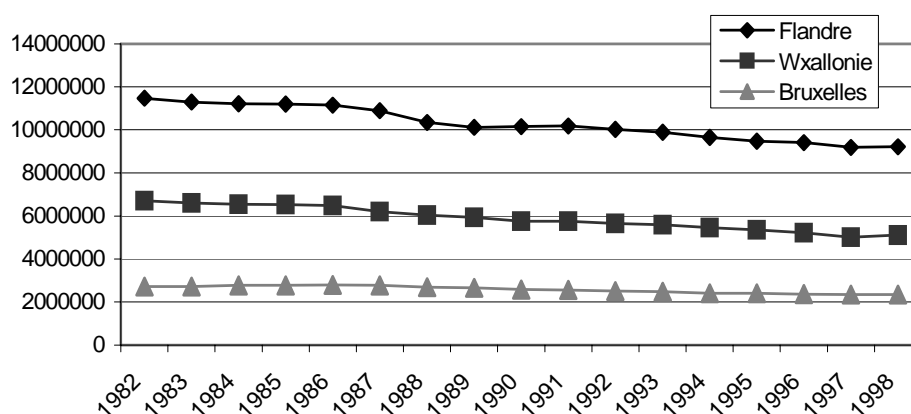
1.2. Les soins hospitaliers

1.2.1. Tendances du passé

A la fin des années '70, il a été décidé de lutter contre l'inflation hospitalière qu'avaient connue les décennies précédentes, de réserver l'hôpital au traitement aigu de la maladie et, par conséquent, de diminuer le nombre de lits. Cette politique a porté ses fruits : le nombre de lits dans les hôpitaux généraux a diminué de 19 % en quinze ans (1983-1998). Pendant la même période, les hôpitaux psychiatriques en ont perdu un quart. Le nombre de journées d'hospitalisation suivit le mouvement, de même que la durée de séjour, désormais nettement plus courte ; par contre, le nombre de cas traités, - c'est à dire, le nombre de patients admis - a continué à augmenter. Ces données sont détaillées ci-dessous ⁸. La situation particulière du patient gériatrique à l'hôpital a déjà été abordée au chapitre 2 (section 10.3).

1.2.1.1. Journées d'hospitalisation selon le lieu de l'établissement

Figure 4.12 Journées d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux belges, selon la région où ils sont localisés – Evolution 1982-1998

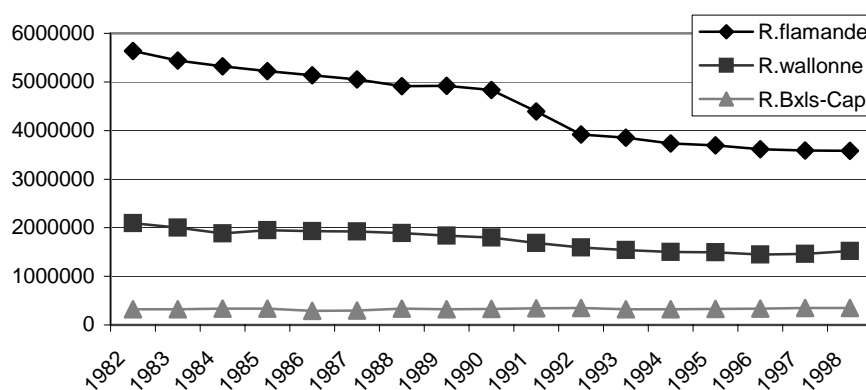


Source : Ministère de la Santé publique, *Annuaire statistiques des hôpitaux*, in Info-Santé

⁸ Les données utilisées ici pour analyser l'évolution sont tirées des *Annuaire statistiques des hôpitaux*, publiés par le Ministère de la Santé publique jusqu'en 1997 (disponible dans Info-Santé). Ce sont des données exhaustives, alors que celles publiées par le même Ministère sur base des RCM depuis 1991 ne comprennent pas les hôpitaux psychiatriques et certains services. En 1991, les services V, S, A, T, K et G subaigus n'étaient pas repris dans l'enquête. En 1998 et 2000, par contre, ils le sont. Sur base de cette source, il serait donc incorrect de calculer un taux de croissance en comparant le nombre de séjours en 1991 et en 1998 ou 2000. C'est pourtant ce que fait le projet AGIR publié par le Bureau du Plan (WP 11-03, p.8).

En seize ans (1982-98), le nombre de journées d'hospitalisation dans les *hôpitaux généraux* a diminué : de 20 % en Flandre, 24 % en Wallonie et 13 % à Bruxelles. Au cours des dix dernières années connues, la diminution a perduré : respectivement, de 11, 15 et 12 % selon les régions. Selon les données de l'INAMI (in Lanjri), elles pourraient avoir encore diminué de 1997 à 2001, mais ces données n'étant pas identiques aux précédentes, la prudence reste de rigueur. Les données selon l'origine du patient seront analysées plus loin (cf. durée de séjour et admissions).

Figure 4.13 Journées d'hospitalisation dans les hôpitaux psychiatriques belges, Evolution 1982-1998



Source : Ministère de la Santé publique, *Annuaire statistique des hôpitaux*, disponible in Info-Santé

L'évolution dans les hôpitaux psychiatriques a été plus importante encore. Entre 1988 et 1998, la Wallonie a connu une baisse de 20 % du nombre de journées en hôpital psychiatrique, la Flandre (dont le niveau d'hospitalisation psychiatrique était très élevé) a enregistré une baisse plus forte encore (- 27 %), alors que la Capitale a vu son niveau de journées (relativement bas) remonter de 4 %. Cette évolution résulte non seulement de la réduction du nombre de lits, mais aussi du fait que les patients séjournent moins longtemps à l'hôpital.

1.2.1.2. Durée de séjour

La durée moyenne de séjour reflète le nombre de journées par hospitalisation qu'un patient passe (en moyenne) dans un service quelconque d'un hôpital. Cette durée augmente très fort avec l'âge dès 6 ans : de 4,2 à cet âge à 17,5 à partir de 80 ans (cf. Tableau 4-7).

Tableau 4-7 Séjours, durée et journées d'hospitalisation, selon l'âge (INAMI, 2001)

	Séjours par 100	Durée	Jours par personne
< 1 an	40,1	5,8	2,33
1-5	13,8	4,3	0,59
6-15	4,9	4,2	0,21
16-35	11,9	5,6	0,67
36-55	12,5	7,2	0,90
56-69	21,6	9,3	2,01
70-79	35	12,8	4,48
80+	51	17,5	8,93
Total	16,4	9,2	1,51

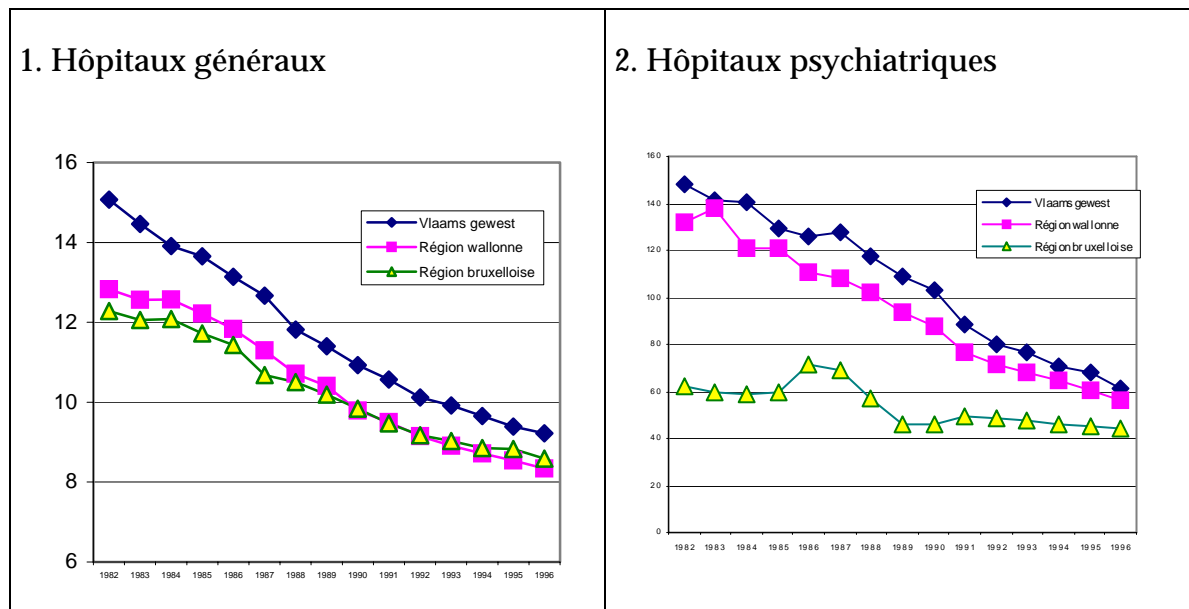
Source : Données INAMI, Exposé de De Cock, in Lanjri, 2004

La durée de séjour est en forte diminution depuis 20 ans (cf. Figure 4.14), ce qui en 1998 a permis de ramener celle des hôpitaux généraux à 59 % de son niveau de 1982 en Flandre, à 65 % en Wallonie et à 71 % à Bruxelles. La durée en Flandre, particulièrement élevée en début de période, a ainsi pu converger avec celles des deux autres régions, de sorte que les trois régions connaissaient en 1998 des niveaux très proches (de 8,3 jours en Wallonie à 8,9 en Flandre).

Cette compression de la durée du séjour s'accompagne d'une restructuration du travail, lequel se concentre désormais sur un moindre nombre de jours. Des solutions alternatives ont donc dû être adoptées pour les soins de longue durée (cf. section 1.3).

Dans les *hôpitaux psychiatriques*, la durée de séjour moyenne s'est contractée encore davantage (cf. Figure 4.14) : atteignant, en 1982, 148 jours en Flandre et 132 en Wallonie, elles y ont diminué dans des proportions analogues, et ont pu ainsi être ramenées à environ 60 jours. A Bruxelles, la durée de séjour se situait en 1982 à un niveau fort bas pour l'époque (62 jours) ; néanmoins, une baisse y est aussi intervenue (- 30 %), de sorte qu'en 1998 la durée avait pu être ramenée à 43 jours. Comme pour les hôpitaux généraux, on assiste donc aussi à un rapprochement des durées de séjour dans le secteur psychiatrique.

Figure 4.14 Durée de séjour moyenne dans les hôpitaux belges selon la région d'hospitalisation - Evolution 1984-1998



Source : Ministère de la Santé publique, *Annuaire statistique des hôpitaux*, in Info-Santé

1.2.1.3. Les admissions à l'hôpital

Le nombre d'admissions est un bon indicateur de la charge de travail liée à l'hospitalisation, les soins des divers professionnels étant généralement concentrés durant les premiers jours de l'hospitalisation, laquelle a vu sa durée raccourcie drastiquement.

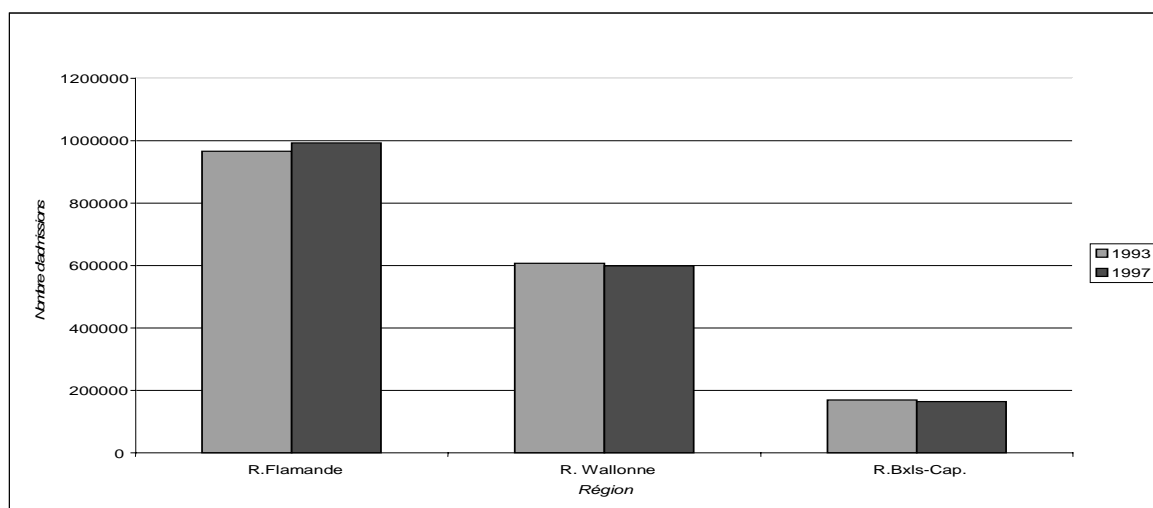
Les admissions hospitalières ont enregistré une croissance importante de 1984 à 1993 : + 21 % dans les hôpitaux généraux, + 49 % en hôpital psychiatrique. Cette évolution n'a pas empêché une diminution régulière du nombre de journées d'hospitalisation, laquelle s'est déroulée à la faveur d'une diminution progressive mais sévère de la durée d'hospitalisation. Depuis 1993, ce processus s'est stabilisé dans les hôpitaux généraux, mais il perdure dans les hôpitaux psychiatriques (cf. Tableau 4-8). Pour l'ensemble des hôpitaux, la croissance totale au cours des cinq dernières années connues se limite à 1 % ; cette stabilisation globale prévaut pour les patients des trois Régions du pays (Figure 4.15).

Tableau 4-8 Admissions en hôpital : nombre selon le type d'hôpital : Belgique 1984-1997

	Nombre d'admissions			Indice de croissance (1993=100)		
	Hop. Gén.	Hop. Psy.	Ts les Hop	Hop. Gén.	Hop. Psy.	Ts les Hop.
1984	1407210	30272	1437482	83	67	82
1985	1445405	31845	1477250	85	71	85
1986	1483600	33418	1517018	87	74	87
1987	1506121	34081	1523053	89	75	87
1988	1528643	34744	1563387	90	77	90
1989	1556979	36015	1592994	92	80	91
1990	1613067	37480	1650547	95	83	95
1991	1662633	41938	1704571	98	93	98
1992	1676458	42480	1718938	99	94	99
1993	1698029	45163	1743192	100	100	100
1994	1699310	45186	1744496	100	100	100
1995	1703868	48055	1751923	100	106	101
1996	1732529	51076	1783605	102	113	102
1997	1705649	49708	1755357	100	110	101

Source : Ministère de la Santé publique, *Annuaire statistiques des hôpitaux*

Le taux global d'hospitalisation qui était passé de 14.3 % en 1984 à 16.8 % en 1993 se stabilise lui aussi et se situe à 16.7 % en 1997 (16.4 % en 2001, selon l'INAMI).

Figure 4.15 Admissions, selon l'origine du patient, dans les hôpitaux belges par région 1993-1997

Source : Ministère de la Santé publique, *Annuaire statistique des hôpitaux*, Origine des patients hospitalisés, Tableau 4, Tous les hôpitaux, 1997

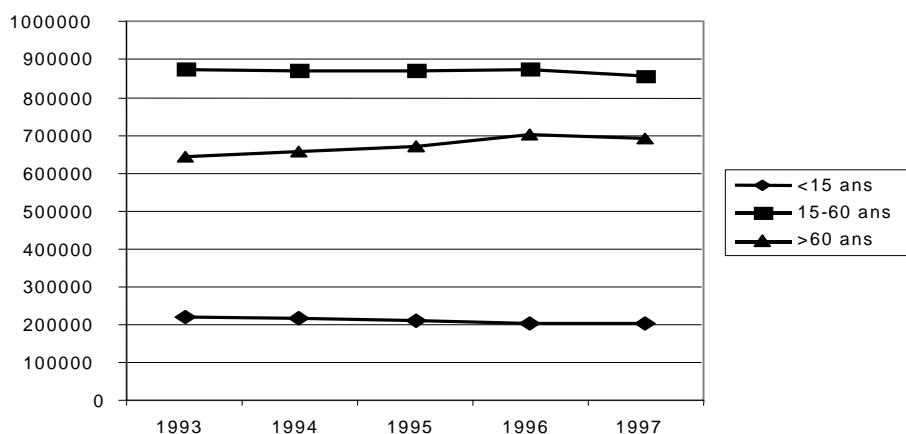
Une distinction selon trois classes d'âges est disponible via l'enquête hospitalière annuelle (cf. Figure 4.16). Si de 1993 à 1997 la croissance du nombre total d'admissions se limite à 1 %, on assiste à une forte modification de la structure d'âges : le nombre de jeunes et d'adultes de moins de 60 ans diminue respectivement de 9 et de 2 %, tandis que les aînés (60+) augmentent leur présence de 8 % (cf. Tableau 4-9).

Tableau 4-9 Admissions dans les hôpitaux belges : nombre par groupe d'âges et selon l'origine du patient - Evolution 1993-1997

	Nombre d'admissions				Indices d'évolution des admissions 1993=100			
	<15 ans	15-60 ans	>60 ans	TOTAL	<15 ans	15-60 ans	>60 ans	TOTAL
1992	218074	883742	617122	1718938	98	101	96	99
1993	221966	876848	644398	1743212	100	100	100	100
1994	217759	870414	656323	1744496	98	99	102	100
1995	210347	871578	669997	1751922	95	99	104	101
1996	205536	876917	701152	1783605	93	100	109	102
1997	202597	859012	693748	1755357	91	98	108	101

Source : Ministère de la Santé publique, *Annuaire Statistiques des Hôpitaux*, origine des patients hospitalisés, In Info-Santé

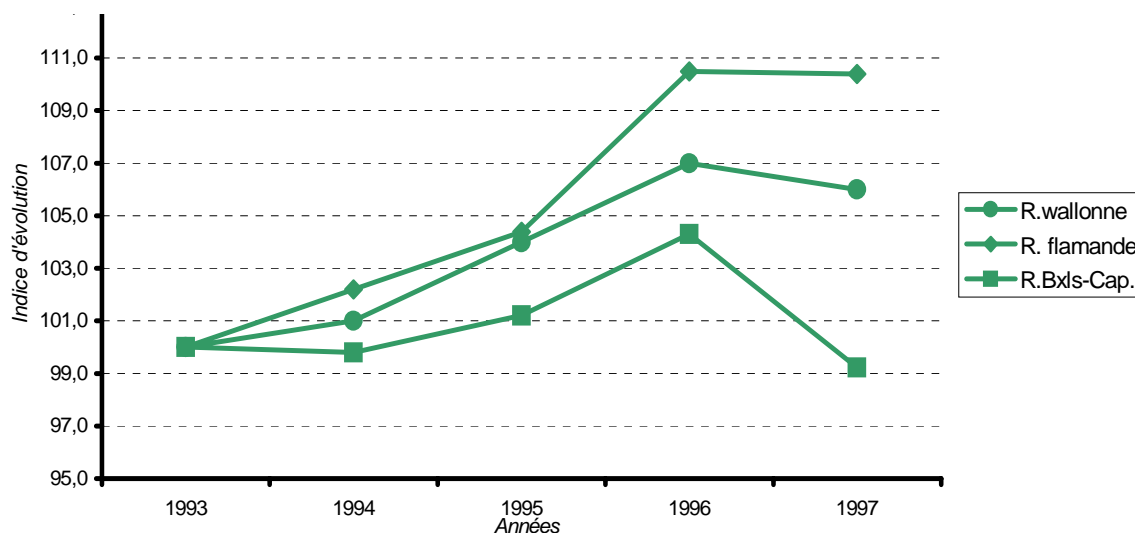
Figure 4.16 Admissions dans les hôpitaux belges : nombre par groupe d'âges - 1993-1997



Source : Ministère de la Santé publique

Si le nombre d'admissions des aînés a augmenté de 1992 à 1996, l'année 1997 enregistre un arrêt de la croissance et même une diminution en Wallonie et surtout à Bruxelles (cf. Figure 4.17). Ce palier n'est probablement que conjoncturel. On se rappellera en effet que les cohortes nées entre 1914 et 1918 sont peu nombreuses et atteignent 80 ans entre '94 et '98, ralentissant ainsi la croissance de la population âgée que provoque l'allongement de l'espérance de vie, y compris parmi les aînés.

Figure 4.17 Admissions des 60 ans et plus dans les hôpitaux belges, selon la Région du domicile du patient : Indice d'évolution 1993-1997



Source : MSP, *Annuaire statistique des hôpitaux*, Origine des patients hospitalisés, exercice 1997, Ed. 1996

Pour les âgés (60+), leur proportion parmi les hospitalisés est passée de 36 à 40 % en cinq ans (1992-1997). L'intensité du vieillissement (= le vieillissement à l'intérieur de la catégorie des 60+) est susceptible d'expliquer cette place croissante des aînés. Les admissions des personnes de 60 ans et plus, rapportées à la population de cet âge, atteignent en 1993 le taux de 30,1 %. En 1997, il s'élève à 31,5 %, soit une augmentation de 1,4 points de pourcentage en 4 ans, (soit + 1,1 % par an). Cette augmentation peut néanmoins cacher des taux demeurant stables dans le temps, mais qui seraient calculés sur des catégories d'âges plus fines. Ce sont en effet les catégories les plus âgées qui sont les plus consommatrices et dont le nombre augmente.

Les principales *raisons d'admissions* à l'hôpital chez les hommes belges de 65 ans et plus sont les problèmes cardiaques et vasculaires (23 % des admissions), suivis des problèmes du système locomoteur (21 %) et du système digestif (15 %). Chez les femmes de 65 ans et plus, les problèmes locomoteurs sont la première cause d'hospitalisation (33 %) ; viennent ensuite les problèmes cardiaques et vasculaires (17 %) et les problèmes généraux tels que traumatismes, anémie (15 %) (HIS, 2001).

Le nombre d'admissions dans l'ensemble des hôpitaux belges, qui avait considérablement augmenté jusqu'en 1993, n'a plus guère progressé jusqu'en 1997. Entre ces deux dates, il a diminué dans les groupes de 0 à 59 ans et augmenté chez les 60 ans et plus.

En l'absence de taux par classes d'âges détaillées pour le groupe des aînés, on ne peut conclure à une augmentation de leur taux d'hospitalisation. Le vieillissement à l'intérieur de cette catégorie peut expliquer la croissance brute observée.

1.2.1.4. Les taux d'admission par âge en 2000 selon les RCM

Les statistiques d'admissions provenant de l'enregistrement des RCM ne peuvent pas servir de base pour mesurer l'évolution des hospitalisations, car le nombre de services inclus dans le relevé a été modifié au cours des années. Les données de 2000 sont les plus complètes, mais elles ne concernent toujours que les hôpitaux généraux, à l'exclusion des hôpitaux gériatriques.

L'intérêt de cette statistique pour un exercice de projection est de fournir des données par groupes d'âges plus restreints. Elle est donc plus opérationnelle pour mesurer les effets du vieillissement à terme, même s'il faut prendre garde aux limites de l'enregistrement. Ainsi, l'indicateur ne concerne que les hôpitaux généraux. De plus, l'inclusion des nouveau-nés dans le nombre de patients admis, tout à fait logique en ce qui concerne les RCM, n'est pas une pratique habituelle pour les admissions : en effet, ils sont nés à l'hôpital, sans avoir été « admis » pour raison médicale. Pour rapprocher ces données de celles couramment employées en Belgique et à l'étranger, nous avons présenté une catégorie de 0 à <1 an diminuée du nombre de nouveau-nés, estimés par le nombre de naissances de l'année (cf. Tableau 4-10).

Tableau 4-10 Nombre et taux d'admissions en hôpital général, par groupe d'âges et sexe, 2000

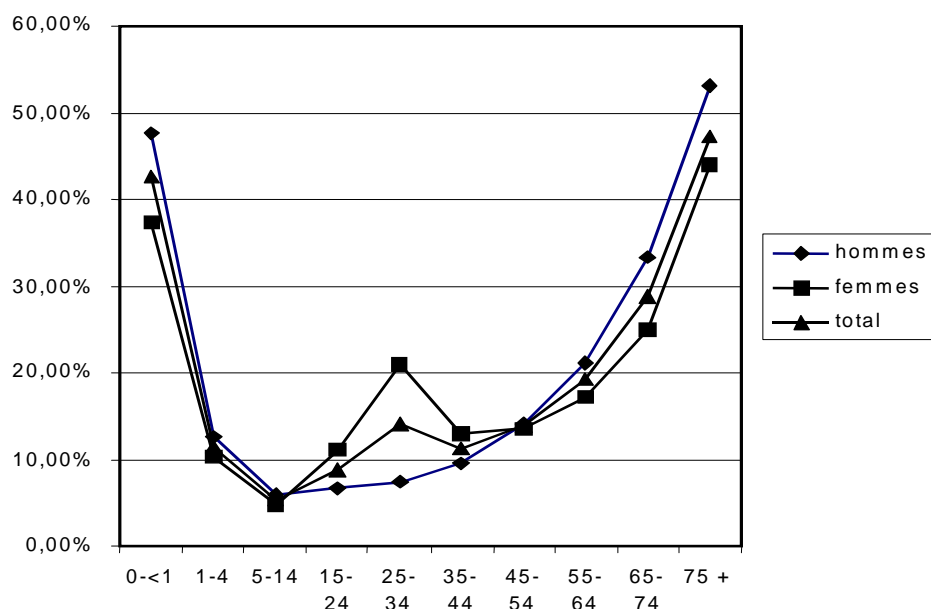
	Nombre d'admissions			Taux d'admission (%) (a)		
	Hommes	Femmes	Total	Hommes	femmes	Total
0 -<1	86170	76790	162960	149,74	138,70	144,32
0 -<1 ss nv nés	27380	20697	48077	47,58	37,38	42,58
1-4	29796	23310	53106	12,56	10,26	11,44
5-14	36691	28892	65583	5,84	4,82	5,34
15-24	42631	67517	110148	6,75	11,03	8,85
25-34	54936	150860	205796	7,42	20,98	14,10
35-44	76461	101476	177937	9,52	12,92	11,20
45-54	99269	93447	192716	14,19	13,59	13,89
55-64	107657	91519	199176	21,14	17,23	19,14
65-74	147450	134239	281689	33,35	24,99	28,77
75 +	136598	210653	347251	53,15	43,99	47,19
Total	817659	978703	1796362	16,33	18,70	17,54
Total sans nv nés	758869	922610	1681479	15,16	17,63	16,42

Source : SPF Santé Publique : RCM. calculs : Leroy, SESA/UCL (sur base de la population au 1/1)

Le taux d'admission connaît un premier sommet au cours de la première année de vie. Après être descendu au taux plancher d'environ 5 % dans les deux sexes (5-14 ans), il remonte jusqu'à 34 ans en enregistrant notamment les conséquences des nombreux accidents de la route chez les jeunes et, chez les femmes, les séjours en maternité. Après une nouvelle diminution chez les femmes, une croissance régulière est entamée dès 45 ans chez les hommes, à partir de 55 ans chez les femmes. Durant cette période, le taux des hommes est toujours supérieur à celui

des femmes ; chez les plus âgés (75+), il atteint ainsi 53 % contre 44 % chez les femmes.

Figure 4.18 Taux d'hospitalisation par âge dans les hôpitaux généraux, 2000



Source : SPF Santé Publique : RCM / Calculs : X. Leroy, SESA/UCL (hors nouveau-nés)

Les taux d'hospitalisation en établissement de court séjour en France sont similaires à ceux relevés en Belgique, tout en étant généralement plus élevés (sauf aux âges extrêmes de la vie : < un an et 75 ans et plus). Pour les aînés, il existe, dans le système français, des hôpitaux de long séjour qui, en Belgique, ont été supprimés et remplacés par les MRS. Toutefois, les hôpitaux généraux belges accueillent de très nombreux patients âgés, notamment dans des services permettant un séjour plus long : services S psychogériatriques et G subaigus.

Tableau 4-11 Taux annuel d'hospitalisation en établissement de court séjour par sexe et par âge (France, 1985 – 1987)

Age	Hommes	Femmes
Moins de 1 an	0.394	0.320
1 – 4 ans	0.165	0.105
5 – 14	0.101	0.082
15 – 24	0.099	0.180
25 – 34	0.104	0.259
35 – 44	0.120	0.161
45 – 54	0.190	0.167
55 – 59	0.239	0.168
60 – 64	0.281	0.185
65 – 74	0.347	0.246
75 +	0.490	0.363

Source : Ankri J, Henrard JC (1994)

Des taux d'admission par classes d'âges très détaillées ont été établis sur base des relevés RCM. Dès 1998, ils enregistrent la quasi totalité des services dans les hôpitaux généraux, constituant ainsi une base correcte pour des projections ultérieures. Les taux d'admission selon l'âge croissent fortement à partir de 45 ans pour les hommes et de 55 ans pour les femmes.

Sauf aux âges de la maternité, les taux des hommes sont supérieurs à ceux des femmes et, en 2000, ils atteignent 53 % parmi ceux de 75 ans et plus. Dans cette classe d'âges, le taux des femmes s'élève à 44 %.

1.2.2. Perspectives d'avenir

L'INAMI a fourni des données détaillées par âge des taux d'hospitalisation et des durées de séjour en 2001 (cf. Tableau 4-7). Sur cette base, nous avons calculé des projections pour l'avenir (cf. Tableau 4-12).

Tableau 4-12 Projection du nombre de journées d'hospitalisations par classe d'âges sur base des taux d'hospitalisation et des durées de séjour en 2001 (en milliers)

Journées	2000	2020	2050	Index pour 2000 = 100	
				2020	2050
<55	5284	4973	4727	94	89
56-69	3134	4261	3925	136	125
70-79	3766	4219	5131	112	136
80+	3272	5432	10094	166	308
Total	15456	18885	23877	122	154
<i>Admissions</i>					
% 65 +	34 %	40 %	50 %		
% 75 +	18 %	22 %	34 %		

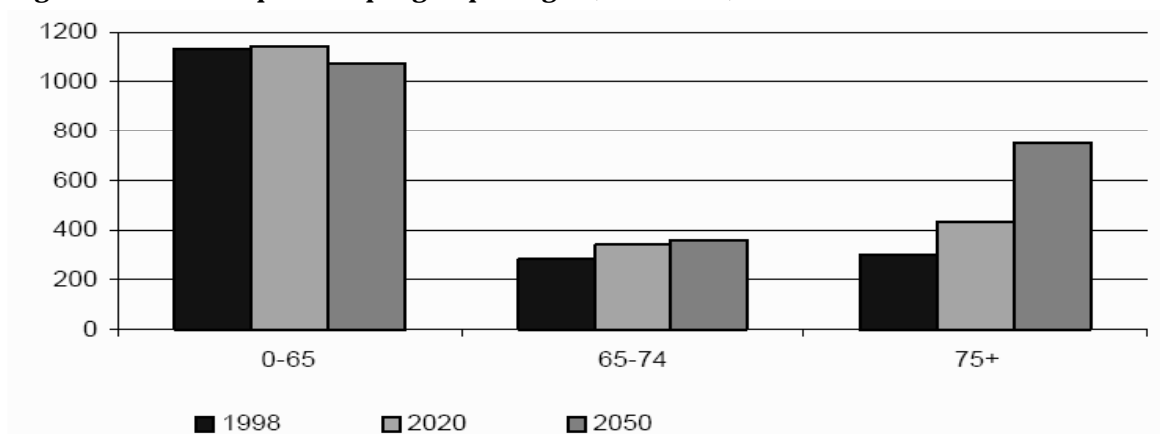
Source : INAMI, Bureau Fédéral du Plan, Ministère de la Santé publique et calculs SESA/UCL

Selon cette hypothèse de stabilité des taux par âge, tels qu'observés en 2001, et toutes choses étant égales par ailleurs, le nombre de personnes de plus de 80 ans admises à l'hôpital devrait tripler d'ici 2050. Pour les 55-79 ans, l'augmentation serait de 30 % en cinquante ans. Par contre, le nombre de patients de moins de 55 ans admis à l'hôpital diminuerait d'ici 2050 (de quelque 10 %). Pour l'ensemble de la population, tous âges confondus :

- de 2000 à 2020 la croissance sera d'environ 14 % ;
- de 2000 à 2050, elle peut ainsi être évaluée à quelque 29 %, soit en moyenne une croissance de 0.5 % par an.

Toutes choses étant égales, l'augmentation du nombre de *journées* serait plus importante : + 22 % de 2000 à 2020, + 54 % en 2050 (+ 0.9 % par an en moyenne).

Figure 4.19 Cas hospitalisés par groupe d'âges (en milliers), Estimation 1998 - 2050



Source : Projections de population de l'INS et du Bureau Fédéral du Plan, calculs du Bureau Fédéral du Plan, à partir des données RCM 1998 (Ministère de la Santé publique).

Le vieillissement de la clientèle hospitalière, que l'on avait déjà remarqué avant 1998, s'accroîtra nettement. En 2000, un patient hospitalisé sur trois est âgé d'au moins 65 ans et un sur six d'au moins 75 ans. En 2050, un patient sur deux aura au moins 65 ans et un sur trois, 75 ans !

Cette projection ne concerne que les séjours hospitaliers. D'autres secteurs d'activité importants se développent à l'hôpital sans nécessiter d'hébergement. Ainsi l'hôpital de jour et les services ambulatoires de consultation et d'examen, sont probablement croissants, mais nous n'avons à leur sujet que peu d'informations récentes.

Sur base des taux d'hospitalisation et des durées de séjour par âge, observés en 2001, les projections sur les populations à venir permettent d'évaluer l'effet mécanique du vieillissement. Toutes autres choses étant égales, les admissions enregistreront ainsi une croissance très variable selon l'âge. Les séjours des personnes de 80 ans et plus devraient tripler en cinquante ans, tandis que ceux des moins de 55 ans diminueraient de 10 %, de telle sorte que l'évolution des séjours, toutes classes d'âges confondues, se limitera en moyenne à + 0,5 % par an, soit au total : + 14 % de 2000 à 2020 et + 29 % à l'horizon 2050.

Sans diminution supplémentaire de la durée de séjour, l'augmentation du nombre de journées serait plus forte : + 22 % en 2020, + 54 % d'ici 2050.

En 2050, un patient hospitalisé sur deux aurait au moins 65 ans ; un sur trois, 75 ans.

1.2.3. Conclusion

Pour qui connaît l'importance du vieillissement démographique au cours de la première moitié du XXI^{ème} siècle, d'une part, et la fréquence des hospitalisations au-delà de 65 ans, d'autre part, l'augmentation considérable du nombre de patients hospitalisés dans les classes d'âges supérieures ne constitue pas une surprise. Il était par contre moins évident de prévoir que la diminution parallèle du nombre de jeunes et d'adultes de moins de 65 ans aurait une importance telle que, au total, la croissance des hospitalisations due à une prise en compte mécanique des évolutions démographiques ne dépassera pas 0,5 % par an au cours des cinq décennies à venir

Ce constat nécessite plusieurs remarques:

1. Un scénario basé sur la stabilité des taux d'hospitalisation et des durées de séjour n'est qu'une hypothèse parmi d'autres. D'autres facteurs pourraient être pris en compte. L'amélioration de l'EVS pourrait retarder l'apparition des problèmes de santé et, l'allongement de l'EV, reculer l'âge de prise en charge des soins donnés au cours de la dernière année de vie, lesquels constituent, on le sait, une très lourde charge. Ce recul de l'âge au décès pourrait aussi diminuer l'effort réalisé en fin de vie, conformément aux observations par âge disponibles actuellement. Inversement, la propension à se soigner pourrait augmenter parmi les générations qui arriveront prochainement au grand âge ; de plus, les possibilités thérapeutiques pourraient croître. Des politiques de soins à domicile ou de centres de soins palliatifs pourraient écourter le séjour.

2. La conséquence la plus évidente et la plus inéluctable du vieillissement démographique pour les hôpitaux passe trop souvent inaperçue. Nous arriverons progressivement à une situation où un patient hospitalisé sur deux aura au moins 65 ans et un sur trois 75 ans. Les conséquences sur la pratique médicale et soignante sont importantes. Non pas que les personnes plus âgées ne doivent pas bénéficier des soins et techniques les plus avancées, mais la maladie vécue par une personne plus âgée comporte une composante fonctionnelle marquée par le vieillissement. Il semble que la recherche scientifique et la pratique hospitalière ne se soient pas préoccupés en priorité de cette interférence.

Par ailleurs, les formations professionnelles commencent seulement à prendre conscience de l'urgence qu'il y a à préparer les futurs médecins, infirmières, kinésithérapeutes, paramédicaux et aides-soignants à une pratique gériatrique encore considérée aujourd'hui comme le dernier recours auquel peuvent prétendre ceux qui n'ont pas eu accès aux spécialités plus prestigieuses. Si cette

mentalité ne change pas, il est peu probable que l'hôpital de demain disposera des professionnels dont il aura besoin pour dispenser des soins de qualité.

3. L'organisation hospitalière ne donne pas une place suffisante à la *fonction gériatrique*. Chaque discipline est amenée à travailler comme si elle ignorait l'existence de la polyopathie dont souffrent beaucoup de patients âgés. En outre, un bilan général en vue de prévenir le déclin fonctionnel n'est guère effectué. Les recommandations du Conseil National des Etablissements hospitaliers visant à instaurer une fonction gériatrique à l'hôpital restent le plus souvent lettre morte.

Les taux d'hospitalisation et les durées de séjour devraient être monitorés, afin de vérifier si leur stabilité constitue le scénario le plus probable pour les projections à venir.

Les formations professionnelles devraient intégrer les spécificités des soins gériatriques, vu la place croissante qu'occuperont les aînés, particulièrement à l'hôpital.

La fonction gériatrique à l'hôpital devrait être instaurée, conformément aux recommandations du Conseil National des Etablissements hospitaliers.

Les séjours hospitaliers pourraient devenir une occasion de systématiser un dépistage du déclin fonctionnel.

1.3. L'hébergement des personnes âgées

Nous visons ici les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) et les maisons de repos et de soins (MRS). Nous commencerons par décrire les évolutions récentes, puis nous tenterons quelques perspectives d'avenir.

1.3.1. Tendances du passé

Nous envisagerons successivement les évolutions relatives aux capacités d'hébergement, aux forfaits financés par l'INAMI, au nombre de résidents et aux taux d'hébergement par âge.

1.3.1.1. La capacité d'hébergement

Les maisons de repos pour personnes âgées (MRPA) ont été complétées en 1982 par des maisons de repos et de soins (MRS) (A.R. 2-12-1982), lesquelles disposent d'un cadre infirmier et soignant plus important, car elles sont destinées à accueillir des personnes appartenant aux catégories de dépendance supérieures (B et C).

Ces établissements ont connu au cours des deux dernières décennies un développement considérable, qui toucheront tant le nombre de places disponibles que leur fréquentation et la lourdeur des soins et de l'aide qui y sont dispensés. Un protocole d'accord ⁹ a été conclu en 1997, entre le Gouvernement fédéral et les autorités fédérées, afin de mener une action concertée en vue de répondre aux besoins des personnes âgées, tout en maîtrisant les dépenses. Un moratoire concernant le nombre total de places fut décidé, ainsi que la transformation entre 1998 et 2003 de 25 000 places de MRPA en places MRS : 5000 par an, dont 2823 en Flandre, 1607 en Wallonie et 570 à Bruxelles.

Néanmoins, le nombre de places en institution d'hébergement MRS & MRPA a continué d'augmenter depuis 1997, en raison des autorisations accordées avant le

⁹ Protocole du 9 juin 1997 conclu entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution, concernant la politique de la santé à mener à l'égard des personnes âgées (M.B. du 30-07-1997); 28 Janvier 1998. Conférence interministérielle.- Avenant N°1 au Protocole du 9 juin 1997 (M.B. du 03-04-1998).

Protocole. Le 30/11/2001, on en dénombrait 124 650 en Belgique, soit 50 000 places supplémentaires depuis 1984 (+ 65 % pour l'ensemble du pays).

Tableau 4-13 Nombre de places en MRPA et MRS par Région: évolution 1984-2001

N. places	1984	1989	1993	1997	2001
Flandre	42 512	47 694	47 991	56 337	62 057
Wallonie	24 114	32 506	38 028	46 764	46 696
Bruxelles	8 808	9 164	10 053	15 295	15 897
Pays	75 434	89 364	96 072	118 396	124 650
Indices					
Flandre	100	112	113	133	146
Wallonie	100	135	158	194	194
Bruxelles	100	104	114	174	180
Pays	100	118	127	157	165

Source: Manpower Planning, T.1, Tab. Ann. 1.2.2.1.1, SESA/UCL

1.3.1.2. Forfaits journaliers par catégorie de dépendance : Belgique 1991-1999

L'attribution des forfaits dépend du niveau de dépendance des personnes concernées, selon des règles complexes exposées dans l'annexe 3.

Le Tableau 4-14 et le Tableau 4-15 détaillent l'évolution 1991-99 des forfaits attribués par l'INAMI, tant en MRPA¹⁰ qu'en MRS, selon la catégorie de dépendance. Ces données permettent de mesurer la croissance totale en volume : + 28 %, et de spécifier celle-ci selon le type de places : + 19 % en MRPA et + 64 % en MRS (cf. Tableau 4-15). Pour les MRS, le mouvement s'est accéléré après 1997, suite à la mise en œuvre du Protocole prévoyant la reconversion de places MRPA en MRS. On notera encore que le nombre de forfaits du niveau de dépendance O (nulle) et A (faible) reste stable depuis 1992, tandis que les forfaits de niveau B, C et Cd (personnes désorientées), sont en augmentation constante. De plus, les forfaits Cd en MRS ont augmenté de 45 %, de 1995 à 1999. On se souviendra ici, qu'en parallèle, l'âge moyen des personnes hospitalisés dans les services de gériatrie a augmenté entre 1985 et le début des années 2000 (chapitre 2, section 10).

¹⁰ Leur nombre est quelque peu sous-estimé du fait que, dans le cadre de l'assurance soins de santé obligatoire, les indépendants ne bénéficient du forfait qu'en MRS et non en MRPA.

Tableau 4-14 Forfaits journaliers en MRS et MRPA par catégorie de dépendance : Belgique, Nombre annuel (milliers), Evolution 1991-1999

MRPA & MRS	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
O	4 123	8 333	8 285	8 029	8 010	8 012	7 912	8 216	8 154
A	2 665	6 188	6 205	6 182	6 436	6 805	6 962	6 863	6 462
B	2 325	5 279	5 597	6 058	6 868	7 244	7 386	7 737	8 007
B*	0	300	912	581	118	52	73	65	34
C	5 057	9 552	9 517	8 283	3 175	4 654	4 355	4 412	4 417
C*	0	0	0	1 106	4 258	3 594	4 183	4 055	3 675
Cd	0	0	0	963	4 276	4 277	4 399	5 079	6 212
Total	28 866	29 943	30 589	31 252	33 164	35 112	35 305	36 455	36 991

MRPA	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
O	4 101	8 316	8 284	8 029	8 010	8 012	7 912	8 216	8 154
A	2 574	6 116	6 202	6 182	6 436	6 805	6 962	6 863	6 462
B	1 930	4 077	4 372	4 995	5 890	6 236	6 387	6 578	6 524
B*	-	300	912	581	118	52	73 293	65	34
C	2 602	4 834	4 595	4 065	1 774	3 174	2 942	2 840	2 538
C*	-	-	-	1 106	4 259	3 594	4 183	4 055	3 675
Total	23 016	23 922	24 437	25 007	26 508	28 347	28 494	28 645	27 416

M.R.S.	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
O	22	17	1,4	-	-	-	-	-	-
A	91	72	2,6	-	-	-	-	-	-
B	396	1 202	1 225	1 063	979	1 008	999	1 159	1 483
C	2 455	4 718	4 922	4 218	1 401	1 480	1 413	1 572	1 878
Cd	-	-	-	963	4 276	4 277	4 399	5 079	6 212
Total	5 851	6 022	6 152	6 245	6 656	6 765	6 810	7 810	9 575

Source: INAMI (in InfoSanté), traitement par SESA. NB Les différences entre totaux et sommes proviennent des arrondis

Tableau 4-15 Forfaits en maisons de repos : évolution (index)

	MRPA & MRS	MRPA	M.R.S.
Index 1999 pour 1991 = 1			
O	1,98	1,99	Non pertinent
A	2,43	2,51	Non pertinent
B	3,44	3,38	3,75
C	0,87	0,98	0,77
Total	1,28	1,19	1,64
Index 1999 pour 1992 = 1			
O	0,98	0,98	Non pertinent
A	1,04	1,06	Non pertinent
Index 1999 pour 1995 = 1			
C*	0,86	0,86	Non pertinent
Cd	1,45	Non pertinent	1,45
Total	1,12	1,03	1,44

Source : INAMI (in InfoSanté), traitement par SESA sur base du tableau précédent.

La transformation de places MRPA en MRS a permis d'assurer aux résidents des catégories de dépendance B ou C un forfait adapté à leurs besoins (ce que ne permettaient pas les forfaits MRPA). Le coût de cette transformation, joint à une croissance du nombre de forfaits et à une augmentation des normes de personnel infirmier en MRS, a occasionné une augmentation importante des dépenses (cf. Tableau 4-16) : un quasi doublement en MRS de 1998 à 2001. Ce processus a dû se poursuivre ultérieurement.

Tableau 4-16 Dépenses INAMI pour forfaits soins en maisons de repos 1998-2001 (millions de Francs belges)

	1998	1999	2000	2001	<i>Index 2001 pour 1998 = 1</i>
MRS	13.553,6	16.890,5	20.473,8	25.152,6	1,86
MRPA	14.601,8	14.636,6	14.536,3	15.141,9	1,04
Centres de soins de jour				96,1	

Source: INAMI

1.3.1.3. Nombre annuel de résidents par âge et par Régions

Les personnes bénéficiant d'un forfait soins en MRPA et MRS sont dénombrées annuellement par l'INAMI au 30 juin (cf. Tableau 4-17).

De 1995 à 2001, le nombre de résidents a augmenté dans les trois Régions du pays (+ 24 % au total). La croissance a concerné presque toutes les catégories d'âges, particulièrement les 75-79 et les plus de 90 ans. Les 85-89 ans font exception, enregistrant ainsi l'arrivée dans cette classe d'âges de générations nées pendant la guerre de 1914-18.

Après 2001, le nombre de résidents a diminué (- 2 % en deux ans), sous l'effet du moratoire limitant le nombre de places en maisons de repos. On remarque aussi, depuis lors, une diminution sensible du nombre de "jeunes" résidents parmi les âgés (de 60 à 74 ans), particulièrement en Wallonie.

Tableau 4-17 Résidents en MRPA et MRS par classe d'âges et Région : 1995-2003

Wallonie	0-59	60-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 et +	Tous âges
1995	826	6086	4316	8969	9756	4860	1374	36187
2000	1365	6034	6796	7924	11054	7245	2394	42811
2001	1384	5984	6720	8588	10876	7793	2763	44108
2002	1362	5701	6476	9523	9719	7804	2881	43465
2003	1339	5417	6232	10457	8562	7815	2999	42821
crois.95-01	68%	-2%	56%	-4%	11%	60%	101%	22%
Crois.95-03	62 %	-11 %	44 %	17 %	-12 %	61 %	118 %	18 %
Bruxelles	0-59	60-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 et +	Tous âges
1995	256	1640	1226	2785	3361	2058	766	12092
2000	472	1752	1849	2396	3841	2772	1061	14142
2001	484	1754	1818	2620	3832	3084	1199	14791
2002	511	1700	1744	2801	3368	3085	1243	14450
2003	537	1646	1669	2982	2903	3086	1286	14109
crois.95-01	89%	7%	48%	-6%	14%	50%	57%	22%
Crois.95-03	110 %	0 %	36 %	7 %	-14 %	50 %	68 %	17 %
Flandre	0-59	60-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 et +	Tous âges
1995	548	5799	5154	12200	14040	7736	2338	47815
2000	764	6156	7914	10835	17199	12010	4205	59107
2001	780	5939	7716	11327	16834	12876	4833	60355
2002	790	5887	7637	12557	15179	13019	5071	60164
2003	799	5835	7558	13786	13524	13162	5308	59972
Crois.95-01	42%	2%	50%	-7%	20%	66%	107%	26%
Crois.95-03	46 %	1 %	47 %	13 %	-4 %	70 %	127 %	25 %
Pays	0-59	60-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 et +	Tous âges
1995	1630	13525	10696	23954	27157	14666	4466	96094
2000	2601	13966	16558	21155	32093	22027	7659	116059
2001	2648	13727	16254	22535	31542	23753	8795	119254
2002	2662	13313	15857	24880	28266	23908	9194	118078
2003	2675	12898	15459	27225	24989	24063	9593	116902
crois.95-01	62%	1%	52%	-6%	16%	62%	97%	24%
Crois.95-03	64 %	-5 %	45 %	14 %	-8 %	64 %	115 %	22 %

Source : INAMI, calculs SESA/UCL

1.3.1.4. Taux d'hébergement par âge : Pays et Régions

En rapportant les effectifs de résidents à la population d'âge correspondant, on obtient des « taux d'hébergement » par âge (cf. Tableau 4-18). Plusieurs observations importantes s'en dégagent. Ces taux augmentent évidemment avec l'âge, mais la progression au-delà de 85 ans atteint des proportions insoupçonnées. Ainsi, en 2003, on observe un doublement entre les classes d'âges 80-84 et 85-89 ans (de 11.2 à 23 %), un second doublement dans la catégorie 90-94 ans (47 %) et enfin un taux de 77 % à partir de 95 ans. Ces derniers pourcentages ne concernent

que des groupes de population relativement peu nombreux, mais d'ampleur croissante au cours des prochaines décennies.

Tableau 4-18 Taux d'hébergement en maison de repos par classe d'âges : Belgique, 1995-2003

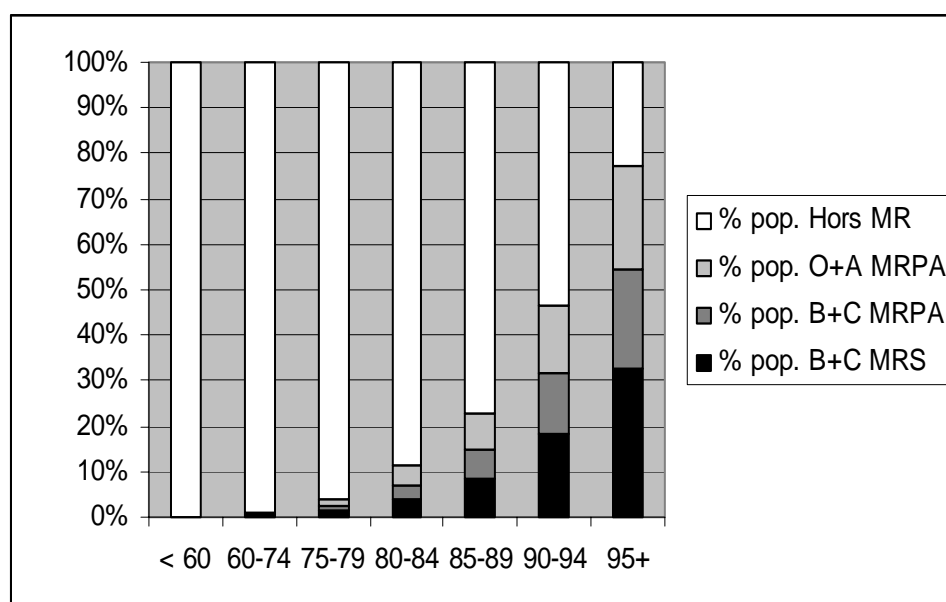
	0-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95 et +
1995	0,02	0,23	0,77	1,80	4,54	10,72	23,45	37,31	58,69
2000	0,03	0,15	0,91	1,83	4,36	12,44	24,84	47,18	72,99
2001	0,03	0,15	0,90	1,81	4,26	11,81	24,95	49,05	79,03
2002	0,03	0,15	0,88	1,76	4,15	11,51	23,77	47,96	78,61
2003	0,03	0,14	0,85	1,71	4,04	11,27	22,96	46,57	77,37

Source : Inami, calculs SESA/UCL

Pendant la période 1995 - 2000, les taux d'hébergement ont augmenté dans la plupart des catégories d'âges, mais en particulier au delà de 90 ans, effectuant alors un bond de 14 points de % (cf. Tableau 4-18). Ces observations montrent que, durant cette période, ce n'est pas seulement la croissance numérique de la population très âgée qui influence l'évolution. On ne peut pas non plus imputer cette évolution au seul vieillissement des personnes vivant déjà en institution en 1995, bien que l'allongement de l'espérance de vie y contribue. Ce sont les taux d'hébergement eux-mêmes qui ont augmenté, en particulier ceux des nonagénaires.

Par contre, dès 2002, le mouvement s'inverse et tous les taux diminuent.

Figure 4.20 Taux d'hébergement de la population selon l'âge, le niveau de dépendance et le type d'institution : 2003



Source: Inami, calculs SESA/UCL

La Figure 4.20 et le Tableau 4-19 situent les populations de chaque classe d'âges selon qu'elles sont ou non en maison de repos et, si elles le sont, suivant qu'elles sont peu ou pas dépendantes (O+A) ou fortement dépendantes (B+C). Dans ce cas, on distingue l'hébergement en MRPA et en MRS.

Tableau 4-19 Taux d'hébergement de la population selon l'âge, le niveau de dépendance et le type d'institution : 2003 (en %)

	< 60	60-74	75-79	80-84	85-89	90-94	95+	Tous âges
B+C en MRS	0,01	0,28	1,44	3,97	8,34	18,53	32,73	0,41
B+C en MRPA	0,01	0,22	1,09	3,11	6,45	13,21	21,69	0,31
O+A en MRPA	0,01	0,39	1,51	4,19	8,17	14,83	22,95	0,41
Population vivant hors MR ou MRS	99,97	99,11	95,96	88,73	77,04	53,43	22,63	98,87

Source: Inami, calculs SESA/UCL

Au 30 juin 2003, alors que la reconversion prévue de 25 000 places MRPA en MRS devait être quasi terminée, 43 % des résidents B ou C étaient encore en MRPA. Il reste donc du chemin à faire pour atteindre l'objectif d'accorder à chaque résident, quel que soit le type d'institution où il réside, un encadrement correspondant à son besoin d'aide et donc un forfait soins y adapté.

Les taux à partir d'un âge donné (60+, 65+, ...) montrent toute l'importance de la croissance de l'hébergement entre 1995 et les années 2000 (cf. Tableau 4-20). Celle-ci se marque déjà pour l'ensemble de la population âgée de 60 ans et plus (+ 0.7 point de %), mais elle s'observe surtout pour les 90+ (+ 11 points).

Tableau 4-20 Taux d'hébergement en maisons de repos à partir d'un âge donné : Belgique, 1995-2003 (%)

	60+	75+	80+	85+	90+
1995	4,38	13,01	18,19	28,44	40,78
2000	5,06	13,52	23,26	33,14	51,92
2001	5,18	13,57	22,99	34,46	54,65
2002	4,85	12,37	20,54	32,12	50,78
2003	5,07	12,71	20,72	33,92	52,53

Source : Inami, calculs SESA/UCL

Le taux d'hébergement de l'ensemble des personnes âgées de plus de 60 ans diffère de manière sensible selon les Régions (cf. Tableau 4-21). Il est le plus élevé à Bruxelles (6.8 %), suivi par la Wallonie (5.8 %) ; la Flandre a un taux relativement bas de 4.4 % et se situe au plancher quel que soit l'âge. La différence entre Bruxelles et la Wallonie s'amenuise toutefois à partir de 80 ans et s'inverse même au delà de 90 ans. Ces résultats montrent que le système de santé est organisé de manière spécifique dans chaque Région. Notamment, le niveau de recours aux SIAD varie aussi selon les Régions, mais les différences se marquent en sens inverse à celles observées ici pour les maisons de repos : la Flandre se situant alors

au plafond et Bruxelles au plancher. Cette situation suggère l'existence d'une certaine substitution entre les SIAD et l'hébergement des personnes âgées.

Tableau 4-21 Taux d'hébergement en maisons de repos par Région, à partir d'un âge donné : 2003 (%)

	60+	75+	80+	85+	90+
Wallonie	5,80	13,73	22,10	35,88	54,83
Bruxelles	6,81	14,79	22,43	35,33	53,19
Flandre	4,42	11,75	19,59	32,55	51,12
Pays	5,07	12,71	20,72	33,92	52,53

Source : Inami, calculs SESA/UCL

D'autres facteurs interviennent pour expliquer ces situations régionales divergentes. D'une part, une intensité du vieillissement moindre en Flandre, d'autre part, la création en 1990 de *serviceflats* par la Communauté flamande, laquelle a certainement influencé ce processus en procurant une alternative à l'hébergement. Les soins y sont donnés dans le cadre des soins à domicile. Si les 11 000 personnes qui y habitent fin 2003 étaient entrées en maisons de repos, le taux d'hébergement des 60+ en Flandre serait de 5.2 au lieu de 4.4 %. Cette possibilité n'a été introduite qu'en 1998 dans la législation wallonne sous le nom de « résidence services » (A.Gt.W. 3-12-1998) ; à Bruxelles, seule la COCOM l'a établi en 1996 (Ord. du 14-03-1996) ; la Communauté germanophone en a fixé les normes par l'A.Gt du 09-05-1994. Le nombre de résidences-services créées depuis lors est encore très faible. Il existe cependant en Wallonie et à Bruxelles diverses formes d'habitat groupé qui offrent un cadre de vie où les aînés gèrent leur vie de manière indépendante et solidaire : Maison Abbeyfield, Petit Béguinage et autres (Fondation Roi Baudouin, 1998). Ces initiatives ne sont qu'au début de leur développement. Il existe également des "seniorities" où les habitants sont propriétaires de leur logement et où des services sont à leur disposition, mais ces institutions ne sont accessibles qu'à des personnes fortunées.

Les MRS disposent d'un cadre infirmier et soignant plus important que les MRPA : elles sont destinées à accueillir des personnes appartenant aux catégories de dépendance supérieures (B et C). En 1997, un moratoire concernant le nombre total de places fut décidé, ainsi que la transformation de 25 000 places de MRPA en places MRS de 1998 à 2003. A la fin de 2001, on dénombrait 124 650 places MRS & MRPA, soit une augmentation de + 65 % depuis 1984.

Le nombre annuel de forfaits journaliers a aussi augmenté, de + 28 % de 1991 à 1999 (+ 19 % en MRPA et + 64 % en MRS), et ce sont surtout les forfaits de dépendance forte (niveau B, C et Cd) qui génèrent cette augmentation. Le mouvement s'est accéléré depuis 1998, début des reconversions de places MRPA en MRS. En trois ans (1998-2001), les dépenses INAMI en MRS ont quasi doublé.

En ce qui concerne les résidents (MRS & MRPA), les données INAMI enregistrent une croissance du nombre de résidents dans les trois Régions de 1995 à 2000 (+ 21 % pour le pays), particulièrement pour les 75-79 ans et les plus de 90 ans. Par contre, depuis 2001, on assiste à une stabilisation, et même à une diminution pour ce qui concerne les « jeunes » résidents (< 74 ans).

Les taux d'hébergement ont aussi augmenté avec le temps (1995-2001), mais ils ont légèrement diminué ensuite. En juin 2003, malgré les reconversions de lits, 43 % des résidents B ou C étaient encore en MRPA et ne bénéficiaient donc pas encore d'un encadrement correspondant à leur besoin d'aide et donc d'un forfait soins y adapté.

L'évolution des taux selon l'âge est spectaculaire : en 2003, on observe un doublement entre les classes d'âges 80-84 et 85-89 ans (de 11 % à 23 %), un autre doublement dans la catégorie 90-94 ans (47 %) et un taux de 77 % à partir de 95 ans.

Selon les Régions, le taux d'hébergement des 60+ est le plus élevé à Bruxelles (6.8 %), suivi de la Wallonie (5.8 %) et de la Flandre où le taux est relativement bas (4.4 %). Et pour cause : non seulement la structure par âge est un peu plus favorable en Flandre, mais encore le système de santé est organisé de manière spécifique dans chaque Région : notamment, création dès 1990 de serviceflats en Communauté flamande, niveau de recours aux SIAD plus élevé en Flandre et bas à Bruxelles.

1.3.2. Perspectives d'avenir

Comment peut-on envisager l'avenir ? L'évolution à court terme est déterminée par une contrainte technique quasi imparable, le délai nécessaire entre la décision de construction d'une maison de repos et sa réalisation : de trois à cinq ans sont généralement nécessaires. Or les taux d'occupation des institutions sont très élevés, le nombre de résidents ayant quasi rejoint le nombre de places agréées (près de 95 % en 2001). Une augmentation du nombre de résidents n'est donc guère envisageable. On constate même, depuis 2001, une certaine décade, mais de trop courte durée pour que l'on puisse en tirer des conclusions pour l'avenir, sinon qu'un moratoire a pour effet de contracter la demande en limitant l'offre.

Et à plus long terme, quels scénarios envisager ?

1.3.2.1. *Projection démographique*

Une projection mécanique des taux d'hébergement observés en 2000 peut être calculée, afin de mesurer l'importance du facteur démographique, toutes choses restant égales. Un tel scénario se solde par une croissance des besoins très élevée, qui nécessiterait la construction d'institutions susceptibles d'accueillir 56 000

personnes supplémentaires en vingt ans, 90 000 d'ici à 2030, \pm 210 000 avant 2050 (cf. Figure 4.21 et Tableau 4-23) ¹¹.

Une telle évolution n'est ni souhaitable, ni réaliste. On pourrait l'appeler: le "scénario catastrophe".

Non souhaitable : de nombreuses études ont démontré le peu d'attrait que les personnes âgées avaient pour le placement en maison de repos. Celui-ci est généralement décidé ou subi quand aucune autre solution n'est possible. De plus, le montant moyen des revenus des personnes âgées est notoirement inférieur au coût de la pension en maison de repos. L'hébergement n'est souvent possible que moyennant une intervention du CPAS (encore redoutée aujourd'hui par son caractère "d'assistance" et à cause du recours possible du CPAS auprès des débiteurs alimentaires). Dans les maisons du secteur public, c'est déjà le cas en 2000 pour un résident sur cinq en Wallonie et pour un sur deux à Bruxelles (Rombeaux, 2002).

Irréaliste : l'évolution de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI) suggère que l'incidence d'une incapacité sévère survient plus tard qu'autrefois et que ce mouvement se poursuivra à l'avenir, permettant aux personnes âgées de reculer encore leur entrée en maison de repos. Un second scénario sera donc envisagé sur base d'une hypothèse optimiste, celle d'un recul des taux d'hébergement par âge, à partir des gains d'espérance de vie (EV) escomptés.

1.3.2.2. Projection démographique avec progression de l'EVSI

L'espérance de vie par âge et sexe a été calculée par le Bureau fédéral du Plan pour la période 2000-2050 (cf. tableau ci-dessous) ; sur cette base on peut calculer les gains d'EV pour chaque catégorie d'âges et sexe ¹².

Tableau 4-22 Espérance de vie à 65 ans et à 80 ans

	1995	2000	2010	2020	2030	2040	2050
Espérance de vie à 65 ans							
Hommes	15,13	15,91	17,13	18,29	19,4	20,46	21,48
Femmes	19,5	20,03	21,31	22,39	23,42	24,38	25,27
Espérance de vie à 80 ans							
Hommes	6,61	6,91	7,49	8,05	8,61	9,18	9,76
Femmes	8,69	8,79	9,62	10,25	10,88	11,48	12,07

Source : Mestdagh J, Lambrecht M, 2003, tableau 27, p 79

¹¹ Mestdagh et al, Agir Project, FPB, 2003, arrivent aux mêmes résultats pour ce scénario (p.29).

¹² Les espérances de vie par âge et sexe et jusqu'en 2050 nous ont été aimablement communiquées par le Bureau du Plan. Pour chaque année concernée par la projection (2000-2050), le gain moyen d'EV du groupe 60-64 ans a été calculé en pondérant les gains annuels escomptés pour chaque âge et sexe par la place occupée par la population de même âge et sexe l'année considérée ; de même pour le gain escompté pour les autres groupes d'âges.

Les taux d'hébergement ($T_{c_{n0}}$) aussi sont connus pour l'année de départ (n_0), par groupes d'âges quinquennaux « c ». Si les gains d'EVSI étaient de cinq ans, il suffirait de décaler les taux observés pour deux classes d'âges successives. Les gains espérés d'année en année sont évidemment bien moindres.

En partant de l'hypothèse que les progrès de l'EVSI seront parallèles à ceux escomptés pour l'EV, on estimera, pour chaque catégorie d'âges (à partir de 65-69 ans), le gain espéré en matière d'hébergement. Le calcul s'effectuera en diminuant année par année chaque taux d'hébergement observé ($T_{c_{n0}}$). Ces taux dits « différés » sont calculés pour les divers groupes d'âges (c), comme suit :

à l'année n, un taux T_{c_n} sera égal au taux de la catégorie d'âges (c) à l'année de base (n_0), moins x cinquième de la différence entre le taux de la catégorie (c) et celui de la catégorie (c-1) ¹³ :

$$T_{c_n} = T_{c_{n0}} - [(T_{c_{n0}} - T_{c-1_{n0}}) * (x / 5)]$$

où x est égal au gain d'EV cumulés entre l'année n_0 et l'année étudiée pour la catégorie d'âges quinquennale « c ».

Le nombre escompté de résidents peut ensuite être estimé en appliquant les taux ainsi calculés aux perspectives de population de cet âge (établies au 30 juin).

Cette évaluation est optimiste. Elle pose en effet comme hypothèse que l'EVSI augmente aussi vite que l'EV (et aussi que la dépendance et que l'hébergement qui en découle reculent à l'avenant). Cette hypothèse peut paraître optimiste, vu que, selon le bureau du Plan, l'EVSI décline avec l'âge plus rapidement que l'EV (calculs basés sur le tableau 2.17) ; elle a néanmoins été retenue, dans l'espoir d'une compression des incapacités graves au fil du temps. Cela s'est déjà produit dans divers pays, mais il est trop tôt pour affirmer que ce sera le cas en Belgique au rythme escompté ¹⁴. On peut le retenir comme scénario possible.

De plus, les données statistiques dont nous disposons pour effectuer une projection du nombre de résidents en maisons de repos concernent les taux d'hébergement actuels ; une apparition plus tardive de l'incapacité influencera l'âge d'entrée en maison de repos et ce n'est donc qu'après plusieurs années de placement différé que ces taux d'hébergement (en réalité des prévalences) seraient modifiés.

¹³ Les gains aux classes extrêmes ont été calculés au prorata du gain dans la classe adjacente. Pour les moins de 60 ans, les taux ont été maintenus constants.

¹⁴ Le temps écoulé entre les enquêtes santé de 1997 et 2001 et la faiblesse de l'échantillon aux âges élevés ne permettent pas de tirer une conclusion définitive sur l'évolution de l'incapacité. En outre, de nouveaux calculs d'EVSI seraient nécessaires, en la limitant aux incapacités sévères et en ajoutant les démences parmi celles-ci.

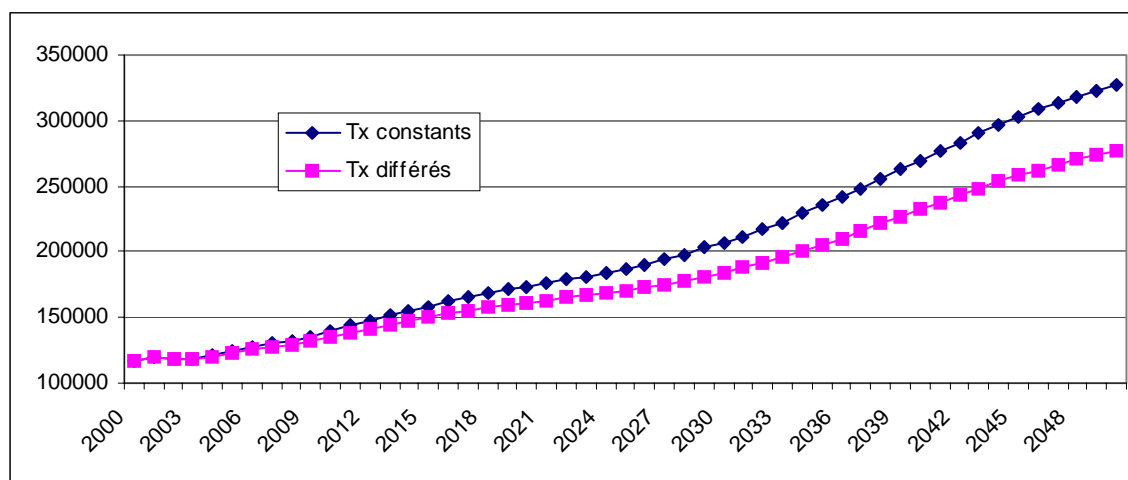
L'effet escompté apparaît important, surtout à partir de 2030 (cf. Figure 4.21 et Tableau 4-23), même s'il faut compter avec une certaine marge d'incertitude.

Tableau 4-23 Projection du nombre de résidents en maisons de repos à taux constants et à taux différés, par région: 2000 à 2050 (milliers et indices pour 2000 = 1)

Flandre	2000	2005	2010	2015	2020	2030	2050
Tx constants	59,1	63,5	73,4	85,0	95,5	115,2	183,1
Tx différés	59,1	62,9	70,9	80,4	88,4	101,7	151,9
<i>Indices</i>							
<i>Tx constants</i>	1,00	1,07	1,24	1,44	1,62	1,95	3,10
<i>Tx différés</i>	1,00	1,06	1,20	1,36	1,50	1,72	2,57
Wallonie							
Tx constants	42,8	44,9	50,5	56,0	60,4	72,1	116,1
Tx différés	42,8	44,5	48,9	53,1	55,9	63,4	96,3
<i>Indices</i>							
<i>Tx constants</i>	1,00	1,05	1,18	1,31	1,41	1,68	2,71
<i>Tx différés</i>	1,00	1,04	1,14	1,24	1,31	1,48	2,25
Bruxelles							
Tx constants	14,1	14,4	15,0	15,7	16,1	17,7	26,2
Tx différés	14,1	14,3	14,5	14,9	15,0	15,7	21,9
<i>Indices</i>							
<i>Tx constants</i>	1,00	1,02	1,06	1,11	1,14	1,25	1,85
<i>Tx différés</i>	1,00	1,01	1,03	1,05	1,06	1,11	1,55
Pays							
Tx constants	116,1	122,8	138,9	156,7	171,9	205,0	325,5
Tx différés	116,1	121,7	134,3	148,3	159,3	180,8	270,0
<i>Indices</i>							
<i>Tx constants</i>	1,00	1,06	1,20	1,35	1,48	1,77	2,80
<i>Tx différés</i>	1,00	1,05	1,16	1,28	1,37	1,56	2,33

Source : Calculs Leroy et Delière, SESA/UCL

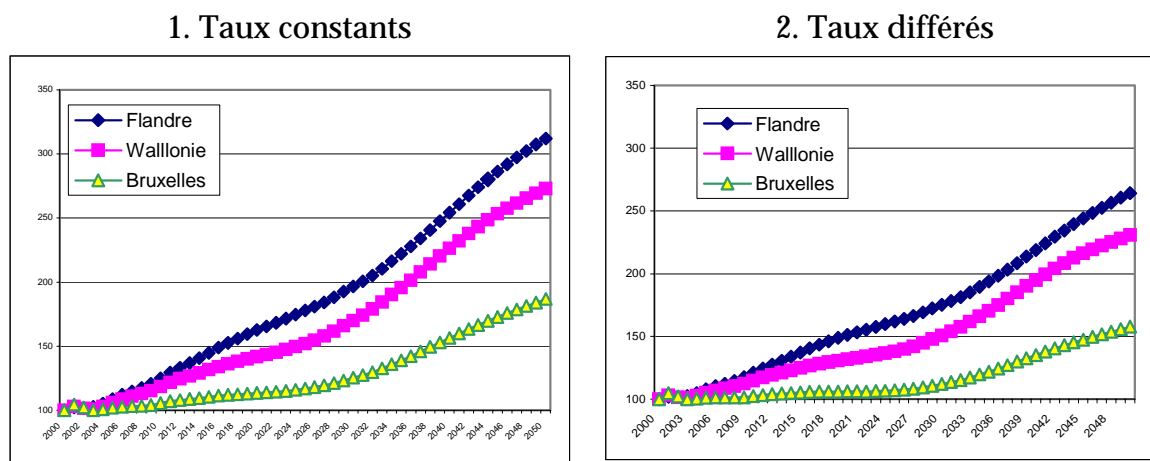
Figure 4.21 Projection du nombre de résidents en maison de repos à taux constants et à taux différés en Belgique : 2000-2050



Source : Calculs Leroy et Delière, SESA/UCL

L'effet sera beaucoup plus marqué en Flandre et en Wallonie qu'à Bruxelles (cf. Figure 4.22).

Figure 4.22 Projection du nombre de résidents en maison de repos à taux constants et à taux différés : Indices par Région : 2000-2050



Source : Calculs Leroy et Deliège, SESA/UCL

Trois conclusions s'imposent ainsi avec évidence.

1. Si les taux d'hébergement demeurent constants, les projections relatives aux deux prochaines décennies conduisent à une explosion de la demande difficilement supportable. Construire et mettre en service 56 000 places en maisons de repos en vingt ans, suppose d'importants frais d'investissement et de fonctionnement, sans compter que la croissance au cours des décennies suivantes s'avèrerait encore plus explosive : plus de 150 000 places supplémentaires en trente ans à taux constants.
2. Une amélioration de l'EVSI (sévère), si elle s'effectue parallèlement à l'EV, réduirait la croissance en 20 ans de 11 points de pourcentage (de + 48 % à 37 %). Ce ne sont plus 56 000 places supplémentaires qu'il faudrait envisager mais "seulement" 43 000 ! A l'horizon 2050, il ne faudrait plus augmenter la capacité d'accueil « que » de 133 % et non de 180 %.
3. Les Régions sont touchées très différemment par la croissance des besoins, en raison des perspectives démographiques propres à leur population. Alors que la Wallonie se situe au niveau moyen du pays, la Région bruxelloise n'enregistre à taux constants qu'une croissance de ses besoins de 14 % en vingt ans. Si l'amélioration de l'EVSI permettait des taux d'hébergement différés, elle pourrait maintenir un quasi statu quo pendant une décennie. Par contre, la Flandre verrait le nombre de résidents à taux constants augmenter de 62 % en vingt ans et de 210 % en cinquante ans. A taux différés, l'augmentation y serait de 50 % en vingt ans et de 157 % d'ici à 2050.

L'effet escompté du gain d'EVSI (sévère), même si on ne peut le mesurer avec précision, est si important qu'il constitue un objectif majeur de Santé publique. Une telle amélioration sera favorisée par une politique active en matière de soins, d'environnement, de style de vie et de conditions de vie. Cette politique a certes un coût, mais elle diminue les besoins en institutionnalisation, fort onéreux. Le bilan mériterait d'être calculé avec précision.

Un investissement massif en capacité d'hébergement est-il opportun, voire nécessaire ? Le résultat escompté le justifie-t-il ? N'y a-t-il pas d'autres politiques menant à des résultats plus positifs pour les personnes âgées elles-mêmes et pour la collectivité ? Ces questions doivent être posées avant de se lancer dans un programme aussi vaste et aussi lourd de conséquences pour l'avenir.

Le développement de maisons de repos capables de répondre à des situations de dépendance en procurant une réelle qualité de vie aux résidents ne peut certainement pas être remis en cause. Cependant, le souci de répondre à la croissance prévisible des besoins d'aide et de soins ne doit pas faire oublier qu'il est possible de prévenir la dépendance et, si elle survient, d'éviter qu'elle ne s'installe. En orientant les soins vers le dépistage de la fragilité gériatrique et la réhabilitation, de grands progrès peuvent aussi être obtenus.

Les études gérontologiques récentes orientent la réflexion vers des formes d'habitat permettant le maintien à domicile des personnes âgées dans de bonnes conditions de sécurité et d'insertion sociale (Vercauteren, 2000a et b). Elles insistent sur l'importance de mettre à la disposition des personnes âgées un large éventail d'habitats, au lieu de se cantonner à l'alternative : domicile-institution. Carlson en a fait l'inventaire pour la Belgique (Fondation Roi Baudouin, 1998). Il serait opportun d'établir un nouvel état de la situation et d'en tirer des conclusions pour l'avenir. Ces "autres" manières d'habiter (par exemple *béguinages*, *Abbeyfield*, ...) sont principalement développées par des initiatives privées de particuliers ou d'associations. Les pouvoirs publics y ont collaboré, notamment pour les *serviceflats* en Flandre et quelques *résidences services* du côté francophone. Des réalisations, encore trop rares, ont été soutenues par des Sociétés de logement social et par des Régies foncières (Meeus, 2002 ; Leroy, 2002).

Les architectes ont commencé également à s'intéresser à la question et deviennent attentifs à promouvoir un habitat qui puisse s'adapter au vieillissement de son propriétaire ou locataire : "Habitat évolutif" (Vercauteren, 2000a), "Levenslang wonen" (PWO, 1999). Selon le rapport de la Confédération Construction Bruxelles-Capitale : « les principes de conception universelle et de construction durable permettront de diminuer les coûts liés à cette adaptation » (Vanderhaegen, 2003). La domotique et la télévigilance viennent également apporter à l'habitat des possibilités susceptibles de pallier de nombreuses difficultés et d'assurer plus de sécurité.

Les ergothérapeutes, conscients de ce que leur formation les prépare à informer, conseiller, soutenir les personnes qui désirent adapter leur habitat pour éviter les accidents ou surmonter des difficultés fonctionnelles, estiment pouvoir intervenir utilement à domicile, à partir soit de l'hôpital, soit d'un centre de coordination de soins à domicile. Le financement de ces prestations mériterait d'être prévu par l'INAMI (Meeus, 2002).

Par ailleurs, comme nous le verrons à la section suivante, les soins infirmiers à domicile présentent aussi des différences régionales ; leur développement éventuel permettrait sans doute de réduire les taux d'hébergement en maison de repos, notamment en abaissant l'âge d'entrée. Quoi qu'il en soit, un effort d'investissement demeurera nécessaire en matière d'hébergement, particulièrement en Flandre.

Dans les trois régions, des efforts sont à fournir pour améliorer la qualité de l'hébergement, notamment pour remplacer les chambres communes par des chambres particulières, afin de préserver l'intimité de la personne âgée.

Diverses projections démographiques ont été envisagées. La projection mécanique des taux d'hébergement observés en 2000 conduit à une croissance des besoins très élevée : + 56 000 places en 2020, + 90 000 en 2030 et + 210 000 en 2050. Un tel scénario n'est ni souhaitable, ni réaliste.

Par contre, si on estime que les progrès escomptés de l'espérance de vie sans incapacité sévère se feront au prorata de ceux de l'EV, on peut prendre en compte ces gains espérés pour calculer des taux d'hébergement dits « différés ». Dans ce cas, la croissance des besoins d'hébergement pourrait être réduite de 11 points de pourcentage en vingt ans (de + 48 % à + 37 %) ; il ne faudrait envisager « que » environ 43 000 places supplémentaires. Les besoins s'avèrent les plus importants en Flandre (+ 29 à 36 000 places), modérés en Wallonie (+ 13 à 18 000), mais relativement faibles à Bruxelles (environ 1000 à 2000).

Les effets d'un tel scénario sont bénéfiques, tant d'un point de vue qualité de vie des aînés qu'au plan des dépenses publiques pour l'hébergement. Il mérite donc d'être favorisé via une politique active en matière de soins, d'environnement, de réseaux sociaux, de styles de vie et de conditions de vie. Ainsi, des études récentes orientent la réflexion vers des formes nouvelles d'habitat, permettant le maintien à domicile des personnes âgées dans de bonnes conditions de sécurité et d'insertion sociale. Les expériences nouvelles en la matière méritent d'être encouragées.

1.4. Les soins et l'aide à domicile

Les personnes âgées à domicile ont fréquemment besoin d'aide pour pouvoir réaliser les actes vitaux de la vie journalière (AVJ, ADL en anglais), ainsi que les actes instrumentaux qui y sont associés (AIVJ, IADL). Elles ont aussi plus souvent que les jeunes, besoin de soins, soit occasionnellement, soit de manière régulière et prolongée.

Dans cette section, on s'intéressera en premier lieu aux soins infirmiers, pour évaluer leur fréquence et les perspectives de leur développement. Les soins prolongés ou à long terme (LTC, « Long term care ») retiendront particulièrement notre attention. Nous nous interrogerons ensuite sur la manière dont les personnes âgées font face aux difficultés qu'elles rencontrent en matière d'AVJ et d'AIVJ : les réponses qu'elles obtiennent de leur entourage, les aides qu'elles reçoivent des professionnels de l'aide aux personnes, ainsi que des services qui les organisent.

1.4.1. Les soins infirmiers à domicile (SIAD)

1.4.1.1. *Tendances du passé*

a/ Evolution globale de la consommation

En 1978, le gouvernement belge décida de développer les services nécessaires pour raccourcir ou éviter l'hospitalisation¹⁵. Le maintien à domicile et la création des MRS ont dès lors constitué deux orientations constantes de la politique de santé en faveur des personnes âgées (Ministère de la Santé publique, 1993). Le développement des SIAD prend place dans cette perspective.

De 1978 à 1998, les dépenses de l'INAMI en soins infirmiers à domicile (SIAD) sont passées de 2,7 à 18,9 milliards de FB. Ramenés en francs constants, ces postes ont doublé pendant les dix premières années et augmenté de 68 % les dix années suivantes. De 1998 à 2003, la croissance s'est poursuivie : + 29 % en cinq ans. Au total, une multiplication par 4.4 en un quart de siècle. Plusieurs revalorisations

¹⁵ Loi du 27 juin 1978.- Loi modifiant la législation sur les hôpitaux et relative à certaines autres formes de soins (MB, 12-7-1978), modifiée par la loi du 8 août 1980 et l'AR n° 59 du 22/7/1982.

barémiques sont intervenues au cours de ces dernières années mais, inversement, des conditions plus restrictives ont été établies pour le remboursement des toilettes ou l'octroi de forfaits soins. La croissance résulte principalement d'une augmentation de la demande liée au raccourcissement de la durée d'hospitalisation et à l'instauration de soins palliatifs à domicile (01-10-2001).

Le taux de croissance des dépenses en SIAD a régulièrement dépassé celui de l'ensemble des soins de santé. La part des SIAD dans le budget de l'INAMI est passée de 3,5 % en 1990 à 4,5 % en 2000.

b/ La consommation en fonction de l'âge et de la Région

Pour une consommation de SIAD par assuré au Régime Général AMI égale à cent dans l'ensemble du pays, celle de la Flandre atteint l'indice 120 ; celle de la Wallonie, 89 ; et celle de la Région de Bruxelles Capitale, 42 (INAMI, Rapport sur l'application uniforme de la législation dans tout le Pays, 1997).

Selon l'enquête de santé de 2001, l'urbanisation ne semble pas être facteur explicatif des différences régionales : après correction pour l'âge et le sexe, nettement plus de personnes font appel aux soins à domicile dans les grandes villes de Flandre et de Wallonie qu'à Bruxelles (HIS 2001) ; les différences entre ces villes et les zones semi-urbaines et rurales ne sont pas significatives. Leroy propose trois éléments potentiellement explicatifs des différences entre Bruxelles et les deux autres régions :

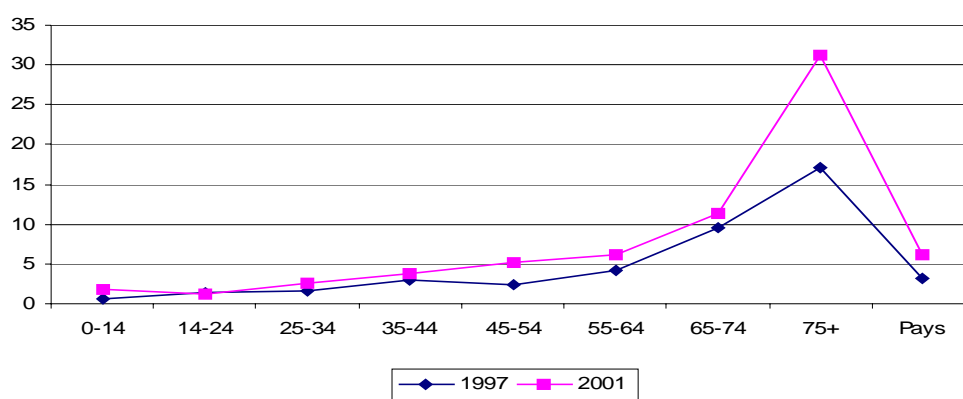
- la structure socio-professionnelle de la population bruxelloise (plus d'employés, cadres, indépendants et de professions libérales et moins d'ouvriers) : selon l'enquête de Santé de 2001, les catégories socioprofessionnelles supérieures consomment moins de SAD ;
- l'offre insuffisante de SAD et de SIAD par manque de financement et de personnel ;
- la présence d'une population étrangère peu habituée à ce type de service.

On peut subodorer en outre, des problèmes de circulation, de stationnement, voire de sécurité.

Toujours selon la même enquête, la proportion de la population recevant des soins à domicile augmente bien sûr avec l'âge, et les femmes reçoivent des SIAD plus souvent que les hommes, quel que soit le groupe d'âges. L'enquête confirme qu'en Région bruxelloise, les individus déclarent moins souvent faire appel à ces professionnels, qu'en Région flamande ou en Région wallonne : 20 % des personnes de 75 ans et plus, contre respectivement : 35 et 28 % dans les deux autres Régions.

Une nette évolution apparaît entre les enquêtes de santé de 1997 et de 2001. Le pourcentage de personnes faisant appel aux SIAD augmente et fortement pour les 75 ans et plus : parmi ceux-ci, 31 % déclarent y faire appel en 2001 et cette proportion est presque double de celle de 1997 (cf. Figure 4.23). Les données de l'INAMI confirment la croissance des dépenses pour les SIAD, lesquelles ont globalement augmenté de 36 % pendant ce laps de temps.

Figure 4.23 Personnes ayant rapporté un contact avec du personnel infirmier à domicile au cours de l'année écoulée (%)



Source : Enquête Santé - 2001

En France aussi, on a constaté, de 1980 à 1991, une véritable envolée des recours aux soins infirmiers aux âges les plus avancés. Ainsi, en 1991, près de 16 % des personnes de 60 ans et plus ont eu un recours à un infirmier au cours des trois mois de l'enquête de Santé. Cette même enquête révèle qu'entre 50 et 70 ans, ce type de consommation est plus élevé chez les femmes mais, après 70 ans, ce sont les hommes qui recourent plus fréquemment aux infirmières (Ankri, Henrard, 1994).

Les dépenses pour SIAD en fonction de l'âge et de la Région ont été analysées en détails lors d'une étude menée par le SESA/UCL avec la collaboration de l'ANMC et de l'UNML (Leroy et al, Tome 1, 2003). Les données analysées représentent 60 % de l'ensemble du Régime Général de l'assurance soins de santé en 1999. Elles peuvent être considérées comme représentatives de l'ensemble de ce régime.

Trois indicateurs ont été construits :

- le montant moyen des dépenses pour SIAD par affilié (titulaires et personnes à charge),
- le pourcentage de bénéficiaires de SIAD parmi les affiliés en 1999,
- le montant moyen de SIAD par bénéficiaire de SIAD.

Les montants moyens par affilié enregistrent une croissance par âge similaire dans chaque Région, mais à des niveaux différents: bas à Bruxelles, moyen en Wallonie,

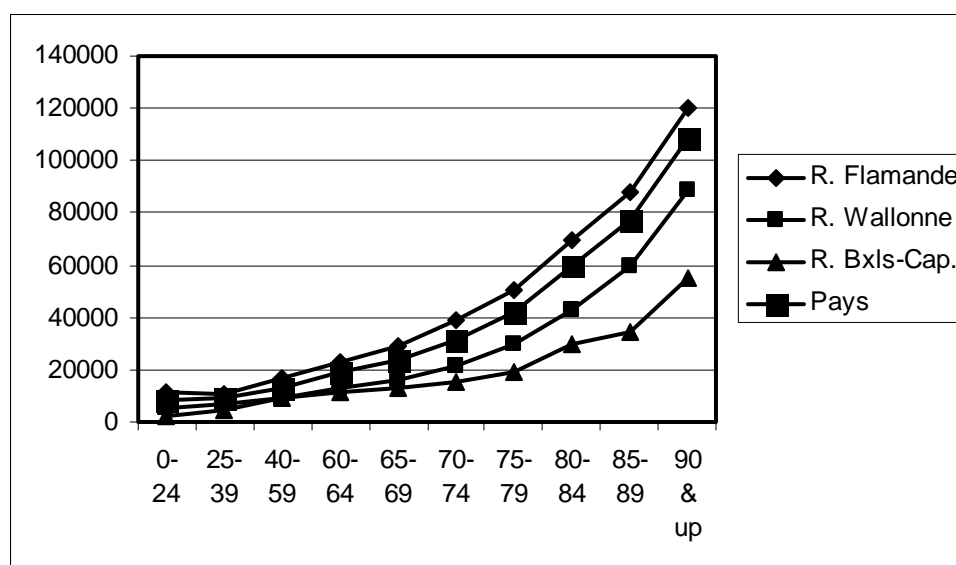
élevé en Flandre (cf. Tableau 4-24 et Figure 4.24). L'augmentation par âge est curvilinéaire et très forte ; elle se poursuit jusqu'au-delà de 90 ans. Peu importante chez les plus jeunes et chez les jeunes adultes, la consommation progresse rapidement après 65 ans; un doublement est observé entre la classe 65-69 ans et celle des 70-74 et un second entre les 75-79 et les 80-84. Entre les 65-69 et leurs aînés (90 et plus), le rapport est de un à quatorze.

Tableau 4-24 Montants moyens INAMI de SIAD par affilié du Régime général, selon la Région et la classe d'âges, 1999

	Montants moyens				Indice pour Flandre = 1	
	R. Flamande	R. Wallonne	R. BxIs-Cap.	Pays.	R. Wallonne	R. Bxl-Cap.
0-24	128	94	47	112	0,73	0,37
25-39	344	349	138	327	1,01	0,40
40-59	922	889	434	877	0,96	0,47
60-64	2 301	2 097	811	2 140	0,91	0,35
65-69	3 728	3 218	1 190	3 401	0,86	0,32
70-74	6 958	5 306	1 822	6 055	0,76	0,26
75-79	12 986	8 902	2 823	10 805	0,69	0,22
80-84	25 633	15 307	6 214	20 835	0,60	0,24
85-89	39 774	23 161	8 414	31 890	0,58	0,21
90 & up	58 157	37 155	14 362	47 609	0,64	0,25
Tous âges	2 746	1 970	880	2 384	0,72	0,32

Source: Draelants H et Leroy X, SESA-UCL, données UNML et ANMC, basé sur Leroy et al, 2003, T 1

Figure 4.24 Montants moyens INAMI de SIAD par affilié du Régime général, selon la Région et la classe d'âges, 1999



Source: Draelants H et Leroy X, SESA-UCL, données UNML et ANMC, basé sur Leroy et al, 2003, T 1

Plusieurs éléments interviennent dans cette croissance. D'une part, la proportion d'affiliés ayant recours aux SIAD que nous appelons "Bénéficiaires de soins" et, d'autre part, l'importance des soins demandés par ces bénéficiaires (cf. Tableau 4-25 et Figure 4.25). L'une et l'autre augmentent avec l'âge. La proportion de bénéficiaires de soins passe de 14,2 % chez les 65-69 à 44 % à partir de 90 ans (trois fois plus), tandis que la consommation par bénéficiaire dans les mêmes catégories d'âges s'élève de 23 947 FB à 108 293 FB (4.5 fois plus).

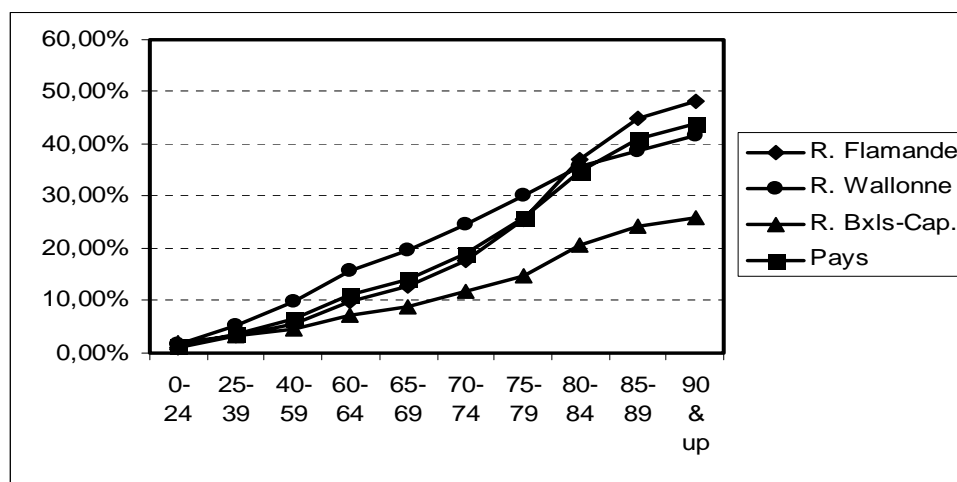
On peut remarquer que la proportion de bénéficiaires de soins en Flandre, qui était plus faible qu'en Wallonie chez les jeunes adultes, la rejoint vers 80 ans, puis la dépasse largement (Tableau 4-25 et Figure 4.25).

Tableau 4-25 Bénéficiaires de soins infirmiers en % des affiliés du Régime Général, selon la Région et la classe d'âges, 1999

	R. Flamande	R. Wallonne	R. Bxls-Cap.	Pays
0-24	1,09	1,79	1,90	1,35
25-39	3,16	5,26	3,24	3,71
40-59	5,50	9,76	4,66	6,57
60-64	9,98	15,75	7,31	11,25
65-69	12,72	19,58	8,89	14,20
70-74	17,75	24,50	11,67	19,08
75-79	25,53	30,09	14,91	25,75
80-84	36,94	35,58	20,72	34,86
85-89	45,05	38,83	24,33	41,07
90 & up	48,28	41,75	25,93	43,96
Tous âges	6,84	9,52	5,55	7,45

Source: Draelants H et Leroy X, SESA-UCL, données UNML et ANMC, basé sur Leroy et al, 2003, T 1

Figure 4.25 Bénéficiaires de soins infirmiers en % des affiliés du Régime Général, selon la Région et la classe d'âges, 1999



Source: Draelants H et Leroy X, SESA-UCL, données UNML et ANMC, basé sur Leroy et al, 2003, T 1

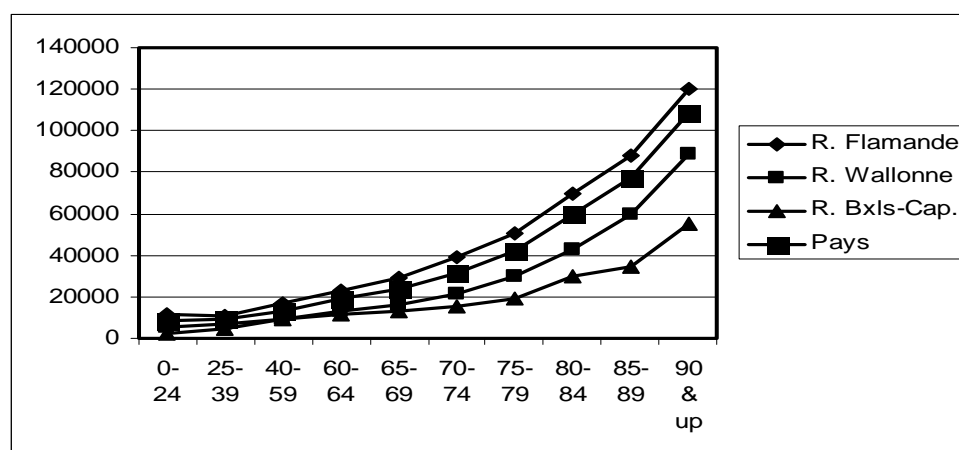
Par contre, les montants moyens par bénéficiaire sont plus élevés à tout âge en Flandre, moindres en Wallonie et nettement plus bas à Bruxelles. L'écart se creuse à mesure que l'âge augmente (cf. Tableau 4-26 et Figure 4.26).

Tableau 4-26 Montants moyens INAMI de SIAD par bénéficiaire de soins dans le Régime Général, selon la région et la classe d'âges, 1999

	R. Flamande	R. Wallonne	R. Bxls-Cap.	Pays
0-24	11695	5251	2491	8272
25-39	10911	6635	4259	8818
40-59	16759	9107	9312	13350
60-64	23055	13316	11100	19013
65-69	29309	16435	13387	23947
70-74	39189	21654	15614	31737
75-79	50855	29582	18934	41968
80-84	69391	43028	29994	59760
85-89	88292	59655	34590	77646
90 & up	120459	88983	55391	108293
Tous âges	40165	20685	15858	31981

Source: Draelants H et Leroy X, SESA-UCL, données UNML et ANMC, basé sur Leroy et al, 2003, T 1

Figure 4.26 Montants moyens INAMI de SIAD par bénéficiaire de soins dans le Régime Général, selon la Région et la classe d'âges, 1999



Source: Draelants H et Leroy X, SESA-UCL, données UNML et ANMC, basé sur Leroy et al, 2003, T 1

Une analyse factorielle de correspondances multiples et une classification hiérarchique ont permis d'apporter quelques éléments d'interprétation de cette différence, ainsi que du montant plus élevé de la consommation par affilié en Flandre. Trois profils distincts de consommateurs de SIAD, inégalement répartis selon les Régions, sont ainsi apparus.

Parmi les bénéficiaires de soins, le profil le plus fréquent (63,4 % de la population étudiée) est celui de personnes bénéficiant de SIAD durant environ un mois, ayant souvent subi une hospitalisation au cours de la même année et âgées de 60 ans en moyenne. Elles reçoivent des injections de médicament et/ou des soins de plaie et/ou de stomie. Elles sont relativement plus nombreuses en Wallonie et appartiennent fréquemment au statut préférentiel.

Le second groupe (28 %) présente une consommation ponctuelle, de moins d'un mois, et faible. Ces bénéficiaires sont plus jeunes, n'ont pas été institutionnalisés, sont moins souvent préférentiels et résident plus fréquemment à Bruxelles.

Le troisième profil (8,6 %) est celui des « personnes dépendantes en SIAD ». Ce sont des personnes âgées d'au moins 75 ans et même fréquemment de 85 ans et plus. La moitié sont des préférentielles. Leur consommation s'étale à longueur d'année et est très importante (5,7 fois plus que la moyenne). Les prestations dont elles bénéficient demandent plus de temps (soins de plaie, soins d'hygiène) et sont donc plus coûteuses. Ce profil est plus fréquent en Flandre, ce qui expliquerait le coût moyen plus élevé dans cette région. Ces personnes consomment 49 % des soins de SIAD.

On se souviendra que les *serviceflats* constituent, en Flandre, un habitat alternatif aux MRPA ; il y est adopté par plus de 11 000 personnes âgées en 2003, alors que les *résidences services*, récemment implantées en Wallonie et à Bruxelles, y sont encore peu nombreuses. Dans ces institutions, les soins sont remboursés en tant que SIAD. Les résidents sont généralement des personnes autonomes et indépendantes, mais il n'est pas exclu qu'elles demandent des soins fréquents. Lorsqu'un couple y habite, si l'un des deux devient dépendant, il peut y rester grâce à l'aide de son conjoint. Cela peut expliquer partiellement le recours plus important des aînés aux SIAD en Flandre. On peut évoquer aussi le mouvement « *eerstelijnggezondheidszorg* » qui donna aux SIAD une vigoureuse impulsion en Flandre au début des années '80.

A partir de ces observations, on peut faire l'hypothèse qu'en matière de soins aux personnes âgées, les SIAD et la politique de logement procurant des solutions diversifiées de maintien à domicile, constituent une alternative par rapport aux soins en maisons de repos, voire même aux MRS et aux services hospitaliers. Cette hypothèse demanderait vérification et approfondissement.

c/ Les soins infirmiers de longue durée à domicile (long-term care, LTC)

L'OMS définit les soins de longue durée comme suit : les activités entreprises, soit par des professionnels soit dans le secteur informel, afin d'assurer aux personnes

qui ont besoin d'aide pour se soigner le maintien de la meilleure qualité de vie possible, selon leurs préférences personnelles, et avec le degré le plus élevé possible d'indépendance, d'autonomie, de participation, d'accomplissement personnel et de dignité humaine. Les soins de longue durée représentent donc l'ensemble des services de support utilisés par des personnes qui ont besoin d'une assistance dans leur vie quotidienne (suite à une maladie chronique, à un traumatisme ou à une maladie qui limite les capacités de se soigner, et/ou de réaliser les activités de la vie quotidienne).

Une part importante des LTC sont délivrés par des infirmières à domicile, si bien que, dans l'ensemble des SIAD, une fraction correspond à des soins de longue durée, mais leur part reste floue ; si l'on en croit les résultats de l'enquête évoquée ci-dessus, cette part pourrait être minoritaire. Le Bureau Fédéral du Plan a effectué une analyse intéressante sur base d'une sélection de données concernant les personnes qui, de 1998 à 2001, ont bénéficié soit de toilettes, soit de forfaits journaliers de SIAD ¹⁶. Dans cette analyse, ces personnes sont considérées comme bénéficiant de LTC, bien que l'étude ne précise pas quelle a été la durée pendant laquelle ces prestations ont été délivrées. Or, les toilettes dont bénéficient des personnes ne nécessitant pas un forfait soins journalier sont généralement prescrites pour une période limitée. Il nous paraîtrait abusif de considérer l'ensemble des toilettes comme étant du LTC. Les résultats de l'étude seront donc présentés sous cette réserve et le sigle «LTC» sera entouré de guillemets pour rappeler que les données couvrent ici un champ plus large que les LTC au sens strict.

Il existe clairement une relation positive entre l'âge et le pourcentage de personnes recevant ces soins formels «LTC» à domicile (Tableau 4-27 et Figure 4.27). Par

¹⁶ Les prestations entrant en ligne de compte pour qu'une personne soit considérée par le Bureau Fédéral du Plan comme bénéficiaire de LTC sont reprises ci-après.

1. Soins d'hygiène : toilettes (« bathroom »)

2. Honoraires forfaitaires par journée de soins pour des patients lourdement dépendants

Forfait A,

- dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour se déplacer et/ou aller à la toilette (score 3 ou 4)

3. Forfait B

- dépendance pour se laver et s'habiller (score 3 ou 4), et
- dépendance pour se déplacer et (/ou{supprimé le 01=01=00}) aller à la toilette (score 3 ou 4) et
- dépendance pour incontinence et/ou pour manger (score 3 ou 4)

4. Forfait C

- dépendance pour se laver (score 4) et s'habiller (score 4), et
- dépendance pour se déplacer (score 4) et aller à la toilette (score 4), et
- dépendance pour incontinence et pour manger (pour laquelle un des deux critères obtient un score de 4, et l'autre un score de minimum 3)

NB Pour l'interprétation des scores 3 et 4, voir annexe 5.

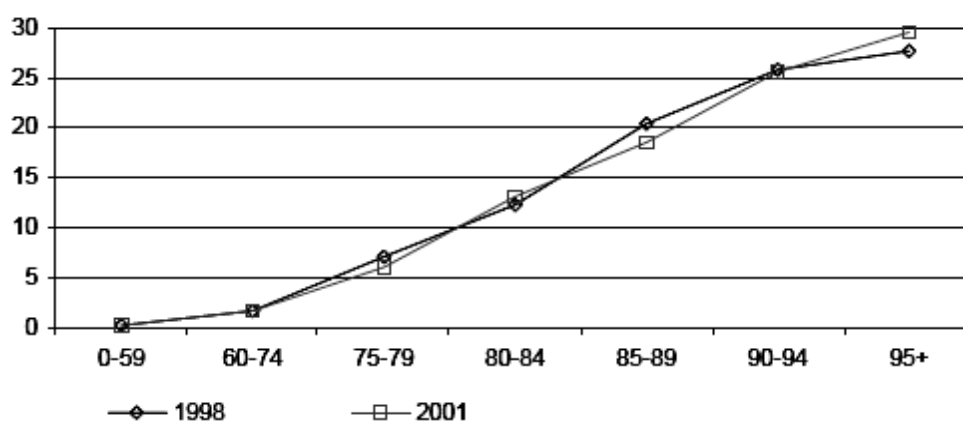
contre, on ne peut détecter une évolution claire à travers le temps. Cette absence d'évolution dans le temps des SIAD «LTC», alors que l'ensemble des SIAD poursuit une croissance fulgurante, mérite de retenir l'attention. Ce pourrait être le signe que les situations de dépendance sévère à domicile ne sont pas en augmentation. Mais, cela pourrait résulter aussi de ce que les services de SIAD sont dépassés par la demande, amenant de ce fait les personnes insuffisamment aidées à entrer en institution.

Tableau 4-27 Bénéficiaires de SIAD «LTC», par groupe d'âges, 1998-2001 (en %)

	1998	1999	2000	2001
0-59	0.12	0.14	0.13	0.14
60-74	1.76	1.95	1.65	1.68
75-79	7.08	6.93	5.92	6.07
80-84	12.20	13.66	12.95	13.09
85-89	20.34	18.82	18.48	18.49
90-94	25.85	21.42	25.16	25.68
95+	27.73	19.98	29.08	29.51
Total	1.19	1.20	1.20	1.20

Source : Calculs du Bureau Fédéral du Plan sur base de données de l'INAMI

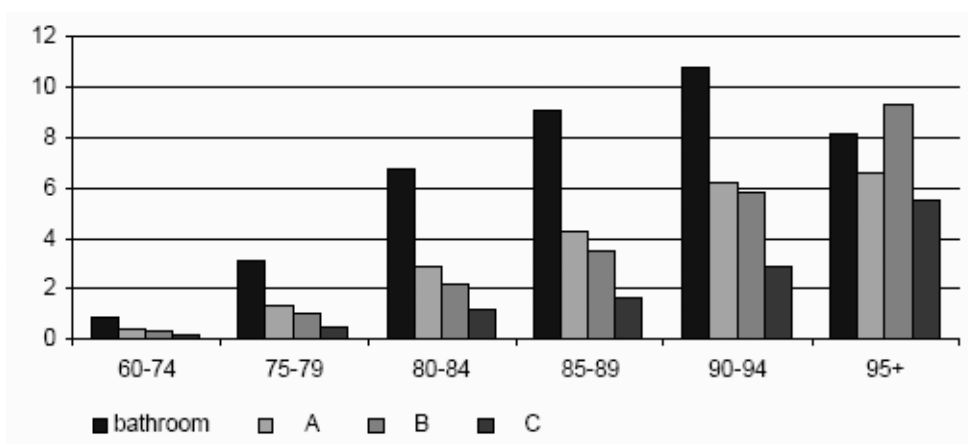
Figure 4.27 Bénéficiaires de SIAD «LTC» par groupe d'âges, 1998 et 2001 (en %)



Source : Calculs du Bureau Fédéral du Plan sur base des données de l'INAMI

Le pourcentage de personnes recevant des «LTC» à domicile augmente avec l'âge, et ce pour tous les niveaux de besoins (toilettes, forfaits A, B ou C), sauf pour les soins d'hygiène à partir de 95 ans. Dans cette catégorie d'âges, c'est le forfait journalier B qui est le plus demandé. Jusque là, c'est le besoin d'aide pour la toilette qui est le plus fréquent (Figure 4.28), tandis que le pourcentage de bénéficiaires de «LTC» diminue dans la mesure où la prestation s'applique à une situation de dépendance de plus en plus lourde (*bathroom* < Forfait A < B < C).

Figure 4.28 Personnes recevant des soins à domicile par groupe d'âges et catégorie de dépendance, 2001 (%)



Source : Calculs du Bureau Fédéral du Plan sur base de données de l'INAMI

En vue de raccourcir ou d'éviter l'hospitalisation, le gouvernement belge a décidé en 1978 de développer les services nécessaires, notamment les soins infirmiers à domicile (SIAD). De 1978 à 2003, les dépenses INAMI en SIAD sont ainsi passées de 2.7 à l'équivalent de 26 milliards de FB, soit une multiplication par 4.4 à valeur constante. Le taux de croissance des SIAD a régulièrement dépassé celui de l'ensemble des soins de santé et la part des SIAD est passée de 3.5 % en 1990 à 4.5 % en 2000.

La consommation (en montants moyens INAMI) enregistre une croissance par âge dans les trois Régions, à des niveaux différents : bas à Bruxelles, moyen en Wallonie, élevé en Flandre. L'augmentation est curvilinéaire et se poursuit jusqu'au delà de 90 ans : entre les 65-69 ans et les 90 +, le rapport est de un à quatorze. Plusieurs éléments interviennent dans cette croissance : augmentation selon l'âge de la proportion d'affiliés ayant recours aux SIAD et aussi de l'importance des soins demandés par ces bénéficiaires.

Trois profils de consommateurs peuvent être distingués : les personnes bénéficiant de SIAD durant environ un mois, âgées de 60 ans en moyenne (63.4 %), cas plus fréquent en Wallonie; les consommateurs ponctuels, plus jeunes (28 %), cas plus fréquent à Bruxelles; les personnes dépendantes en SIAD, âgées d'au moins 75 ans (8.6 %), cas plus fréquent en Flandre. Le recours plus important des aînés aux SIAD en Flandre a été favorisé par l'implantation de nombreux serviceflats.

Seule une part des SIAD constitue donc des soins de longue durée (LTC) ; l'analyse de ces soins doit dès lors tenir compte de la durée d'octroi des prestations.

1.4.1.2. Perspectives d'avenir des SIAD

Nous envisagerons successivement quatre scénarios : l'effet mécanique (à taux par âge constants), un alignement des taux sur ceux de la Flandre, des taux différés grâce à l'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité (EVSI), plus la combinaison de ces deux derniers scénarios.

a/ Projection démographique

Les taux d'utilisation des soins infirmiers par classe d'âges étant connus, l'impact du vieillissement peut être calculé, toutes choses restant égales. Cette supposition ne constitue qu'une hypothèse de travail, mais elle permet de mesurer l'impact de l'évolution démographique à dépendance et à recours par âge constants. Ensuite, des scénarios plus complexes et peut-être plus proches de la réalité seront testés. On calculera ici l'impact du vieillissement en projetant, dans chaque Région, les taux actuels de recours par âge, en supposant que ceux-ci sont indépendants des effets de génération ; ce qui est déjà une simplification.

Tableau 4-28 Croissance des SIAD en fonction du vieillissement démographique, par Région en Belgique, taux par âge constants 2000-2020

	2000	2005	2010	2015	2020
Flandre	100	111	123	135	145
Wallonie	100	107	115	123	131
Bruxelles	100	104	106	109	111
Pays	100	110	120	131	140

Source : Calculs Leroy, SESA/UCL

Selon ce scénario purement démographique, les SIAD augmenteraient en volume de 40 % dans l'ensemble du pays entre 2000 et 2020, soit en moyenne de dix points de pourcentage tous les cinq ans ou de 1,7 % par an au cours de la période. L'impact serait très différent selon les Régions, le vieillissement démographique et les taux d'utilisation touchant celles-ci inégalement. La croissance serait ainsi la plus forte en Flandre et la plus faible à Bruxelles.

b/ Impact de la démographie combiné avec un alignement des taux de consommation sur ceux de la Flandre

Le constat fait plus haut d'une inégale consommation de SIAD selon les Régions suscite l'hypothèse d'un éventuel « rattrapage » de la Wallonie et surtout de Bruxelles-Capitale par rapport à la Flandre. Ce scénario calcule alors quelle serait l'évolution en volume si l'on aboutissait en 2020 à aligner les taux de consommation régionaux par âge sur ceux observés en Flandre en 1999. Au-delà de l'effet mécanique du vieillissement, la croissance *supplémentaire* attendue en

vingt ans serait alors de 24 points au niveau du pays, la Wallonie progressant de 53 points et Bruxelles bien davantage, vu son faible niveau de départ : + 256 point (cf. Tableau 4-29).

Tableau 4-29 Croissance potentielle des SIAD en fonction du vieillissement démographique, par Région, taux par âge alignés progressivement sur ceux de la Flandre de 1999 (2000 = 100)

	Indices 2000=100				
	2000	2005	2010	2015	2020
Flandre	100	111	123	135	145
Wallonie	100	118	139	162	184
Bruxelles	100	163	229	298	367
Pays	100	115	131	149	164

Source : Calculs Leroy, SESA/UCL

Un tel scénario nécessiterait une politique proactive d'offre en Wallonie et à Bruxelles. Malgré le surcroît de dépenses qui s'en suivrait, une telle politique serait sans doute souhaitable si l'on veut y favoriser le maintien à domicile. Le bilan global, compte tenu des dépenses évitées en terme d'institutionnalisations, serait à établir.

c/ Impact de la démographie combiné avec l'augmentation de l'EVSI

Les progrès de l'Espérance de Vie Sans Incapacité (sévère) (EVSI) nous incitent à imaginer un scénario selon lequel les SIAD rendus nécessaires par la maladie et l'aide aux personnes dépendantes vivant à domicile reculent dans le cycle de vie et sont donc différés. L'hypothèse que nous avons retenue est celle d'une croissance de l'EVSI parallèle à celle de l'Espérance de Vie (EV). Cette hypothèse peut paraître optimiste, vu que, selon le bureau du Plan, l'EVSI décline avec l'âge plus rapidement que l'EV (calculs basés sur le tableau 2.17) et que les démences séniles semblent absentes de ce calcul ; elle a néanmoins été retenue, dans l'espoir d'une compression des incapacités graves au fil du temps.

Selon le Bureau du Plan (Mestdagh et al, 2003), l'espérance de vie à 65 ans s'améliorera d'environ 2,37 ans entre 2000 et 2020. Si, durant ce laps de temps, l'amélioration de l'EV s'accompagne d'un accroissement parallèle de l'EVSI (sévère), le besoin de SIAD augmenterait moins vite que ne le laisse supposer le simple effet mécanique du vieillissement. On peut supposer que dans chaque classe d'âges, ce besoin correspondrait à celui de personnes plus jeunes de x fraction d'années, x correspondant au gain escompté d'EVSI dans chaque catégories d'âges par rapport à l'année précédente. La méthode de calcul est analogue à celle utilisée pour les perspectives de taux d'hébergement (cf. section 1.3.2.). Pour mémoire, il s'agit de calculer des taux dits « différés » pour des groupes d'âges quinquennaux (c) en diminuant chaque année les taux de SIAD (Tc) d'une fraction « $x / 5$ » de la différence entre les taux de deux groupes d'âges

successifs (avec x = gains escomptés d'EV entre deux années successives). Les taux annuels ainsi obtenus sont appliqués à la population atteignant la même classe d'âges, calculée au 30 juin de chaque année.

Une projection a également été envisagée en combinant le report des taux de SIAD avec le rattrapage que pourraient opérer la Wallonie et Bruxelles-Capitale par rapport aux taux observés en Flandre. Le tableau suivant présente les indices de croissance 2000-2020, comparés à ceux calculés précédemment à taux constants.

Tableau 4-30 Croissance des SIAD par Région en fonction du vieillissement démographique, selon plusieurs scénarios : Belgique, Indices 2000-2020

	2000	2005	2010	2015	2020
1. Taux constants					
Flandre	100	111	123	135	145
Wallonie	100	107	115	123	131
Bruxelles	100	104	106	109	111
Pays	100	110	120	131	140
2. Taux constants en Flandre, taux de Wallonie et de Bruxelles progressivement ajustés sur ceux de la Flandre (de 1999)					
Flandre	100	111	123	135	145
Wallonie	100	118	139	162	184
Bruxelles	100	163	229	298	367
Pays	100	115	131	149	164
3. Taux différés parallèlement à l'amélioration de l'EV					
Flandre	100	108	118	127	134
Wallonie	100	104	110	116	120
Bruxelles	100	101	102	103	104
Pays	100	107	115	123	129
4. Taux différés parallèlement à l'amélioration de l'EV, avec rattrapage des taux de Flandre (de 1999) par les autres Régions					
Flandre	100	108	118	127	134
Wallonie	100	115	133	152	169
Bruxelles	100	151	214	279	341
Pays	100	112	126	140	152

Source : Calculs Leroy et Deliège, SESA/UCL

En comparant les résultats de ces divers scénarios (cf. Figure 4.29), on peut d'abord constater l'importance de l'effet mécanique du vieillissement sur ce type de consommation dans l'avenir : + 40 % de 2000 à 2020. Si l'on conjugue ce facteur avec un scénario où la Wallonie et Bruxelles, actuellement moins consommatrices de SIAD que la Flandre, aligneraient progressivement leurs taux en ce domaine sur ceux que connaît cette région en 1999, on atteindrait, une croissance plus élevée dans ces deux régions et surtout à Bruxelles, soit au total pour le pays : + 64 % en vingt ans.

Les résultats d'un report des taux de consommation des catégories d'âges à partir de 60 ans illustrent l'importance de l'impact que pourrait avoir une amélioration de l'EVSI parallèle à celle de l'EV. La diminution par rapport aux résultats obtenus à taux constants est nette. L'effet du vieillissement démographique

appliqué de façon mécanique en est diminué de plus d'un quart en vingt ans (11 points de pourcentage sur 40). Sous cette hypothèse, l'effet du "rattrapage" obtenu à Bruxelles et en Wallonie par un alignement de leurs taux sur ceux de la Flandre, serait diminué de 12 points de pourcentage pour la consommation dans l'ensemble du pays (+ 52 % au lieu de + 64 %) (cf. Figure 4.30).

Figure 4.29 Perspectives de consommation de SIAD selon les régions, Indices 2000-2020, taux constants et différés selon l'amélioration de l'espérance de vie.

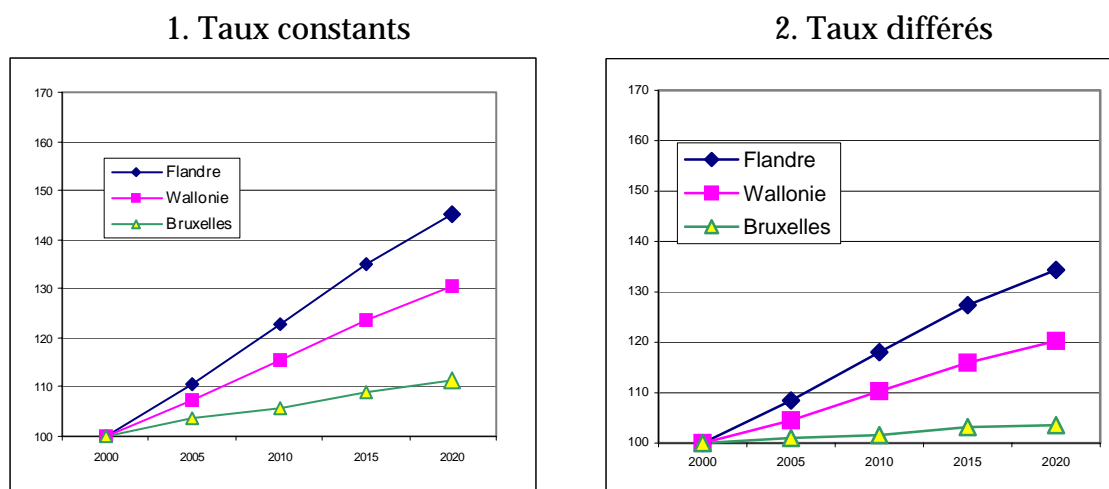
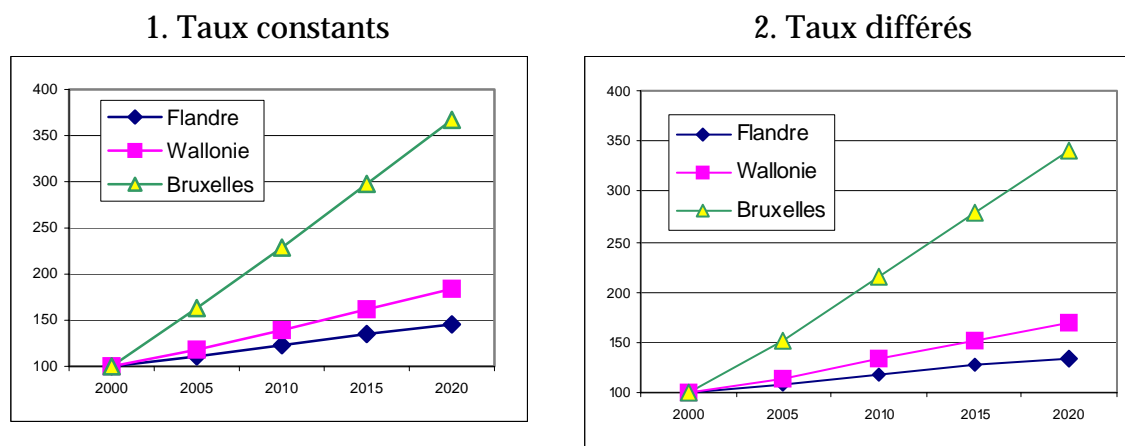


Figure 4.30 Perspectives de consommation de SIAD selon les régions avec rattrapage progressif des taux de la Flandre (1999), Indices 2000-2020, taux constants et différés selon l'amélioration de l'espérance de vie



Une telle hypothèse a-t-elle quelque chance de se réaliser ?

D'une part, on sait que d'autres facteurs sont susceptibles d'influencer la consommation à la hausse. Les habitudes de consommation des générations qui accéderont au cours des vingt prochaines années aux catégories d'âges supérieures, ainsi que l'évolution de la structure des ménages pousseraient plutôt à la hausse. Mais, d'autres facteurs agissent en sens inverse, en particulier le nombre croissant de méthodes d'investigation et d'intervention moins invasives et nécessitant donc des soins postopératoires moins importants.

D'autre part, pour que l'allongement de l'EVSI sévère s'effectue au même rythme, voire plus vite que l'EV, une volonté politique, l'attribution de moyens adéquats et un travail professionnel soutenu sont souhaitables. Tout un programme !

Ces croissances peuvent paraître importantes en termes de dépenses à prévoir et elles ont en outre un coût supplémentaire en amont pour la promotion de la santé et la réadaptation fonctionnelle. Mais ces dépenses sont à rapprocher des gains escomptés en matière d'institutionnalisation. Un tel bilan mériterait d'être établi et dûment chiffré, afin d'étayer le type de politique à prôner

L'importance du présent exercice n'est pas de prédire avec une prétendue exactitude un avenir incertain, mais de mettre en évidence l'impact réel que peuvent avoir les politiques visant à promouvoir la santé, à prévenir les incapacités et à procurer des soins de qualité, notamment en développant les SIAD. On ne peut négliger en outre l'importance de l'environnement dans lequel vivent les personnes âgées et des styles de vie qui sont adoptés. La prévention tertiaire doit aussi être développée : on pense en particulier à une évaluation gériatrique rigoureuse comprenant un dépistage précoce de la fragilité gériatrique par le médecin généraliste, ainsi qu'à des traitements de réhabilitation lorsque se profile le risque d'une incapacité invalidante.

L'impact mécanique du vieillissement sur la consommation en SIAD (à taux d'utilisation constants) se traduira par une augmentation en volume de + 40 % des SIAD de 2000 à 2020. Cette croissance sera la plus forte en Flandre et la plus faible à Bruxelles.

Dans l'hypothèse d'un alignement des taux de consommation régionaux sur ceux observés en Flandre en 1999, la croissance supplémentaire serait de 24 points en 2020 (53 points supplémentaires en Wallonie et + 256 à Bruxelles), soit au total une croissance possible de 64 % en vingt ans.

Dans l'hypothèse alternative d'un report des taux de consommation des catégories d'âges à partir de 60 ans à la faveur d'une amélioration de l'espérance de vie sans incapacité sévère, l'effet mécanique du vieillissement en serait diminué de plus d'un quart en vingt ans (11 points de % sur 40). L'impact combiné d'une amélioration de l'EVSI et d'un accroissement de l'offre de SIAD en Wallonie et à Bruxelles conduirait à une hausse intermédiaire (+ 52 % en vingt ans).

Cet exercice met en évidence l'impact important que peuvent avoir les politiques visant à promouvoir la santé, à prévenir les incapacités et à procurer des soins de qualité, notamment à domicile. L'environnement, les réseaux sociaux et les styles de vie, mais aussi la prévention tertiaire ne peuvent être négligés.

La croissance des dépenses y associée, cumulée à celle attendue en matière de SIAD, devrait être rapprochée des gains escomptés en matière de coûts d'hébergement, dont on connaît le poids onéreux en termes budgétaires et de qualité de vie.

1.4.2. L'aide à domicile

1.4.2.1. *Les acteurs de l'aide à domicile et leurs contributions (Enquêtes universitaires)*

La relation d'aide met en jeu trois instances : la personne aidée, l'aidant et le bien ou le service demandé et fourni. Ce sont les liens entre ces trois pôles qui déterminent la nature de la relation d'aide. L'origine du lien est-il contractuel ou d'ordre affectif, organisé ou spontané, professionnel ou non, rémunéré ou gratuit ? Se basant sur ces différentes caractéristiques, Leroy et Neiryck (1994) ont étudié le réseau de soutien des personnes âgées de 75 ans et plus, vivant à domicile à Bruxelles et la fréquence des aides reçues.

- Les aidants proches (relation spontanée, souvent affective, gratuite, non professionnelle) : conjoint ou compagnon, enfants et parents, voisins et amis.
- Les associations bénévoles (relation organisée par une personne morale, contractuelle, gratuite, non professionnelle).
- Les associations professionnelles (relation organisée, médiatisée par une personne morale, contractuelle, rémunérée, professionnelle).
- Les professionnels indépendants (relation organisée par une personne physique, contractuelle, rémunérée, professionnelle).

La répartition des intervenants selon leur mode de relation à la personne aidée fait l'objet de la Figure 4.31. A noter : les consultations et visites des généralistes, ainsi que les actes techniques des infirmières, kinésithérapeutes et paramédicaux n'y sont pas repris, car ce travail se situe au niveau des soins.

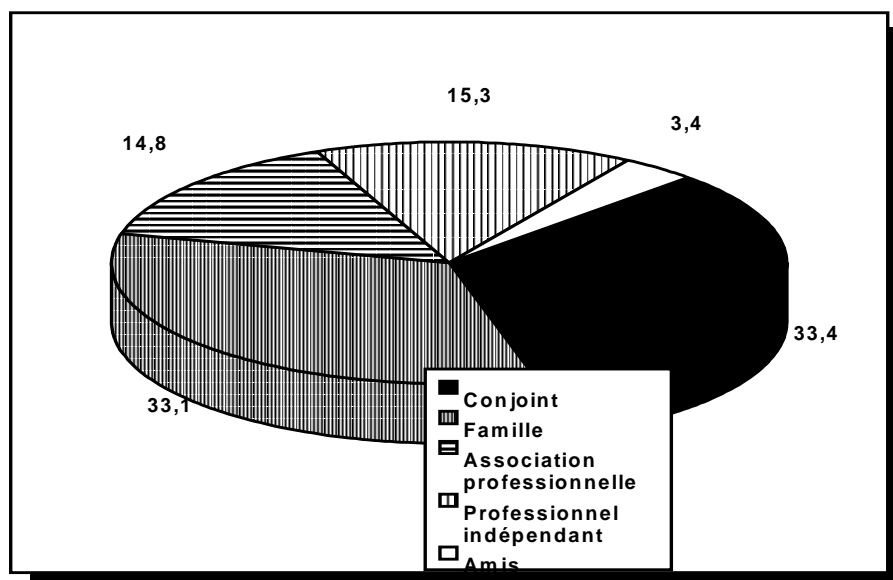
Tableau 4-31 Apport des différents intervenants au soutien de la personne âgée dépendante à domicile, Bruxelles, 1993

Type de réseau	AVJ			AIVJ			TOTAL		
	N PA aidées	N aides /mois	% aides /mois	N PA aidées	N aides /mois	%aides /mois	N PA aidées	N aides /mois	%aides /mois
Aidants proches									
Epoux(se)	13	881	29.8	53	3395	34.6	55	4243	33.4
Famille (autres)	17	1080	36.5	113	3139	32.0	113	4201	33.1
Voisins, amis	1	30	1.0	32	356	3.6	32	397	3.1
Associations bénévoles	1	30	1.0	2	34	0.3	2	64	0.5
Assoc. professionnelles	9	514	17.4	59	1353	13.8	64	1878	14.8
Professionnels indépendants	12	426	14.3	103	1539	15.7	113	1949	15.3
Volume Total	40	2961	100	245	9816	100	245	12699	100

Légende : NPA : nombre de personnes âgées. AVJ-AIVJ : actes (instrumentaux) de la vie quotidienne

Source: Leroy X, Neiryck I, Solidarités sociales et santé des aînés, T1, p 116

Figure 4.31 Contribution des différents intervenants au soutien des personnes âgées de 75 ans et plus vivant à domicile, Bruxelles, 1993



Source: Leroy X, Neiryck I, Solidarités sociales et santé des aînés, T1, p 117

La fréquence des aides reçues pour les AVJ et AIVJ a été calculée sur base d'un entretien détaillé. Un tiers des personnes interrogées ne demande ni ne reçoit aucune aide ; un autre tiers fait l'objet d'interventions dont la fréquence est inférieure à une fois par jour durant la période observée ; le dernier tiers reçoit au moins une intervention par jour, dont 11 % requièrent de trois à moins de cinq interventions et 4 % en reçoivent cinq et plus. Lorsque le nombre d'interventions dépasse huit par jour, la personne dépendante vit toujours avec quelqu'un de sa famille, époux(se) ou enfant, qui joue le rôle d'aidant principal.

Tant pour les activités AVJ que pour les AIVJ, l'aide à la personne dépendante provient en majorité des aidants proches. Un tiers du volume global des interventions sont effectuées par l'époux(se) et un tiers par les autres membres de la famille ; les voisins et amis apportent une aide plus rare et plus ponctuelle (3 %).

Les deux autres réseaux importants de soutien dans les situations de dépendance sont, d'une part, les associations ou institutions organisant le travail de professionnel(le)s, telles que les infirmiers(ère)s, aides familiales et aides ménagères (15 %) et, d'autre part, les professionnels indépendants, le plus souvent des femmes de ménage (15 %). Quant aux associations bénévoles, elles sont peu présentes dans l'aide à domicile ; elles situent plus souvent leur action dans le domaine de la culture et de la qualité de vie.

Les résultats de cette étude concordent globalement avec ceux de l'Eurobaromètre de 1993 (Les attitudes face au vieillissement), selon lequel, dans la Communauté

européenne, les aides fournies par l'entourage de la personne âgée restent prédominantes : « les enfants adultes sont les plus souvent cités (40 %), suivis par les conjoints (32 %), l'aide privée payante (11 %), d'autres parents (14 %), les services sociaux publics (13 %), des amis (6 %), des voisins (6 %) et enfin des organismes bénévoles (3 %) » (plusieurs réponses possibles). Deux tiers des soins aux personnes âgées sont ainsi fournis par la structure familiale.

1.4.2.2. Les enquêtes de santé nationales

Le recensement de la population de 2001 fournira une estimation de l'aide à domicile des aidants informels (dépouillement en cours à l'UCL). En attendant, les enquêtes de Santé par interviews (HIS 1997-2001) offrent une vue de diverses aides extérieures.

En 1997, 24 % de la population des 60 ans et plus vivant à domicile, déclarent avoir fait appel durant l'année écoulée à un *service pour seniors* ou à une femme de ménage privée. La fraction des personnes concernées croît rapidement avec l'âge : de 11 % avant 65 ans à 60 % à partir de 85 ans.

Le type d'aide le plus usité est l'*aide ménagère de type privé* : 13,4 % y font appel. On observe un accroissement significatif de ce type de recours en fonction du niveau d'éducation et de revenu : ainsi, dans la catégorie socio-économique la plus aisée, il s'agit de 39 % des plus de 60 ans. Ce recours est plus fréquent en Wallonie qu'en Flandre (17 % contre 11 %), Bruxelles occupant une place intermédiaire (15 %).

Tableau 4-32 Personnes âgées de 60 ans et plus, faisant appel à des services d'aide ou à des femmes de ménage privées : Belgique, 1997 (%)

	Femme de ménage privée	Service d'aide ménagère	Service d'aide familiale	Repas chaud à domicile	Aide d'un centre de jour	Autres services	Pas d'utilisation
60-64	7.8	1.2	1.7	0.2	0.4	0.4	88.8
65-69	12.2	2.2	3.3	2.6	0.3	1.3	82.6
70-74	15	4.9	3.9	3.5	0.1	3.1	72.4
75-79	19.7	8.4	2.6	4.6	0.5	1.7	69.7
80-84	12.9	21	13.1	9.2	0.5	5.9	55.4
85+	26.5	19.2	17.3	8.9	1.3	3.9	39.9
Total	13.4	5.6	4.3	3.2	0.4	2	76.1

Source : Enquête de Santé, 1997

Le recours aux services d'aide, - *aide familiale* ou *aide ménagère*, - est nettement moins fréquent, mais néanmoins très demandé parmi les aînés : en 1997, les plus de 85 ans sont 19 % à faire appel à un service d'aide ménagère et 17 % à un service

d'aide familiale (contre respectivement environ 6 et 4 % de l'ensemble des 60+). En 2001, 28.3 % des personnes de 75 ans et plus et 5.2 % des 65-74 ans ont fait appel à un service d'aide familiale et d'aide à domicile durant les douze mois écoulés. Comme pour les SIAD, on observe de grandes disparités entre régions, avec une prédominance en Région flamande où les 75 ans et plus sont 34.7 % à avoir ce type de recours, contre 18.8 % en Région wallonne et 12 % en Région bruxelloise.

Quant aux *repas chauds*, ils bénéficient à 3 % des personnes de 60 ans et plus en 1997, davantage parmi les 80 ans et plus (9 %). En 2001, 2.2 % des 65-74 ans et 9.7 % des 75 ans et plus ont eu recours à ce type de service.

Les aidants proches (époux, famille, voisins et amis) occupent une place prépondérante dans l'aide à domicile : selon les données de Leroy et al, ils représentent respectivement 33.4 %, 33.1 % de l'aide fournie pour les AVJ et les AIVJ, contre 3.1 % pour les voisins et amis. Trois autres types d'acteurs complètent le réseau de soutien des personnes âgées : les associations professionnelles (14.8 %), les professionnels indépendants (15.3 %) et, dans une moindre mesure, les associations bénévoles (0.5 % de l'aide).

Selon les données de l'Enquête Santé 1997, près d'un quart des personnes de 60 ans et plus vivant à domicile déclarent avoir fait appel durant l'année écoulée à un service pour seniors ; 13.4 % ont eu recours à une aide ménagère de type privé ; près de 6 % ont fait appel à un service d'aide ménagère, quelque 4 % à un service d'aide aux familles et aux personnes âgées et environ 3 % ont bénéficié de des repas chauds à domicile. Le recours à ces services est toujours bien plus fréquent après 85 ans.

Comme pour les SIAD, la Flandre procure plus de services d'aide à domicile que les deux autres régions.

1.5. Recours au kinésithérapeute

Selon l'enquête Santé de 2001, le *pourcentage de personnes ayant eu un contact* avec le kinésithérapeute au cours de l'année écoulée monte progressivement de 6 % chez les enfants et adolescents à 22 % pour les 75 ans et plus, avec une légère diminution entre 35 et 54 ans. Les femmes ayant atteint 75 ans font plus souvent appel à un kinésithérapeute que les hommes (respectivement 25 % contre 15 % environ).

On observe une diminution des recours déclarés par rapport à 1997, assez importante pour les personnes de 75 ans et plus (22 % en 2001, contre 31 % en 1997). Si ceci se confirme, il faudra examiner s'il s'agit d'une simple baisse de confort ou si cette évolution handicape les efforts de réadaptation.

En France en 1999, les individus sont 16.8 % en moyenne à avoir consulté un kinésithérapeute au cours des douze derniers mois (contre 13 % en Belgique en 2001 et 14.5 % en 1997). Parmi les individus ayant suivi des séances de kinésithérapie, le *nombre moyen de consultations par an* est plus élevé pour les individus plus âgés : 12.2 pour les hommes de 60 à 75 ans, contre 10.7 pour ceux de 49-54 ans, et pour les femmes, respectivement 15.9 et 12.9 (Guilbert et al).

Le recours au kinésithérapeute est nettement plus élevé parmi les personnes âgées : 22 % au-delà de 75 ans en 2001 à comparer à environ 6 % chez les enfants et adolescents ; ceci surtout chez les femmes âgées (25 % contre 15 % d'hommes). En France, le nombre annuel de consultations est en moyenne plus élevé pour les femmes et pour les plus âgés.

La diminution des recours par rapport à 1997 est la plus importante chez les 75 ans et plus (22 % en 2001, contre 31 % en 1997). S'agit-il s'agit d'une simple baisse de confort ou d'un recul des efforts de réadaptation, susceptible d'handicaper la lutte en faveur de l'autonomie ?

1.6. Consommation de médicaments

Nous évoquerons d'abord les consommations en volume, puis nous analyserons les dépenses.

1.6.1. Recours aux médicaments prescrits et non prescrits

1.6.1.1. *En Belgique*

Le pourcentage d'individus déclarant avoir utilisé un *médicament prescrit* par un médecin au cours des deux dernières semaines augmente sensiblement avec l'âge : de 22 % chez les 0-14 ans à 89 % chez les 75 ans et plus (Belgique, Enquête de Santé 2001). Chez les hommes, cette fréquence augmente à partir de 45 ans ; chez les femmes, on observe deux pics d'augmentation : à 15-24 ans (c'est à mettre en relation avec la prise de la pilule contraceptive) et à 45-54 ans (période de ménopause). Il n'y a pas de différence significative avec les données de 1997, sauf pour la Région flamande, où on constate une augmentation, légère mais significative, du pourcentage d'utilisateurs de médicaments prescrits.

Quelque 57 % des personnes de 65 ans et plus déclarent avoir pris au cours des deux dernières semaines des médicaments prescrits par un médecin pour une pathologie cardiovasculaire ou pour une hypertension. Viennent ensuite les médicaments ou pommades contre les rhumatismes ou les douleurs articulaires (15 % chez les hommes et 28.5 % chez les femmes) et les somnifères (15 % chez les hommes et 27 % chez les femmes). Rappelons que l'intensité du vieillissement est beaucoup plus forte parmi les femmes.

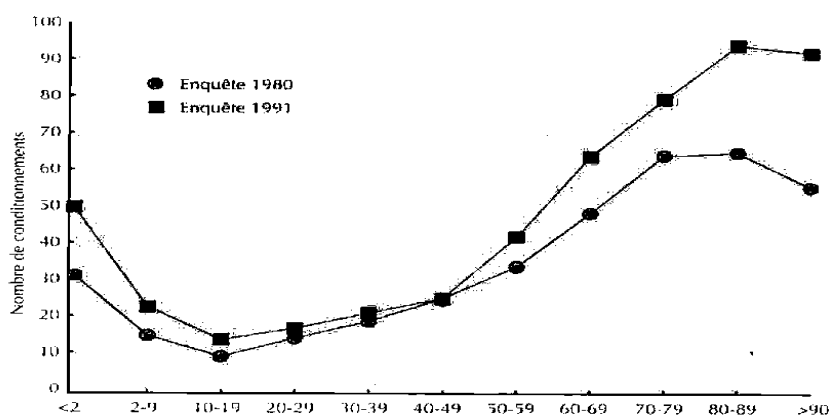
Pour ce qui est des *médicaments non prescrits* par un médecin, ce sont les 25-34 ans qui en consomment le plus (32 % des hommes et 47 % des femmes en ont pris au cours des deux dernières semaines, selon l'Enquête Santé 2001). Cela n'advient que pour 18 % des 75 ans et plus. De 1997 à 2001, on observe une baisse significative de la consommation déclarée de tels médicaments en Flandre et à Bruxelles. Cette baisse est surtout marquée chez les hommes de 75 ans et plus et chez les femmes de 0-14 ans. Parmi les personnes de 65 ans et plus, quelque 6 % ont pris, au cours des deux dernières semaines, un médicament non prescrit contre la toux, les refroidissements, la grippe ou les maux de gorge ; à cet âge, cinq pour cent des hommes et onze pour cent des femmes ont pris un analgésique ou un antipyrétique.

1.6.1.2. En France

En France, Mizrahi et Mizrahi (1995, cité in Ibes 1997) se sont penchés sur les recours aux médicaments prescrits et achetés en milieu ambulatoire. Ils arrivent à des conclusions de même type : augmentation selon l'âge à partir de 10 – 19 ans (jusqu'à 79 ans) et augmentation avec le temps plus prononcée chez les plus âgés.

Mizrahi et Mizrahi ont en outre remarqué que le nombre de consultations varie avec l'âge de la même manière que la consommation médicamenteuse (et le nombre de maladies par personne). Bien plus, à nombre de maladies égal (en tenant compte aussi bien des maladies chroniques que des maladies aiguës), la consommation pharmaceutique des personnes de 65 ans et plus n'est pas plus élevée que celle des adultes jeunes. Ce qui signifie que la plus forte consommation de médicaments par les personnes âgées résulterait du plus grand nombre de maladies dont elles souffrent.

Figure 4.32 Recours aux médicaments prescrits et achetés (nombre de conditionnements) par personne et par an selon l'âge, en milieu ambulatoire, 1980 et 1991



Source : enquête décennale sur la santé et les soins médicaux 1980 – 1991 (cité in Ibes, 1997)

Si on se focalise ensuite sur les patients hospitalisés, leur consommation pharmaceutique augmente aussi avec l'âge, parallèlement à l'augmentation de la proportion des pathologies à traitement médical (Com-Ruelle et al, 1995 ; données de 91-92). Le nombre moyen de médicaments prescrits par hospitalisé augmente régulièrement avec l'âge à partir de 16 ans jusque 79 ans (5.3 médicaments différents prescrits pour les 65-79 ans). Au-delà, les traitements s'allègent néanmoins (4.7 médicaments différents prescrits). Quel que soit l'âge, le nombre moyen de médicaments des hommes est toujours supérieur à celui des femmes.

1.6.2. Dépenses pharmaceutiques

1.6.2.1. En Belgique

Vu que l'utilisation de médicaments prescrits augmente avec l'âge, on connaîtra au cours des prochaines années une augmentation des dépenses publiques pour les produits pharmaceutiques. Mais le vieillissement n'est pas le seul en cause : les progrès technologiques offriront de nouvelles possibilités de traitements et créeront probablement de nouveaux besoins de la part des patients s'il en découle une amélioration de l'espérance de vie et de la qualité de vie.

La part relative de l'INAMI dans les dépenses pharmaceutiques globales a d'ailleurs augmenté, de 53.4 % en 1990 à 60.3 % en 1999 : sa contribution financière est passée de 47 658 millions de FB en 1990 à 91 230 en 1999, tandis que le financement privé croissait de 41 663 en 1990 à 60 175 FB en 1999 (Ibes, 2001). Plus récemment, Demonty et Léonard (2004) signalent qu'en 2003, les dépenses relatives aux spécialités pharmaceutiques dépassaient l'objectif budgétaire de 177.6 millions d'euros.

Au niveau des consommateurs, les femmes ont en général des dépenses pharmaceutiques per capita plus élevées que les hommes (cf. Tableau 4-33). Néanmoins, le taux annuel d'évolution des dépenses per capita des hommes est supérieur à celui des femmes (sauf aux âges 12-29 ans), d'autant plus que l'âge augmente. L'évolution est forte à tous les âges, mais particulièrement aux âges élevés.

Tableau 4-33 Dépenses moyennes par tranche d'âges et sexe, 1986 et 1999 (BEF constants 1999)

	Age	0-4	5-11	12-19	20-29	30-39	40-54	55-64	>65
Hommes	1986	1 947	984	1 065	1 308	1 599	2 403	4 111	6 239
	1999	3 606	1 679	1 472	2 089	2 861	4 756	9 856	16 065
Femmes	1986	1 464	1 239	743	1 397	1 947	3 245	5 253	6 774
	1999	2 317	1 801	1 726	2 800	3 369	5 930	10 935	15 463
<i>Index 1986</i> <i>= 100</i>	Hommes	185	171	138	160	179	198	240	257
	Femmes	158	145	232	200	173	183	208	228

Source : Ibes (2000) et Index UCL

Pour les hommes âgés de 55 ans ou plus, ce sont les classes thérapeutiques suivantes qui expliquent l'augmentation différenciée des dépenses masculines par rapport aux femmes :

- les anti-ulcéreux gastro-intestinaux,
- les anti-diabétiques oraux,
- les hypolipémiants,

- les cardio-vasculaires (notamment les anti-hypertenseurs pour la prévention primaire ou secondaire,
- les gonadorelines,
- les anti-asthmatiques.

L'augmentation des dépenses per capita pour les femmes de 12 à 30 ans est quant à elle explicable par une augmentation substantielle du nombre de prescriptions pour des indications gynécologiques, pour lesquelles de nouveaux médicaments onéreux ont été mis à la disposition du corps médical. L'augmentation du nombre d'unités vendues et la mise sur le marché de nouveaux médicaments plus chers influencent toutes deux l'évolution de la consommation de médicaments.

Sans distinction de genre, les dépenses totales INAMI liées aux spécialités pharmaceutiques dispensées en ambulatoire à des 65 ans et plus augmentent plus rapidement dans le temps que celles des classes d'âges inférieures. Ainsi, en 1986, les personnes de 55 ans et plus représentaient 25.4 % de la population et induisaient 54.7 % des dépenses totales ; dix ans plus tard, elles représentaient 26.8 % de la population et induisaient 60.5 % des dépenses. La tranche d'âges 65-79 ans a connu une croissance soutenue au cours de cette décade ; par contre, la part des dépenses des 80 ans et + est restée stable pendant cette période.

En ce domaine, diverses politiques sont envisageables, les médicaments génériques occupant une place importante à ce sujet. Descampe (2004) fait ainsi remarquer que des dizaines de millions d'euros auraient été économisés et auraient pu être utilisés autrement si on avait reconnu et promu plus tôt les médicaments génériques contre le cholestérol. L'étude de l'ANMC sur les médicaments génériques (2004) plaide ainsi en faveur d'une meilleure information du prescripteur et du patient, ainsi que de la responsabilisation du prescripteur (à l'aide d'incitants positifs et négatifs). La taille des conditionnements, l'efficacité et le remboursement des médicaments (quel remboursement pour quel médicament ?) sont aussi matière à réflexion.

1.6.2.2. En France

Notons les résultats d'une étude de l'IRDES (Naudin, 2004) : les médicaments à « service médical rendu insuffisant » y sont très présents dans la prescription des médecins.

Parmi les hospitalisés, les dépenses pharmaceutiques des hospitalisés se répartissent différemment selon l'âge (cf. Tableau 4-34) : près de 78 % sont réalisées au profit des hospitalisés de 40 ans et plus (et ils représentent 72 % des hospitalisés) (Com-Ruelle et al, 1995 ; données de 91-92).

Tableau 4-34 Répartition de la dépense en médicaments en 1991/1992 en une journée d'hospitalisation, selon l'âge et le sexe

	Hommes	Femmes	Total
0-1	1.0	0.8	1.8
2-15	2.8	1.3	4.1
16-24	2.8	1.7	4.5
25-39	7.1	5.0	12.1
40-64	21.2	9.9	31.2
65-79	15.3	13.1	28.4
80 et plus	6.4	11.5	17.9
Total	56.6	43.4	100

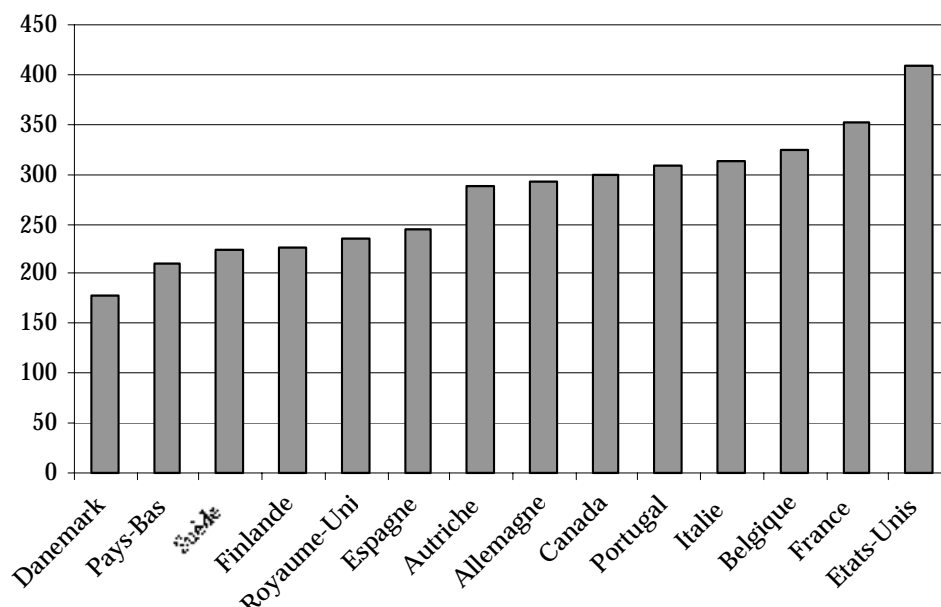
Source : Com-Ruelle et al, 1995 (données de 91-92)

1.6.2.3. Comparaison internationale

En 1997, la France et les Etats-Unis figurent parmi les plus gros consommateurs de médicaments en termes de dépenses, parmi quatorze pays de l'OCDE (cf.

Figure 4.33). La Belgique vient en troisième position (avec environ 325 \$). Au sein de ces pays, la dépense pharmaceutique varie de 178 \$ par an pour un Danois à 408 \$ pour un Américain.

Figure 4.33 Dépenses totales en produits pharmaceutiques en \$ par personne (1997)



Source : Eco-Santé OCDE 99 ¹⁷ (cité in Chambaretaud 2000)

¹⁷ Les données de cette base relatives aux médicaments comprennent les médicaments délivrés sur ordonnance et l'automédication (à l'exception des vitamines). Les médicaments dispensés à l'hôpital ne sont pas pris en compte.

Lorsque l'on analyse la progression des dépenses (1980-1996), on peut observer que les Etats-Unis et le Royaume-Uni ont connu une progression relativement modérée des volumes consommés, mais pas des prix des médicaments. De même, l'Allemagne connaît un taux de croissance de la consommation pharmaceutique en volume quasi nul. Par contre, l'Italie et la France se caractérisent par un taux de croissance du volume des médicaments plus important, alors que les prix ont augmenté beaucoup moins rapidement. Dans ces deux pays, la part des dépenses de médicaments vendus en officine dans les dépenses de santé totales n'a pas cessé d'augmenter, contrairement à l'Allemagne et aux Etats-Unis (données indisponibles pour le Royaume-Uni). Ces données tendent à montrer l'existence d'un arbitrage implicite entre prix et volumes dans le secteur du médicament : les pays à croissance de prix rapide ont réussi à modérer l'évolution des volumes, alors que ceux dans lesquels les prix ont peu augmenté ont connu des taux de croissance importants des volumes (Chambaretaud, 2000).

En 2001, les 75 ans et plus sont 89 % à déclarer avoir utilisé un médicament prescrit au cours des deux dernières semaines, contre 25.2 % chez les 25-34 ans. Par contre, ce sont les 25-34 ans qui sont les plus gros consommateurs de médicaments non prescrits : 32 % des hommes, 47 % des femmes, contre 18 % des 75 ans et plus en 2001. La morbidité semble le moteur principal de ces écarts de consommation par âge : en France, à nombre de maladies égal, la consommation pharmaceutique des 65 ans et plus n'est pas plus élevée que celle des jeunes adultes (Mizrahi et Mizrahi).

La part relative de l'INAMI dans les dépenses globales pharmaceutiques augmente. En corollaire, de 1997 à 2001, on a observé une baisse significative de la consommation de médicaments non prescrits en Flandre et à Bruxelles.

Les femmes ont en moyenne des dépenses pharmaceutiques per capita plus élevées (IBES) ; mais le taux annuel d'évolution de ces dépenses est supérieur chez les hommes, d'autant plus que l'âge avance.

Diverses mesures peuvent être envisagées afin de réduire les dépenses en la matière et de mieux allouer les ressources. Les médicaments génériques, mais aussi la taille des conditionnements, l'efficacité et le remboursement des médicaments, occupent une place centrale à ce sujet, sans oublier l'information du consommateur et du prescripteur. En France, de tels efforts ont pu être encouragés suite à une étude ayant montré la fréquence des médicaments à « service médical rendu insuffisant » dans les prescriptions de généralistes.

1.7. Les soins en fin de vie

1.7.1. Les dépenses de soins de santé à l'approche de la mort

Comme nous l'avons déjà souligné, ce n'est pas tant l'âge qui influence la consommation et les dépenses en soins de santé, que l'état de santé qui y est associé. A l'approche de la mort, les soins sont particulièrement coûteux, et ce d'autant plus que le décès survient à un âge *moins* avancé. Les données françaises et belges concordent à cet égard.

1.7.1.1. *En Belgique*

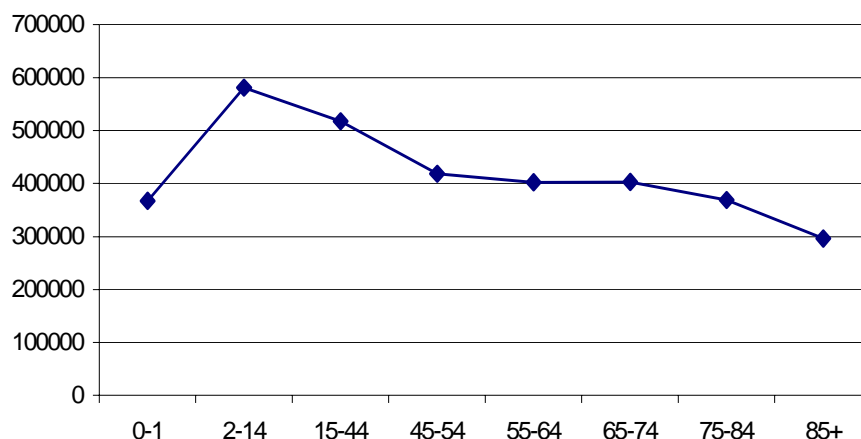
a/ Le lieu des décès

Dercq et al (1998) ont observé sur base des données de l'INS (1990) que 59 % des décès se font à l'hôpital, 25 % au domicile et 12 % en maison de repos (2 % sur la voie publique et 2 % « autre »). Concernant les décès à l'hôpital, le patient y est le plus souvent adressé par le médecin traitant (46 % d'entre eux) ; vingt pour cent sont adressés par le spécialiste de l'hôpital et 12.5 % viennent de leur propre initiative. L'âge moyen des patients décédés à l'hôpital est très élevé : 73.5 ans. En outre, pour la durée du séjour en hôpital qui précède le décès, les auteurs ont relevé sur base des RCM (1992) une différence significative entre la Flandre (21.7 jours) et la Wallonie (20.4 jours).

b/ Le coût moyen de la dernière hospitalisation selon l'âge

Ils ont également analysé le coût moyen de la dernière hospitalisation selon l'âge et mis en lumière un phénomène intéressant : un moindre coût quand s'élève l'âge au décès (sauf pour les tous jeunes enfants), du simple au double si on compare les plus âgés (85 +) aux jeunes (2-14 ans) ; mais l'écart entre les adultes de 45 ans et + et les aînés est nettement moindre qu'en France (Figure 4.34). Ce phénomène sera confirmé ultérieurement par d'autres études, tant en Belgique qu'à l'étranger (cf. infra).

Figure 4.34 Coût relatif à la dernière hospitalisation par patient qui décède, selon l'âge, 1995 (données RCM et banque de données de MC Closon)



Source : Dercq et al (1998)

NB Les honoraires forfaitaires n'ont pas été inclus dans les honoraires médicaux

c/ Les dépenses des soins de santé au cours des dernières années de vie

Dercq et al. ont aussi recueilli les données relatives aux *coûts des soins de santé de la dernière année de vie* pour 1500 patients décédés au cours de l'année 1996 (séjours, honoraires, médicaments, sang, implants, en secteur hospitalier et extra-hospitalier). Les résultats de la régression montrent que 76 % de la variation du montant total sont expliqués par trois variables : le nombre de journées d'hospitalisation, le nombre de jours en maison de repos et de soins et le nombre de jours en maison de repos. Dans cette étude, le coût total en soins de santé ne présentait pas de corrélation avec l'âge au décès.

Plus récemment, les mutualités chrétiennes ont publié une étude sur les profils de dépenses de soins de santé durant les cinq dernières années de vie des personnes de 35 ans et plus (Avalosse, 2004) ¹⁸. Il en ressort que :

- Les dépenses de soins de santé sont très importantes au cours des deux dernières années civiles précédant le décès.
- Dans tous les groupes d'âges, la progression entre l'année n-4 et n-1 est spectaculaire.

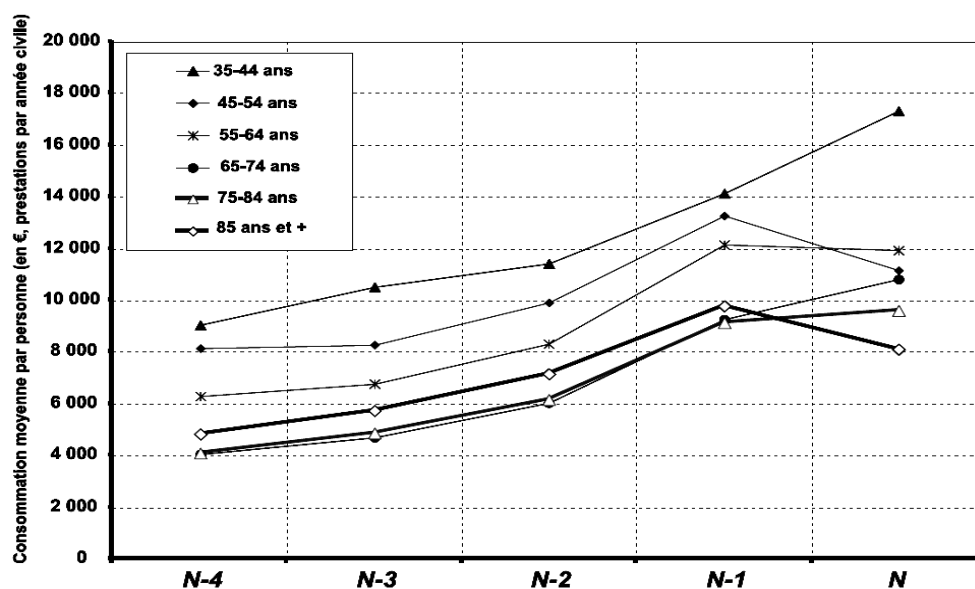
¹⁸ Pour ce faire, les mutualités chrétiennes ont sélectionné les personnes décédées entre 1997 et 2002 (effectif : 232 000) : elles sont couvertes dans le régime des salariés ou celui des indépendants complété par la couverture des petits risques ; elles avaient donc le même potentiel de remboursement de la part de l'Assurance Maladie.

- Au cours de l'année du décès, les dépenses des groupes d'âges 75-84 ans et 85 ans et plus sont inférieures à celles des personnes décédées plus jeunes. Cet effet est accentué pour les décédés dits « préférentiels » (assurés ayant bénéficié de l'intervention majorée ¹⁹) : au cours des quatre années qui précèdent le décès, les dépenses des préférentiels de 65 ans et plus sont inférieures à celles des 35 – 65 ans (Figure 4.35) ; cependant, vu les faibles effectifs des préférentiels décédés dans les classes d'âges plus jeunes, nous ne pouvons conclure trop hâtivement.

Si l'on répartit les décédés en deux groupes, ceux décédés entre 1997 et 1999 et ceux décédés entre 2000 et 2002, il apparaît encore plus clairement que ce ne sont pas les plus âgés qui génèrent le plus de dépenses de soins en fin de vie. Le plafond de consommation se situe chez les 55-64 ans (chez les 35-44 ans si on ne prend en compte que les préférentiels).

La diminution des coûts avec l'âge au décès peut sans doute être imputée en partie au fait que le traitement des pathologies rencontrées chez des personnes relativement jeunes implique des techniques médicales plus coûteuses ; il se peut aussi que, inconsciemment, l'effort s'amenuise à mesure que l'âge avance.

Figure 4.35 Consommation moyenne des personnes décédées entre 1997 et 2002 selon l'âge au moment du décès (statut social équivalent au cours du temps – intervention majorée)



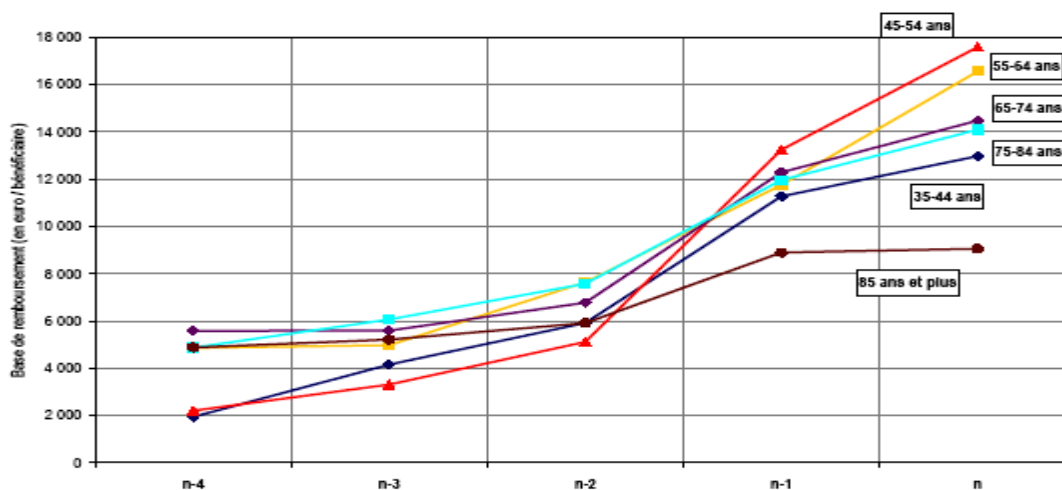
Source : Mutualités chrétiennes (2004)

¹⁹ En fonction de leur revenu, certains assurés peuvent bénéficier de remboursements plus élevés, que d'autres, à état social équivalent : on parle alors d'intervention majorée.

1.7.1.2. En France

Des résultats analogues ont été mis en lumière en France (CNAMTS, 2003). Pour chaque groupe d'âges, la consommation médicale augmente en se rapprochant du moment du décès. Mais les dépenses pour les soins en fin de vie sont nettement moindres à mesure que s'élève l'âge du décès, sauf pour les 35-44 ans (Figure 4.36). Les coûts des soins de santé dépendent donc de la proximité dans le temps de la mort ; mais l'effort consenti pour la survie s'amenuise avec l'âge (particulièrement après 85 ans).

Figure 4.36 Consommation moyenne des personnes décédées entre 1996 et 2002 au cours de leurs dernières années de vie en fonction de leur âge au décès



Le dernier point de chaque courbe correspond à l'année de décès

Source : CNAMTS (2003)

A l'approche du décès, la médecine ambulatoire cède davantage la place à la médecine hospitalière ; néanmoins, les soins ambulatoires semblent prendre de l'ampleur peu avant le décès.

1.7.1.3. L'avenir des soins en fin de vie

Le phénomène de moindres coûts des soins en fin de vie pour les plus âgés pourrait, à moyen terme, atténuer la croissance des dépenses de santé d'une génération, puisque les décès sont de plus en plus tardifs, en raison de l'allongement de l'espérance de vie : de 82-87 ans en 2000 à peut être 95 ans en 2050 (Mestdagh et al., 2003). Inversement, l'augmentation progressive jusqu'en 2045 du nombre de décès (induite par l'avancée en âge des générations pleines nées au lendemain de la deuxième guerre mondiale) pèsera sur les dépenses de

soins. Comme les décès ne concernent chaque année qu'une fraction finalement faible des consommateurs de soins, l'impact final sur la croissance globale des dépenses de santé devrait être étudié de plus près. Grignon (2003) s'y est essayé pour la France : l'allongement de la durée de vie freinerait la progression des dépenses publiques de soins de 0.25 point de PIB en 2020, à comparer à la croissance globale attendue pour les dépenses publiques de soins évaluée à + 0.9 point (non compris soins de long terme).

La variation du montant total des coûts en soins de santé avant le décès est expliquée à 76 % par trois variables : le nombre de journées d'hospitalisation, le nombre de jours en maison de repos et de soins et le nombre de jours en maison de repos (Dercq et al).

Au cours des quatre années qui précèdent la mort, la consommation de soins augmente fortement et, à l'approche de la mort, ils deviennent particulièrement coûteux. Cependant, les soins diminuent en intensité à mesure que le décès survient à un âge plus avancé.

Comme l'âge au décès va s'élever encore, la moindre intensité des soins de fin de vie pour les âgés pourrait donc atténuer la croissance des dépenses de santé d'une génération.

1.7.2. Les soins palliatifs

Les soins palliatifs représentent l'ensemble des programmes ou des services visant à soigner les patients pour lesquels les traitements destinés à les guérir ou à prolonger leur vie ne sont plus d'aucune utilité, mais pour lesquels l'amélioration de la qualité de vie qu'il leur reste à vivre constitue l'objectif principal. Les soins palliatifs offrent donc des services conçus pour répondre tant aux besoins physiques qu'aux besoins psychosociaux et spirituels des patients incurables et de leur famille. Les équipes intervenant dans le domaine des soins palliatifs sont pluridisciplinaires : médecins, infirmières, aides soignantes, kinésithérapeutes, psychologues, assistantes sociales, bénévoles.

De tels services ne sont pas réservés aux personnes âgées, mais ils les concernent particulièrement, parce que les âgés sont les plus nombreux à se trouver en phase terminale. Ayant pour objectif la qualité de la fin de vie, les soins palliatifs et l'accompagnement tentent d'éviter l'insuffisance ou au contraire l'excès de soins et la banalisation d'une mort dans la solitude (Delbecque in Lamau, 1996).

L'arrêté royal belge de 1991, plusieurs fois modifié depuis lors, définit les soins palliatifs en ces termes : « l'aide et l'assistance pluridisciplinaire qui sont dispensées à domicile, dans un hébergement collectif non hospitalier ou dans un hôpital, afin de rencontrer globalement les besoins physiques, psychiques et spirituels des patients durant la phase terminale de leur maladie, et qui contribuent à la préservation d'une qualité de vie ». Plus récemment, de nouveaux arrêtés ont mis en place le service Sp soins palliatifs, la fonction palliative à l'hôpital, des services et associations en matière de soins palliatifs. En outre, les MRS sont tenues d'avoir un lien fonctionnel avec un service Sp soins palliatifs et une association. En 2001 (12-09), un arrêté royal a en outre redéfini les honoraires forfaitaires, des moyens budgétaires supplémentaires ayant été attribués au secteur pour faire face aux besoins des patients palliatifs.

En l'absence de soins palliatifs à domicile, on estime que quarante à cinquante lits palliatifs par million d'habitants sont nécessaires (Lunt, pour l'Angleterre). Lorsque les soins palliatifs sont organisés à domicile, on pourrait descendre à une vingtaine. Le Royaume-Uni en a davantage : les établissements spécialisés et les unités spécialisées des hôpitaux généraux disposent de plus de 3000 lits de soins palliatifs. Ils sont destinés à l'hospitalisation de plusieurs jours et permettent l'admission de 43 000 nouveaux patients par an. L'hospitalisation de jour et les soins à domicile permettent, quant à eux, de traiter respectivement environ 15 000 et 12 000 patients par an (Service des affaires européennes, 1998). Globalement, près de 200 000 personnes y recourent chaque année aux soins palliatifs.

En Belgique, on recensait en 1998, une vingtaine d'équipes hospitalières (unités de soins palliatifs ou équipes de conseil mobiles) : 11 en Flandre, 5 à Bruxelles et 5 en Wallonie (Service des affaires européennes, 1998). Il existait alors quelque 400 lits spécialisés dans des unités hospitalières.

Des équipes non hospitalières existent en outre parallèlement : les équipes de première ligne, qui fournissent directement les soins aux patients, avec ou sans la collaboration d'autres personnels soignants ; les équipes de seconde ligne, qui conseillent et forment les intervenants en soins palliatifs ; les équipes intra-muros, qui accueillent les patients en hébergements collectifs. Toutes ces structures doivent collaborer avec l'association active en matière de soins palliatifs couvrant leur zone géographique.

Dans ce cadre, Delbecque (in Lamau, 1996) souligne que la formation des soignants devrait être complétée par un enseignement sur la souffrance des familles, sur les étapes psychologiques du deuil et sur la relation d'aide. Elle propose qu'une allocation familiale soit attribuée aux familles, tiraillée entre leurs devoirs familiaux et les impératifs professionnels. Pour ce qui est des soins palliatifs à domicile, elle constate que les difficultés les plus fréquemment rencontrées en France viennent :

- de l'épuisement des familles, pas assez aidées ;
- du généraliste, à qui manque une formation sur la douleur, et du médecin référent : il est ou se sent très souvent isolé ;
- d'un manque d'articulation entre le médical et le social, entre le public et le privé, entre interventions professionnelles de types différents.

Concernant les infrastructures hospitalières, l'enquête de Vannier (citée in Lamau, 1996) fait ressortir :

- l'importance d'un personnel suffisant pour être efficace et conserver ses capacités d'accueil ;
- l'importance d'une bonne perception par l'établissement des besoins des équipes ;
- l'importance du recrutement du personnel et de l'harmonie au sein de l'équipe ;
- l'importance du projet d'établissement ;
- la nécessité d'un espace suffisant au sein des lieux de soins (pour les malades, leur famille, la détente et le personnel).

Les soins palliatifs visent à améliorer la qualité de fin de vie ; à ce titre, ils concernent tout particulièrement les personnes âgées. Vu leur objectif, les équipes qui interviennent dans ce domaine se doivent d'être pluridisciplinaires.

Divers arrêtés royaux ont défini les soins palliatifs, ainsi que leurs modalités de mise en œuvre. En 1998, il existait en Belgique quelque 400 lits spécialisés dans des unités hospitalières, auxquels il faut ajouter les soins prodigués à domicile.

De nombreuses difficultés sont néanmoins rencontrées, telles que le manque de formation spécifique des professionnels et le faible soutien aux familles.

1.8. « Profils » de consommation des plus âgés

1.8.1. Les soins : médecins, dentistes, kinésithérapeutes et médicaments

Les personnes âgées de 65 ans et plus déclarent avoir plus de contacts en moyenne avec le *généraliste* (deux à trois fois plus). Elles ont plus souvent un médecin fixe et privilégient les visites à domicile, dont la part diminue cependant avec le temps. Parmi les personnes de 75 ans et plus, près de la moitié de ces contacts se font à l'initiative du généraliste.

Par contre, selon les profils de consommation de 1997, le nombre moyen de contacts avec le *spécialiste* diffèrerait peu entre les plus âgés et les moins âgés. Aussi, la part des généralistes est-elle beaucoup plus importante pour les plus âgés. Les soins dits « spéciaux » (sur conseil des prestataires), sont bien plus fréquents parmi les personnes âgées ; or leur croissance est la plus rapide : 3 à 9 % par an, soit beaucoup plus que l'évolution des séances de médecin.

A partir de 25 ans, le recours au *dentiste* devient moins fréquent avec l'âge : seuls 26 % des 75 ans et plus ont vu un dentiste au cours de l'année écoulée (*versus* 58 % des 15-24 ans). Ce niveau pourrait être inférieur aux besoins des personnes âgées, pour des raisons d'accessibilité financière ! Toutefois, les dépenses de l'INAMI en ce domaine sont nettement plus élevées pour les pensionnés, veuves et invalides.

Le pourcentage de personnes ayant eu un contact avec le *kinésithérapeute* au cours de l'année écoulée monte progressivement de 6 % chez les enfants et adolescents à 22 % pour les 75 ans et plus. La baisse des recours entre les enquêtes de santé de 1997 et 2001 touche davantage les personnes de plus de 74 ans. Il faudra vérifier si cette tendance se poursuit et si elle n'handicape pas les possibilités de réadaptation (lesquelles peuvent prévenir l'institutionnalisation).

Le pourcentage d'individus déclarant avoir utilisé au cours des deux dernières semaines un *médicament prescrit* par un médecin augmente sensiblement avec l'âge : de 25 % chez les 15-24 ans à 89 % chez les 75 ans et plus. Pour ce qui est des *médicaments non prescrits* par un médecin, c'est l'inverse : les 25-34 ans en consomment le plus : 32 % chez les hommes et 47 % chez les femmes ; ce n'est le cas que de 18 % chez les 75 ans et plus.

1.8.2. Services et institutions de soins

Dans les *hôpitaux généraux*, le *nombre de lits* a diminué de 19 % de 1983 à 1998 (moins 25% pour les hôpitaux psychiatriques) et les *journées d'hospitalisation* ont

suivi le mouvement : de 1982 à 1998, elles ont diminué dans les hôpitaux généraux : de 20 % en Flandre, de 24 % en Wallonie et de 13 % à Bruxelles. Et cette diminution perdure. L'évolution dans les hôpitaux psychiatriques a été plus importante encore. De même, la *durée moyenne de séjour* est en forte diminution depuis vingt ans, davantage dans les hôpitaux psychiatriques que dans les hôpitaux généraux. Les *admissions hospitalières*, au contraire, ont enregistré une croissance importante de 1984 à 1993 (+ 21 % dans les hôpitaux généraux et + 49 % dans les hôpitaux psychiatriques), mais elles se sont stabilisées depuis ; néanmoins, les admissions des 60 ans et plus ont augmenté de 8 % de 1993 à 1997, leur proportion parmi les hospitalisés passant de 37 à 40 %, peut-être influencée par l'intensité du vieillissement parmi les 60+ ; inversement, les nombres de jeunes (< 15 ans) et d'adultes (20-59 ans) hospitalisés ont diminué, respectivement de 9 % et de 2 %. Sur base des RCM de 2000, les taux d'admission croissent fortement à partir de 45 ans pour les hommes et de 50 ans pour les femmes ; sauf aux âges de la maternité, les taux des hommes sont toujours supérieurs à ceux des femmes.

De 1995 à 2000, le nombre de résidents en *MRS et MRPA* a augmenté dans les trois Régions : + 21 % dans l'ensemble du pays ; ce nombre se stabilise ensuite sous l'effet du moratoire, limitant le nombre de places en maisons de repos. La croissance a concerné presque toutes les catégories d'âges, particulièrement les 75-79 et les plus de 90 ans. Quant aux taux d'hébergement (en réalité des prévalences), on observe en 2003 un doublement entre les classes d'âges 80-84 et 85-89 (de 11 à 23 %), un autre doublement dans la catégorie 90-94 (47 %) et enfin un taux de 77 % à partir de 95 ans. Les taux d'hébergement selon les Régions diffèrent de manière très sensible, avec un plafond à Bruxelles et un plancher en Flandre, soit une hiérarchie inverse à celle des taux de recours aux soins infirmiers à domicile (SIAD), ce qui laisse suggérer l'existence d'une certaine substitution entre les SIAD et l'hébergement des personnes âgées.

Peu importante chez les plus jeunes et chez les jeunes adultes, la consommation de *soins infirmiers à domicile* (SIAD) progresse rapidement après 65 ans ; un premier doublement est observé entre la classe 65-69 ans et celle de 70-74 et un second entre les 75-79 et les 80-84. Entre les 65-69 et leurs aînés (90 ans et plus), le rapport est de un à quatorze. Plus exactement, la proportion de bénéficiaires de soins passe de 14,2 % chez les 65-69 à 44 % à partir de 90 ans (trois fois plus), tandis que la consommation par bénéficiaire dans les mêmes catégories d'âges s'élève de 23 947 à 108 293 FB en 1999 (4.5 fois plus). Parmi les bénéficiaires de soins, le profil le plus fréquent (63,4 % de la population étudiée) est celui de personnes bénéficiant de SIAD durant environ un mois, ayant souvent subi une hospitalisation au cours de la même année et âgées de 60 ans en moyenne ; elles sont relativement nombreuses en Wallonie et appartiennent fréquemment au statut préférentiel. Un second groupe (28 %) présente une consommation ponctuelle, de moins d'un mois, et faible ; ces bénéficiaires sont plus jeunes, n'ont pas été institutionnalisés, sont moins souvent préférentiels et résident plus fréquemment à Bruxelles. Enfin,

le troisième profil (8,6 %) concerne particulièrement les soins de long terme (LTC) : c'est celui des « personnes dépendantes en SIAD ». Ce sont des personnes âgées d'au moins 75 ans et même souvent de 85 ans et plus, dont la moitié sont préférentielles ; leur consommation s'étale à longueur d'année et est très importante (5,7 fois plus que la moyenne) ; ce cas est plus fréquent en Flandre.

Leroy et Neiryck (1994) ont identifié quatre types d'acteurs de l'aide à domicile : les aidants proches, qui occupent une place prépondérante dans le réseau de soutien des personnes âgées de 75 ans et plus (ils fournissent près de 70 % de l'aide mensuelle pour les AVJ et les AIVJ), les professionnels indépendants (15.3 %), les associations professionnelles (14.8 %) et les associations bénévoles (0.5 %).

Selon l'Enquête de Santé de 1997, les *services pour seniors* sont utilisés par 24 % de la population des 60 ans et plus, ne vivant pas en maison de repos ou home pour personnes âgées. Le recours à une *aide ménagère de type privé* est le plus fréquent parmi les plus de 60 ans : 13.4 % y font appel. Moins déclarent avoir eu recours au cours de l'année écoulée à une *aide ménagère via un service d'aide aux seniors* : parmi les 60 ans et plus, 6 % y ont fait appel, 4 % déclarent avoir eu recours à une *aide familiale ou une aide pour senior* et 3 % ont bénéficié de *repas chauds à domicile*. Ces taux de recours sont toujours bien plus élevés parmi les 85 ans et plus (respectivement : 19.2 %, 17.3 % et 8.9 %). En 2001, 28.3 % des Belges de 75 ans et plus et 5.2 % des 65-74 ans ont fait appel à un service d'aide familiale et d'aide à domicile durant les douze mois écoulés. Quant aux *repas chauds*, 2.2 % des 65-74 ans et 9.7 % des 75 ans et plus ont eu recours à ce type de service en 2001. Ici encore, la Flandre fournit plus d'aide à domicile.

1.8.3. Perspectives d'avenir

En l'absence de vieillissement, le recours moyen en *médecine générale* diminuerait nettement d'ici à 2019 (- 11 % en vingt ans, si les tendances récentes perdurent). L'effet du vieillissement permettrait d'atténuer ce recul de -11 % à -4 %, en s'en tenant toujours aux tendances récentes. Au contraire, si les tendances longues poursuivaient leur cours (ce qui est moins probable), la croissance potentielle serait accentuée par l'effet du vieillissement (+ 14 % au lieu de + 6 %).

Par contre, le recours au *médecin spécialiste* croît fortement depuis 1989 et cette tendance devrait se prolonger à l'avenir. Ainsi, les recours par habitant au spécialiste pourraient croître de près d'un quart entre 1999 et 2019, que l'on tienne compte des tendances longues ou des tendance récentes, avec ou sans effet du vieillissement. Le développement potentiel apparaît donc important, sous la poussée d'autres facteurs que le vieillissement. Mais ces résultats basés sur l'enquête de santé de 1997 devraient être revus à partir de profils de consommation par âge d'enquêtes de santé ultérieures.

Sur base des données INAMI et du Bureau du Plan, on remarque que la *clientèle hospitalière*, vieillissante, occupe une place de plus en plus importante : en 2000, un patient sur trois est âgé d'au moins 65 ans et un sur six d'au moins 75 ans ; en 2050, un patient sur deux pourrait avoir au moins 65 ans et un sur trois 75 ans. Les admissions des 80+ devraient tripler en cinquante ans, sous l'effet mécanique du vieillissement, tandis que celles des moins de 55 ans diminueraient de 10 %. Au total, toutes classes d'âges confondues, l'évolution à taux constant se limitera en moyenne à + 14 % en 2020 et à + 29 % en 2050, soit, pour l'ensemble de la période ; en conclusion, le rythme de croissance restera limité : + 0.5 % par an pour les admissions et + 0.9 % par an pour les journées, si la durée de séjour ne diminue plus, soit au total + 14 % d'admissions de 2000 à 2020 et + 29 % d'ici à 2050.

Sur base des taux actuels, la projection des hébergements en *maison de repos* pendant les deux prochaines décennies génère quant à elle une explosion de la demande. L'amélioration de l'EVSII (sévère), si elle s'effectue parallèlement à l'EV, pourrait réduire la croissance de 11 points de pourcentage en vingt ans (de + 48 % à + 37 %). Le besoin de places supplémentaires serait ainsi ramené à 43 000 entre 2000 et 2020 (au lieu de 56 000) ; une telle perspective est intéressante, tant d'un point de vue de la santé publique que pour des raisons de maîtrise des dépenses d'hébergement. Cet objectif mérite donc d'être poursuivi activement grâce à une politique en matière de soins, d'environnement et de conditions de vie.

Selon un scénario purement démographique, les *SIAD* augmenteraient également en volume, de 40 % dans l'ensemble du pays entre 2000 et 2020, soit en moyenne 10 points de pourcentage tous les cinq ans ou + 1.7 % par an au cours de la période. L'impact est très différent selon les Régions : croissance la plus forte en Flandre et la plus faible à Bruxelles. Dans l'hypothèse d'un alignement des taux de consommation régionaux sur ceux observés en Flandre en 1999, la croissance supplémentaire serait de 24 points en 2020 (+ 53 en Wallonie et + 256 à Bruxelles). Alternativement, les résultats d'un report des taux de consommation des catégories d'âges à partir de 60 ans illustrent l'importance de l'impact que pourrait avoir une amélioration de l'EVSII parallèle à celle de l'EV : l'effet mécanique du vieillissement en serait diminué de plus d'un quart en 20 ans (11 points de % sur 40). Quel que soit le scénario, les besoins en ce domaine sont à la hausse ; ces services sont donc à développer, d'autant plus que l'on peut subodorer qu'ils contribuent à retarder l'institutionnalisation et son cortège de conséquences néfastes pour la qualité de vie et les dépenses publiques relatives à l'hébergement.

L'importance de tels exercices de projections n'est pas de prédire avec une prétendue exactitude un avenir incertain, mais de mettre en évidence l'impact considérable que peuvent avoir les politiques visant à promouvoir la santé, à prévenir les maladies et à procurer des soins de qualité. On ne peut négliger l'importance de l'environnement dans lequel vivent les personnes âgées, de leurs réseaux sociaux et des styles de vie qui sont adoptés.

2. Coût budgétaire du vieillissement et dépenses de soins de santé

Les premières cohortes du baby boom font déjà peser un peu leur présence sur les consommations de soins, vu la forte prévalence des maladies chroniques et de la croissance des soins dès la cinquantaine. Ces cohortes bien fournies commenceront à prendre leur retraite à partir de 2010, ce qui entraînera alors un accroissement des dépenses dans le domaine des pensions. Quinze ans plus tard, ces cohortes entreront dans le quatrième âge et leurs besoins en soins de santé, déjà accrus au cours de leur prime vieillesse, s'accroîtront, en particulier pour les soins de longue durée.

Nous évoquerons d'abord le coût global du vieillissement, pour nous concentrer ensuite sur les dépenses de santé. Nous poursuivrons par quelques comparaisons internationales, notamment avec la France et au sein de l'Union européenne.

2.1. Le coût budgétaire du vieillissement en Belgique

Chaque année, le Comité d'Etude sur le Vieillissement (CEV - créé au sein du Conseil supérieur des Finances) et le Bureau fédéral du Plan (BFP) établissent un rapport sur les conséquences sociales et budgétaires du vieillissement.

Au plan des finances publiques, le vieillissement de la population marquera ses principaux effets, d'une part sur la charge des pensions, d'autre part sur les dépenses de santé ; mais d'autres dépenses seront modifiées par des glissements démographiques, y compris parmi les classes jeunes, notamment les allocations familiales et le chômage. L'ensemble de ces impacts sur les dépenses sociales est appelé « coût budgétaire du vieillissement » et sera exprimé en % du PIB.

2.1.1. Méthode

Les hypothèses retenues par les instances précitées pour estimer ce coût sont exposées au Tableau 4-35. Ces hypothèses macroéconomiques sont relativement optimistes : elles prévoient une hausse constante de la productivité, une maîtrise des dépenses de santé et, à l'horizon 2030, un faible taux de chômage et un relèvement substantiel du taux d'emploi (de 62 % en 2001 à 68 % en 2030). Ces hypothèses paraissent résolument optimistes, comme l'a d'ailleurs souligné l'économiste Et. de Callataÿ, au Congrès des Economistes belges de langue française de 2005.

D'autres hypothèses ont été envisagées par l'OCDE et l'UE ; elles concernent surtout les grands agrégats macro-économiques, tels que les gains de productivité, le chômage, les taux d'intérêt, l'activité des âgés et des femmes, l'âge de la pension, la fécondité, les flux migratoires, ... Elles n'ont donc que peu d'impact sur les perspectives de dépenses de santé. Même l'allongement de l'espérance de vie ne provoquerait qu'un surcroît de dépenses de l'ordre de 0,1 % du PIB en 2010. Un scénario de moindres dépenses de santé a été testé (hypothèse d'une réduction de 1,05 % des remboursements) ; le coût budgétaire du vieillissement n'en serait allégé que de - 0.1 % en 2010 et de - 0.14 % en 2050. Nous y reviendrons plus en détails à la section 2.1.2.

Tableau 4-35 Hypothèses de référence: scénario du CEV et scénario sans adaptation au bien-être

Scénario démographique	2000	2030
Taux de fécondité	1.61	1.70
Espérance de vie à la naissance : hommes	75.06	80.96
Espérance de vie à la naissance : femmes	81.53	86.43
Solde migratoire	18 445	17 358
Scénario socio-économique	Maintenu au niveau des observations les plus récentes	
Taux de scolarisation	Modélisation tenant compte des cohortes et des probabilités de transfert entre catégories socio-démographiques, par sexe et classe d'âges	
Taux d'activité potentiels : hommes		
Taux d'activité potentiels : femmes		
Retrait de la population active		
Scénario macroéconomique		
Hausse de la productivité et salaire annuel par actif	1.75 % par an	
Taux de chômage structurel en 2030 (a)	7.5 %	
Taux d'emploi en 2030 (b)	68.2 %	
Scénarios de politique sociale		
Adaptation du plafond salarial	1.25 % par an	
Droit minimum par année de carrière	1.25 % par an	
Péréquation des pensions publiques	1.25 % par an	
Adaptation au bien-être des pensions et autres allocations sociales	Scénario CEV : 0.5 % par an	
Liaison des montants forfaitaires au bien-être	Scénario CEV : 1 % par an	
	Scénario sans adaptation au bien-être : 0.5 % par an	

(a) Taux de chômage structurel ²⁰ en 2030 : y compris les chômeurs âgés non demandeurs d'emploi ; en tenant compte de comportements socioéconomiques (tels que la croissance continue du taux d'activité des femmes).

(b) Taux d'emploi : en % de la population en âge de travailler (15-64 ans).

Source : Comité d'Etude sur le Vieillessement, rapport annuel 2004..

Cela étant, l'emploi est censé augmenter de 0.3 % par an et le PIB de 1.9 % par an.

²⁰ Ici, le concept de chômage englobe : les chômeurs complets indemnisés demandeurs d'emploi, les demandeurs d'emploi inoccupés obligatoirement et librement inscrits, les chômeurs âgés non demandeurs d'emploi.

2.1.2. Résultats globaux : charges de pensions et dépenses de soins de santé

2.1.2.1. Scénario de base

Selon les projections du Bureau Fédéral du Plan et le scénario retenu par le Comité d'étude sur le Vieillissement, le coût budgétaire total du vieillissement va légèrement diminuer au cours de la décennie en cours (Figure 4.37). En effet, la croissance nette des dépenses de soins de santé sera alors compensée par la baisse des dépenses de pension, de chômage et autres dépenses de sécurité sociale.

Au-delà de 2010 par contre, le coût augmentera, vu les charges de pension augmentant fortement et se cumulant avec le coût croissant des dépenses de soins de santé. Globalement, entre 2003 et 2030, ce coût devrait représenter 3.4 % du PIB ; sans adaptation au bien-être, il se limiterait à 2.8 % du PIB (cf. Tableau 4-36).

Cette estimation globale résulte de mouvements divers. En effet, l'ensemble des dépenses de soins de santé et de pension augmenteront davantage, à concurrence de 5.2 % du PIB ; mais cette croissance serait compensée par la baisse des dépenses de chômage, de prépensions et d'autres dépenses sociales (cf. Figure 4.37).

Tableau 4-36 Le coût budgétaire du vieillissement (en % du PIB)

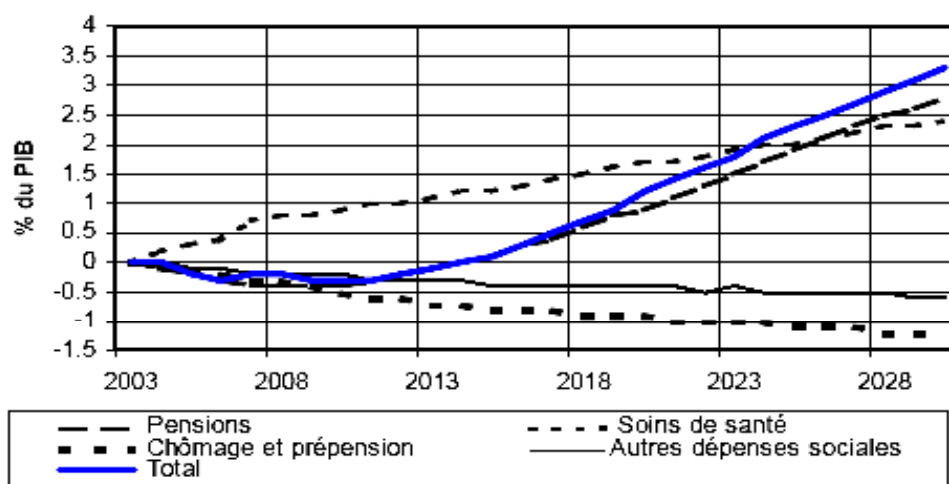
Composantes du coût budgétaire	Scénario du Comité d'étude				Scénario sans adaptation au bien-être			
	2003 ^b	2010	2030	2003-2030	2003	2010	2030	2003-2030
Pensions	9.2	8.8	12.0	+ 2.8	9.2	8.7	11.6	+ 2.4
Dépenses publiques de soins de santé	6.9	7.8	9.3	+ 2.4	6.9	7.8	9.3	+ 2.4
Incapacité de travail	1.3	1.3	1.3	0.0	1.3	1.3	1.2	0.0
Chômage	2.3	1.8	1.1	- 1.2	2.3	1.8	1.1	- 1.2
Prépensions	0.4	0.4	0.4	- 0.1	0.4	0.4	0.4	- 0.1
Allocations familiales	1.7	1.4	1.2	- 0.5	1.7	1.4	1.1	- 0.6
Autres dépenses sociales^a	1.5	1.5	1.4	- 0.1	1.5	1.5	1.4	- 0.1
Total	23.4	23.1	26.7	+ 3.4	23.4	23.0	26.1	+ 2.8

(a) Principalement accidents du travail, maladies professionnelles, sécurité d'existence et, en Flandre, assurance-dépendance.

(b) Les chiffres de 2003 représentent la part des différentes composantes du coût budgétaire dans le PIB (%); ceux de 2010 et 2030, le PIB de 2003 + l'augmentation de la part de ces différentes composantes dans le PIB sous l'impact du vieillissement. La colonne « 2003-2030 » représente le coût budgétaire du vieillissement sur cette période.

Source : Conseil supérieur des Finances, Comité d'Etude sur le Vieillissement, rapport annuel 2004

Figure 4.37 Le coût budgétaire du vieillissement (en % du PIB)



Source : Conseil supérieur des Finances, Comité d'Etude sur le Vieillissement, rapport annuel 2004

2.1.2.2. Scénario alternatif

Le scénario de base est relativement optimiste, n'envisageant qu'une croissance modérée des dépenses de santé : + 2.9 % par an de 2009 à 2030, soit bien en-deçà du rythme accepté par le Gouvernement pour les années proches (+ 4.4 % par an), et encore bien plus éloigné de la réalité du terrain (\pm +6 % en 2004). Par ailleurs, les scénarios adoptés par divers experts en matière de santé sont également plus élevés. Par conséquent, le scénario de référence pourrait bien s'avérer minimaliste.

Ainsi, si l'on maintenait jusqu'à l'horizon 2030 une croissance des dépenses publiques de soins de santé analogue à celle acceptée pour les années en cours (2003-08), le coût budgétaire du vieillissement en serait accru de 3.3 points de pourcentage du PIB en 2030, faisant ainsi passer le coût supplémentaire global de 3.4 à 6.7 % du PIB de 2003 à 2030.

De 2003 à 2030, le coût budgétaire du vieillissement devrait entraîner globalement un supplément de 3.4 % du PIB ; 2.8 % du PIB sans adaptation au bien-être.

Quant aux dépenses de santé, elles passeraient au total de 9.2 % du PIB à 12.5 %. En leur sein, les dépenses publiques de santé occasionneraient 2.4 points de PIB supplémentaires, passant de 6.9 à 9.3 % du PIB.

Toutefois ces scénarios paraissent minimalistes ; ainsi, si la croissance des dépenses publiques de santé perdurait au rythme de 4,4 % par an (au lieu de 2.9 %), le coût budgétaire du vieillissement serait doublé, aboutissant à + 6.7 points de % de PIB en 2030.

2.2. Les dépenses de soins de santé en Belgique

Après avoir évoqué un point de méthode, nous fournirons quelques résultats relatifs aux dépenses totales de santé (en ce compris les parts personnelles), puis aux seules dépenses publiques.

2.2.1. Méthode

Pour le Bureau du Plan, les dépenses de soins de santé ²¹ augmenteront sous l'effet de deux facteurs :

- D'une part, le simple « effet mécanique », résultant de l'évolution de la pyramide des âges (les personnes âgées requérant davantage de soins du fait de leur santé dégradée) ; l'estimation se base sur le profil de dépenses moyennes de soins de santé par âge et sexe en 1997.
- D'autre part, la croissance des dépenses hors vieillissement ²², attribuable aux progrès technologiques, à l'augmentation des prix relatifs des soins de santé, à l'évolution de la propension à consommer des soins et à des objectifs politiques en matière d'assurance des soins de santé. Le Bureau du Plan la qualifie de « tendance lourde ».

Par ailleurs, un troisième facteur risque de se manifester à l'avenir :

- l'effet dit de « génération », les aînés de demain (plus informés, plus éduqués, plus riches et plus habitués à consommer des soins) allant demander plus de soins que les générations précédentes. Cet effet n'est que peu évoqué par le BFP. Néanmoins une analyse de sensibilité, a été proposée, dont le BFP souligne lui-même les limites (cf. section 2.2.3). Il est fort possible que la tendance lourde s'en trouvera en réalité aggravée.

Nous évoquerons en outre l'impact possible du vieillissement des personnels de santé (cf. section 2.2.4).

²¹ Les dépenses publiques de soins de santé comprennent les dépenses de la sécurité sociale relatives à l'assurance-maladie (régime des travailleurs salariés et indépendants, OSSOM et autres régimes), certaines dépenses du pouvoir fédéral (surtout, l'intervention dans le prix journalier des lits d'hôpitaux), des Régions (prestations en nature en faveur des handicapés) et des pouvoirs locaux (prestations médicales et coût des maisons de repos des CPAS).

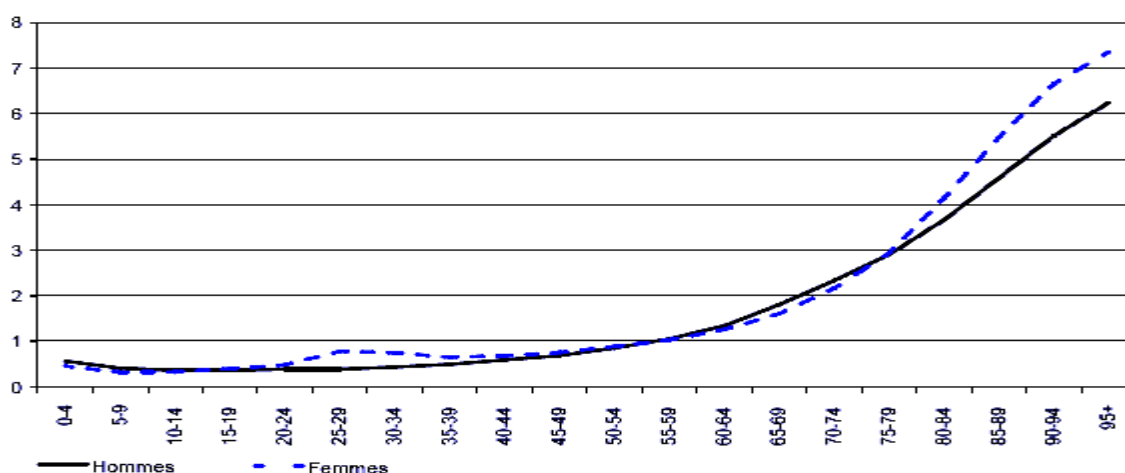
²² Mesuré par l'évolution du rapport « dépenses de soins de santé par tête/PIB par tête », à structure d'âges inchangée

Plus en détails, le modèle de projection à long terme de BFP pour les dépenses de santé prend en compte les effets démographiques suivants :

- Le volume de la population : la croissance annuelle moyenne de la population serait de l'ordre de 0.2 % entre 2001 et 2030, ce qui équivaut à la croissance observée au cours des trois dernières décennies (1971-2000).
- Le vieillissement de la population (+ 0.7 % par an), suite à la conjugaison de trois facteurs, à savoir : augmentation de l'espérance de vie, vieillissement de la génération baby-boom de l'après-guerre et chute des taux de natalité.

L'impact du vieillissement démographique sur les dépenses de santé a été calculé à partir de profils par classe d'âges et sexe de 1997 normalisés, c-à-d. établis par rapport à une dépense moyenne de 1, tous âges et sexes confondus (cf. Figure 4.38). Ces profils ont été maintenus constants, aux niveaux ainsi observés en 1997. Une mise à jour s'imposera à partir de données plus récentes (probablement plus fiables, en raison d'une surpondération des personnes âgées), lesquelles permettront peut-être de confirmer l'effet « génération », déjà attesté en France.

Figure 4.38 Profils par classe d'âges et sexe des dépenses de soins de santé en 1997



Source : Conseil supérieur des Finances, Comité d'Etude sur le Vieillissement, rapport annuel 2004.

2.2.2. Les dépenses de santé totales

Selon le CEV, l'évolution historique des dépenses globales de soins ne montre pas de forte corrélation entre ces dépenses et le niveau de financement public. Selon une étude des Mutualités chrétiennes, la catégorie sociale et l'âge sont des facteurs plus importants que le niveau de remboursement (ANMC, non publié).

A partir d'une étude sur leurs membres, les mutualités chrétiennes ont observé qu'en 2002 les personnes âgées de 80 ans et plus concentrent près de 20.5 % du total des dépenses de soins de santé (50.4 % pour les 65 ans et plus), tandis qu'elles ne représentent que 4.5 % de la population (18.2 % pour les 65 ans et plus) ²³. Par rapport aux jeunes de 20 ans, les personnes de 65 ans et plus ont des dépenses de soins 4.2 fois supérieures et celles ayant atteint au moins 80 ans ont des dépenses 9.2 fois supérieures.

Pour l'avenir, le BFP a estimé que les dépenses de santé totales passeront de 9.2 % du PIB en 2003 à 12.5 % du PIB en 2030 (scénario de base). Au début de la période, le taux de croissance annuel moyen des dépenses totales est de 4.4 %, compte tenu des décisions gouvernementales (Tableau 4-37) ; sur la période de projection 2009-2030, le taux de croissance annuel moyen est estimé à 2.9 %, dans l'hypothèse où le Gouvernement ne maintient pas le taux de croissance accepté pour la période 2003-08. Nous avons déjà signalé que ces hypothèses pouvaient être sous-estimées

Tableau 4-37 Dépenses totales de santé (en prix de 1998) : en taux de croissance annuel moyen

	1971-1980	1981-1990	1991-2000	2001-2002	2003-2008	2009-2030	2003-2030
Dépenses totales de santé	6.7	3.2	4.0	3.3	4.4	2.9	3.2
- dont tendance lourde	6.1	2.6	3.2	2.3	-	2.1	-
- dont effet démographique	0.6	0.6	0.8	0.9	-	0.8	-
- dont effet vieillissement	0.4	0.5	0.5	0.5	-	0.7	-
- dont effet volume de la population	0.2	0.1	0.3	0.4	-	0.2	-

Source : Conseil supérieur des Finances, Comité d'Etude sur le Vieillissement, rapport annuel 2004

Pour l'avenir (2009-30), le taux de croissance annuel moyen des dépenses totales de santé dû à la tendance lourde a été estimé à 2.1 % et celui dû aux facteurs démographiques à 0.8 % seulement, dont ± 0.7 % dû au « vieillissement » et ± 0.2 % au « volume de la population » ²⁴. L'hypothèse retenue pour la tendance lourde semble basse.

²³ Cette étude porte sur l'ensemble des soins et des membres des mutualités chrétiennes : salariés et indépendants, toutes les dépenses à charge de l'Assurance Maladie sont prises en compte, plus l'ensemble des petits risques.

²⁴ Néanmoins, du fait de la liaison entre dépenses de santé et PIB, le BFP conclut que l'élargissement de la *part de ces dépenses dans le PIB* est essentiellement due au vieillissement (Englert et al, 2002). En 2004, le CEV relaye cette idée : + 3.6 points supplémentaires pour le total des dépenses de santé dans le PIB (2000-2030), dont 2.3 points dû au vieillissement (rapport 2004, p. 126).

2.2.3. Les dépenses publiques de santé

Les projections du BFP relatives aux dépenses publiques de soins de santé font l'hypothèse d'une croissance identique à celle des dépenses totales de santé. Le rapport du CEV les reprend ; selon le scénario de base, ces dépenses passeront de 6.9 % du PIB en 2003 à 9.3 % du PIB en 2030, voire à 9.6 ou 10.8 selon des scénarios alternatifs (cf. Tableau 4-36). La part de ces dépenses dans le PIB auront donc progressé de 2.4 points de PIB dans le scénario de base (de 2.7 à 3.9 dans les scénarios alternatifs).

Le taux de croissance annuel retenu est de 3.2 % entre 2003 et 2030 (davantage au début de la période : + 5.1 % entre 2003 et 2007, pour une croissance économique moyenne de 2.1 %) ; entre 2008 et 2030, la croissance des dépenses de soins de santé serait ramenée à 2.8 % annuellement, pour une croissance économique moyenne de 1.9 % (CEV, rapport 2004).

La Banque Nationale de Belgique a estimé une incidence du vieillissement sur les dépenses publiques de soins de santé du même ordre de grandeur ²⁵ : l'incidence du vieillissement se limitera à 0.7 % par an pour ce qui est de la croissance des dépenses publiques de soins de santé (2004-2030). A lui seul, le simple effet mécanique du vieillissement sur la croissance des dépenses de soins est loin d'être explosif.

Selon le BFP, l'élasticité ex-post des dépenses de santé (hors vieillissement) par rapport au PIB croîtra jusqu'en 2020, pour diminuer ensuite et s'approcher de 1 à partir de 2030. Ces estimations sont fort éloignées de l'expérience du passé : l'élasticité a été estimée à 1.20 pour la période récente (1999-2003), en baisse par rapport aux séries longues (1.6 de 1979 à 2002).

Les perspectives présentées ci-dessus se basent sur un ensemble d'hypothèses et ne constituent donc qu'un scénario parmi d'autres. L'hypothèse de continuité des comportements de consommation de soins de santé qui a été faite dans le scénario de base du BFP pourrait entraîner une sous/sur-estimation des dépenses futures de soins de santé.

Ainsi, un groupe de travail européen a appliqué divers scénarios d'élasticité (1,2 à 1,34), prévoyant dès lors à des dépenses publiques de soins de santé supérieures à celles estimées par le BFP : entre 9.6 et 10.8 % du PIB en 2030, *versus* 9.3 %

Par ailleurs, deux variantes au scénario de base du BFP ont été testées (CEV, 2004). La première repose sur l'hypothèse d'une multiplication par quatre du coût relatif

²⁵ Sources : Mutualités, Institut des comptes nationaux, INS.

des classes d'âges de plus de 55 ans, comparativement au coût relatif observé en 1997. Tandis que la seconde variante consiste à ramener ce coût des personnes âgées au niveau de celui de la classe d'âges 49-54 ans (Tableau 4-38). Néanmoins, de telles variations supposent des modifications (à la baisse ou à la hausse) de la part des dépenses dans les classes d'âges jeunes, afin de maintenir inchangées les dépenses totales observées au point de départ et d'isoler l'impact des effets démographiques de ceux de la tendance lourde, à savoir la partie de l'augmentation des dépenses totales de soins de santé dans le PIB, hors effet du facteur démographique.

Tableau 4-38 Dépenses publiques de santé : scénarios alternatifs – en % du PIB

	2010	2020	2030
Projection de base	7.8	8.6	9.3
Elasticité 1.20 à 1.34			9.6 à 10.8
Augmentation du coût relatif des âgés (variante 1)	7.9	9.0	10.1
Diminution du coût relatif des âgés (variante 2)	7.7	8.0	8.4

Source : Conseil supérieur des Finances, Comité d'Etude sur le Vieillissement, rapport annuel 2004

Les effets de ces variantes ne se marquent qu'avec le temps. Ils restent faibles en 2010. Par contre, en 2030, la hausse du coût relatif des âgés génèrerait un accroissement des dépenses de 0.8 point de pourcentage du PIB, alors que la baisse de ce coût relatif entraînerait une diminution des dépenses de 0.9 point de pourcentage du PIB. Mais ces scénarios supposent des modifications considérables des profils ! Il est très peu probable que de tels changements affectent les aînés alors que les consommations des plus jeunes évolueraient en sens contraire ; il est bien plus probable que les autres catégories d'âges en seraient aussi affectées, ce qui en accentuerait l'impact.

Pour établir son modèle, le Bureau du Plan a considéré que l'élasticité des dépenses de santé par rapport au PIB sera plus faible que par le passé : elle est censée croître encore un peu d'ici 2020, pour diminuer ensuite et se rapprocher de 1 vers 2030. C'est un scénario optimiste qui s'appuie notamment sur un rétrécissement de cette élasticité au cours des années récentes. Il faut se souvenir que, si l'élasticité était supérieure à celle envisagée, le poids des dépenses publiques de santé pourrait être plus lourd que prévu : passant de 6.9 % du PIB en 2003 à 9.6-10.8 % en 2030, au lieu de 9.3 dans le scénario de base.

Deux variantes ont été testées dont les effets restent faibles en 2010. Par contre, en 2030, (a) la hausse du coût relatif des âgés génèrerait un accroissement des dépenses de 0.8 points de pourcentage du PIB et (b) la baisse de ce coût relatif entraînerait une diminution des dépenses de 0.9 point de pourcentage du PIB. Mais ces scénarios n'envisagent pas de modifications concomitantes des comportements dans toutes les classes d'âges et paraissent donc peu réalistes.

2.2.4. Vieillessement des personnels de santé

Outre au vieillissement de la population, on assiste également au vieillissement des personnels de santé.

En Europe, le vieillissement touche les infirmières comme les médecins. Ainsi, dans sept Etats membres, 40 % du personnel infirmier ont déjà plus de 45 ans et dans cinq autres Etats membres, près d'un(e) infirmier(e) sur deux a atteint cet âge (Comité de politique économique, 2001). Cependant, en Belgique, les années récentes ont vu un large recrutement de jeunes infirmières ; on y connaît donc à la fois un surcroît d'infirmières âgées et une base de jeunes très fournie.

En ce qui concerne les médecins, l'Europe va connaître une bosse démographique sans précédent : les « besoins de remplacement » des médecins (décès, retraites et sorties précoces) vont exploser. En Belgique, ils vont doubler en quelques lustres, avec un pic attendu entre 2015 et 2025 (Deliège et al, 2004). Ce phénomène accroîtra transitoirement ce type de besoins dans un contexte où le numerus clausus (décidé vingt ans trop tard) diminuera non seulement le nombre de nouveaux diplômés, mais aussi l'ensemble des effectifs (du moins en Communauté française).

Le gouvernement en attend un effet de maîtrise de dépenses, la raréfaction de l'offre devant peser sur les possibilités de demande. Cet effet attendu pourrait être contrecarré de trois façons :

- Dans un premier temps, la croissance de la demande pourrait être absorbée par une croissance moyenne d'activité (notamment par résorption de la pléthore).
- Dans un deuxième temps, des accroissements de productivité sont possibles : diminution de la durée de consultation (nettement plus longue qu'en Allemagne ou aux Pays-Bas par exemple), création de doubles circuits (cabinets, cabines de déshabillage), recrutement de médecins sans agrément, voire de non médecins pour remplir certaines tâches.
- Enfin, à mesure que s'installera une distorsion entre une demande croissante et une offre raréfiée, la pression sur les prix se fera sentir : salaires en hausse et négociations plus dures sur les tarifs ; ce scénario est d'autant plus probable que les pays voisins (qui connaissant les mêmes problèmes démographiques pour leurs professionnels de santé) feront

davantage entendre leurs sirènes pour débaucher les praticiens étrangers, particulièrement les Belges vu la communauté de langue.

En Europe, le vieillissement des personnels de santé touche les infirmières et les médecins. En Belgique, des cohortes pléthoriques de médecins sont arrivées sur le marché au cours des années '70 et '80 et prendront leur retraite dans les années à venir, surtout vers 2015-25 ; le numerus clausus, instauré à contre-temps, entraînera en Communauté française, une diminution des effectifs médicaux, précisément au moment où se produira le « papy-boom » dans la population.

Le vieillissement des personnels de santé (et leur raréfaction en Communauté française) n'entraîneront pas ipso facto une maîtrise des dépenses : l'activité et la productivité peuvent en effet croître conjointement, de même que la pression sur les salaires et les tarifs.

2.3. Vieillissement et dépenses de soins de santé en France

Les données françaises apportent trois éclairages intéressants : sur les effets du vieillissement, sur les grands consommateurs et sur les perspectives d'avenir.

2.3.1. Effet morbidité, effet âge et effet génération confirmés

2.3.1.1. Multimorbidité = dépenses

En modélisant la dépense annuelle en fonction de l'état de santé et d'autres facteurs, on constate à nouveau un effet massif de la morbidité dans le lien observé entre âge et dépenses : pour un homme de 65 ans, la première maladie ajoute 360 euros par an à la dépense toutes choses étant égales par ailleurs, la deuxième 620 euros et la quatrième 1830 euros. En outre, la possession d'une couverture complémentaire explique un recours plus fréquent et une dépense supérieure, tandis que le niveau d'études et le revenu ont peu d'influence sur le profil de dépenses (Grignon, 2003).

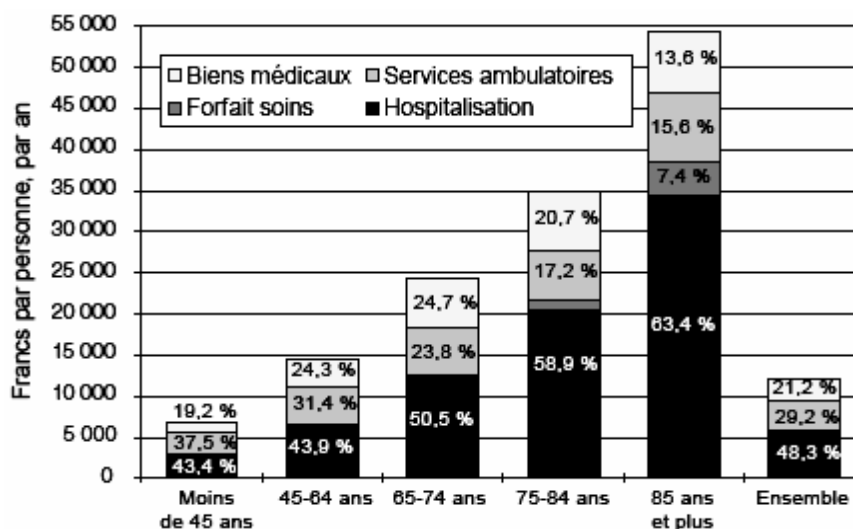
2.3.1.2. L'effet âge

Mizrahi et Mizrahi (1997) ont analysé quatre groupes de dépenses selon l'âge. En francs par personne, ils connaissent chacun un saut pour les 45 - 64 ans par rapport aux < 45 ans (mis à part les forfaits). Ensuite, l'ampleur des soins ambulatoires augmente peu entre 45 et 84 ans, mais ils connaissent un nouveau bond à partir de 85 ans, avec relativement peu de modifications ultérieurement. Quant aux dépenses d'hospitalisation, elles croissent pratiquement de façon exponentielle pour chacun des groupes d'âges.

2.3.1.3. La modification des structures de consommation.

Selon Mizrahi et Mizrahi (1997), l'hospitalisation est inférieure à 44 % des dépenses médicales avant 65 ans, mais elle représente 51 % de la dépense médicale des personnes de 65 à 74 ans, et atteint même 63 % chez les personnes de 85 ans et plus. De même, la part des forfaits soins²⁶ passe de 0.1 % entre 65 et 74 ans à 7 % chez les 85 ans et plus (cf. Figure 4.39).

Figure 4.39 Estimation des dépenses médicales par nature, selon l'âge (France 1996)



Source : Mizrahi A, Mizrahi A (1997).

Inversement, la part des soins de ville (biens médicaux et services ambulatoires)²⁷ diminue, passant respectivement de 31 % (services) et 24 % (biens) pour les personnes de 45 à 64 ans à 16 % et 14 % pour les personnes de 85 ans et plus.

²⁶ Les dépenses de forfaits soins ont été estimées à partir de la répartition par âge de la clientèle des maisons de retraite, hospices et logements-foyers avec section de cure médicale, ainsi que des dépenses globales de forfaits soins dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées.

²⁷ Soins de médecin, de dentiste, d'infirmier, de kinésithérapeute, analyses, cures, transports de malades, prévention individualisable, produits pharmaceutiques, prothèses.

2.3.1.4. La croissance temporelle (effet « génération »)

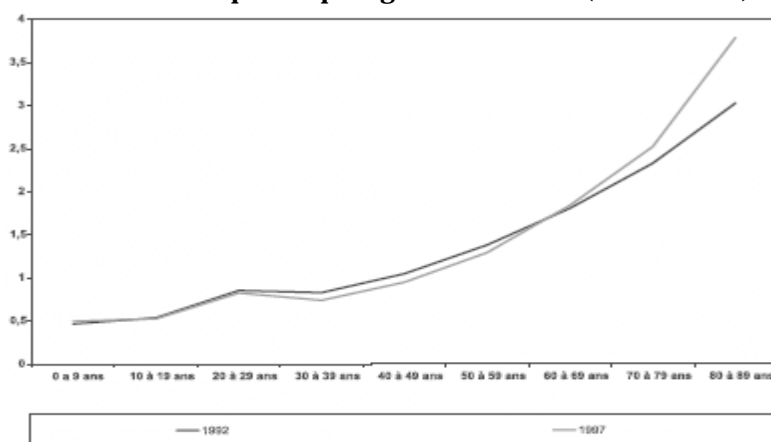
La consommation médicale des personnes âgées n'a pas toujours été à ce niveau. Ainsi, Mizrahi et Mizrahi (1997) relèvent qu'en 1960, toutes les consommations médicales non hospitalières décroissaient à partir d'un certain âge (entre 65 et 75 ans). On a ensuite assisté à un rattrapage très net pour les personnes les plus âgées. Ce rattrapage a été particulièrement marqué pour les soins de généralistes au domicile du patient, la pharmacie et les soins d'auxiliaires.

Quant à la consommation médicale totale selon l'âge, ils constatent que :

- A chaque classe d'âges, elle augmente à travers le temps ; ainsi, en comparant la consommation médicale des personnes de même âge à deux époques différentes, on constate par exemple que celle d'une femme de 65 ans est en 1991 supérieure à celle de sa mère (85 ans aujourd'hui) lorsqu'elle avait 65 ans, c'est-à-dire vingt ans plus tôt.
- Cependant, le maximum de la dépense s'est déplacé vers des âges plus avancés : il se situait entre 70 et 79 ans en 1970, entre 80 et 89 ans en 1980 et 1991. NB : ceci est cohérent avec l'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité grave décrite par Robine (cf. chapitre 2, section 6.2).

Ultérieurement, Grignon (2003)²⁸ fit un constat analogue : la courbe s'est creusée entre 1992 et 1997, accentuant la consommation des soins des aînés (cf. Figure 4.40)

Figure 4.40 Profil de dépenses par âge – 1992 et 1997 (hors forfaits)



Source : Grignon, 2003

²⁸ Source des données : échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) constitué par la CNAMTS. L'EPAS enregistre le contenu des feuilles de soins présentées au remboursement (Régime général). Il ne contient donc que les dépenses individualisables pour un ayant droit ; sont donc exclus les forfaits de soins attribués aux maisons de retraite et aux établissements de soins de long terme, les forfaits de prise en charge par des services de soins infirmiers à domicile, les consultations et soins externes des hôpitaux sans budget global (publics ou participant au service public hospitalier).

La croissance probable de la consommation de soins dans le temps (hors effet âge) a été confirmée en France par une étude sur des personnes non exposées à un risque vital (CNAMTS, 2003) ²⁹. Cet accroissement « générationnel » est beaucoup plus net aux âges élevés qu'aux âges jeunes. Ce qui pose donc problème n'est pas tant que le nombre de personnes âgées augmente, mais plutôt que les dépenses médicales des personnes âgées progressent plus rapidement que celles des autres classes d'âges.

Cependant si, comme en France, les personnes âgées d'aujourd'hui consomment déjà plus que leurs prédécesseurs, une partie de cet effet « génération » est déjà incluse dans la tendance lourde telle qu'utilisée par le Bureau du Plan.

2.3.2. Les grands consommateurs et le type de dépenses médicales

En France, la dépense moyenne de soins médicaux par personne était en 1995 de 8 134 FF, d'après une enquête auprès des ménages (hors personnes en maison de repos ou dans un service hospitalier de type long séjour) ; cette moyenne était sous-estimée de par les biais d'enquête (Com-Ruelle et Dumesnil, 1999). Les grands consommateurs (définis comme les bénéficiaires de l'Assurance maladie ayant une dépense de plus de 16 040 FF par personne et par an), concentrent près de 60 % des dépenses de soins médicaux et près de 70 % des remboursements de la Sécurité sociale. Ces grands consommateurs sont nettement plus nombreux parmi les personnes âgées de 80 ans et plus : 31 % versus 10 % tous âges confondus. Cette proportion reste très élevée parmi les personnes âgées de 65 à 79 ans (29 %), puis elle s'abaisse à 15 % parmi celles de 50 à 59 ans. Les personnes de plus de 65 ans représentent plus du tiers des grands consommateurs, leur dépense moyenne étant supérieure à 50 000 FF. Cette dernière est caractérisée par une dépense hospitalière plus importante que chez les adultes jeunes (16-39 ans), ainsi que par une dépense de pharmacie et d'auxiliaires médicaux plus élevée.

Les grands consommateurs constituent une proportion plus importante des hommes âgés que des femmes âgées. Par contre, parmi les 16-39 ans, les femmes se distinguent par une proportion plus importante de grands consommateurs que les hommes, la maternité induisant probablement une partie de ces dépenses.

²⁹ La consommation de personnes qui ne sont pas exposées à bref délai à un risque vital important a été suivie sur neuf ans : de 1992 à 2000. La CNAMTS s'est assurée que ces personnes avaient consommé et n'étaient pas décédées au cours des deux années suivantes, c'est-à-dire jusqu'en 2002 inclus.

2.3.3. Perspectives d'avenir

Un premier scénario consiste à estimer l'impact mécanique du vieillissement sur les dépenses publiques de santé en appliquant le profil actuel de dépenses par âge, à la pyramide des âges future (Grignon, 2003). Ce scénario conduit pour l'avenir à une augmentation régulière de la part des dépenses publiques de soins de court terme (les soins de long terme étant mis à part) dans la richesse nationale : + 0.9 point de 1997 à 2020 (de 6.5 % du PIB à 7.4 %). En incluant les soins de long terme, l'impact supplémentaire est substantiel : l'accroissement atteindrait 1.4 point du PIB (de 10 % à 11.4 %) (cf. Tableau 4-37). Quant à Launois et Pelc (1990), ils prévoient pour les années à venir un accroissement annuel de + 0.6 % des dépenses de santé.

Dans un scénario d'allongement de la durée de vie de la population française, l'âge au décès s'élève, de sorte que les décès de chaque cohorte s'étaleront davantage dans le temps, avec pour conséquence une moindre croissance des dépenses de santé, puisque la dernière année de vie coûte environ cinq fois plus cher que les autres (Grignon, 2003). L'augmentation de la part dans le PIB des dépenses publiques de soins de court terme serait ainsi ramenée à 0.65 point de PIB au lieu de 0.9.

Néanmoins, ce type de prévision repose sur l'hypothèse de stabilité dans le temps du lien entre âge, état de santé, détention de couverture complémentaire et dépense de soins médicaux, ce qui semble être une éventualité contestable (cf. supra).

Les données françaises apportent plusieurs éclairages importants : augmentation de la consommation des soins avec l'âge dès 45-64 ans ; effet important de la multimorbidité ; modification avec l'âge des structures de consommation, notamment effet massif de l'âge sur les hospitalisations ; augmentation de la consommation de génération en génération, et de façon plus nette aux âges élevés qu'aux âges jeunes.

L'impact mécanique du vieillissement sur l'ensemble des dépenses publiques de santé conduit, en France, à une augmentation de 1.4 point du PIB de 1997 à 2020, dont 0.9 point pour les soins de court terme. Pour ceux-ci, leur part pourrait être ramenée à 0.65 point de PIB, dans un scénario d'allongement de la durée de vie (en raison de la moindre intensité des soins de vie au grand âge et de la moindre proportion de personnes atteignant la fin de vie au sein de chaque cohorte).

2.4. Vieillesse et dépenses de soins de santé en Europe

En comparant 28 pays, les dépenses de soins se révèlent fortement corrélées au PIB (CEV, 2004). En 2001, la Belgique consacrait 8.8 % de son PIB aux soins de santé, ce qui la situait dans une honnête moyenne par rapport aux autres membres de l'UE (moyenne : 8.2 %, moyenne pondérée par le PIB : 10.9 %). D'autres estimations au niveau international, seront présentées à la section 2.5

Nous examinerons plus en détails les dépenses publiques de santé, d'abord pour les soins de santé en général, puis pour celles de long terme.

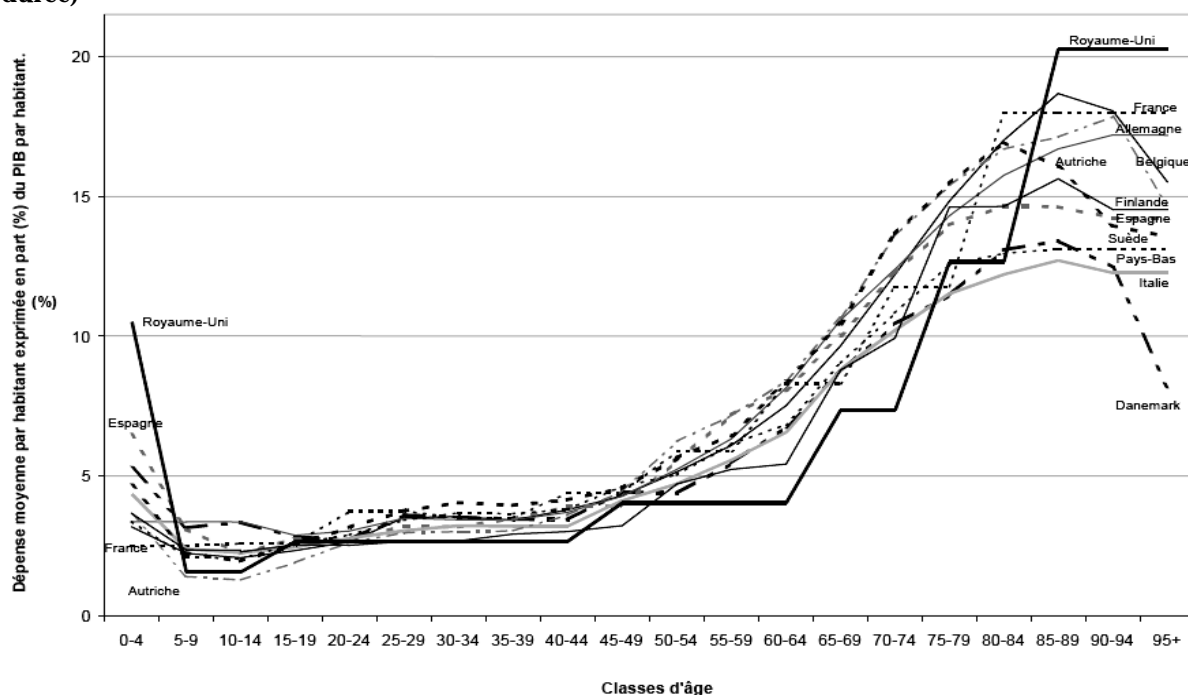
2.4.1. Dépenses publiques de soins de santé

Dans onze pays analysés par le Comité de Politique économique européen (rapport 2001), les dépenses publiques en matière de soins de santé sont nettement plus élevées pour les classes d'âges supérieures que pour les jeunes (même hors soins de longue durée, cf. Figure 4.41). Toutefois, à partir de 85-89 ans, elles peuvent diminuer (ainsi en Belgique, Suède, Autriche et Danemark), contrairement aux dépenses publiques pour les soins de longue durée. Ces dépenses sont aussi assez élevées à l'autre extrémité de la vie, pour les enfants de moins de cinq ans.

En 2000, la moyenne communautaire des dépenses publiques de soins de santé s'élève à 6.6 % du PIB (y compris soins de longue durée, égales à 1.3 %), soit un peu plus qu'en Belgique (cf. Tableau 4-39).

Pendant trente ans et jusqu'à l'an 2000, la Belgique consacrait à ses dépenses publiques de soins de santé un pourcentage de son PIB nettement moindre que la moyenne européenne. En 2001, elle a quasi perdu cet avantage comparatif, ses dépenses ayant atteint 6.6 % du PIB, contre 6.7 % en moyenne pondérée pour les quinze pays de l'UE (6.4 % pour la moyenne internationale OCDE pondérée par le PIB).

Figure 4.41 Profils d'âge pour les dépenses publiques de soins de santé (hors soins de longue durée)



- Les profils liés à l'âge sont exprimés comme une proportion du PIB par habitant. L'année de référence du graphique ci-dessus varie quelque peu selon les États membres : 1997 pour la France, 1998 pour la Belgique, le Danemark, l'Espagne et le Royaume-Uni, 1999 pour l'Italie et 2000 pour l'Allemagne, la Finlande, les Pays-Bas, l'Autriche et la Suède.
- Les profils de dépenses utilisés dans ce graphique concernent uniquement les dépenses publiques dans le domaine des soins de santé généraux. Les dépenses privées et les dépenses publiques relatives aux soins de longue durée sont exclues.
- Un profil d'âge plat à la fin des classes d'âge s'explique généralement par l'absence de ventilation entre les classes d'âges les plus élevées pour les États membres concernés.

Source : Comité de politique économique (2001)

Selon les projections du Comité de Politique économique, l'impact de l'évolution démographique sur la croissance des dépenses publiques de soins de santé (y compris soins de longue durée) serait de l'ordre de + 1.7 (France) à + 3.2 (Pays-Bas) points de pourcentage du PIB (par habitant) de 2000 à 2050 (cf. Tableau 4-39). La Belgique devrait faire face à un accroissement des dépenses publiques de soins de santé (y compris soins de longue durée) de + 2.1 point de % du PIB par habitant (dont 0.8 point pour les soins de longue durée), soit légèrement sous la moyenne européenne (calculée sur dix États membres). Défalcation faite de la croissance de la population, le supplément serait de 2.2 % du PIB en cinquante ans.

Tableau 4-39 Dépenses publiques de soins de santé et de longue durée en 2000 – projection 2050

	Total des soins de santé et de longue durée			Soins de santé			Soins de longue durée		
	Dépen- ses en part du PIB 2000	Accroissement des dépenses en % du PIB entre 2000 et 2050		Dépen- ses en part du PIB 2000	Accroissement des dépenses en % du PIB entre 2000 et 2050		Dépenses en part du PIB 2000	Accroissement des dépenses en % du PIB entre 2000 et 2050	
		Par habitant	Par travailleur		Par habitant	Par travailleur		Par habitant	Par travailleur
B	6.1 %	+2.1	+2.4	5.3 %	+1.3	+1.5	0.8 %	+0.8	+0.8
DK	8.0 %	+2.17	+3.5	5.1 %	+0.7	+1.1	3.0 %	+2.1	+2.5
D				5.7 %	+1.4	+2.1			
EL				4.8 %	+1.7	+1.6			
E				5.0 %	+1.7	+1.5			
F	6.9 %	+ 1.7	+2.5	6.2 %	+1.2	+1.9	0.7 %	+0.5	+0.6
IR ² L	6.6 %		+2.5	5.9 %		+2.3	0.7 %		+0.2
I	5.5 %	+ 1.9	+2.1	4.9 %	+1.5	+1.7	0.6 %	+0.4	+0.4
NL	7.2 %	+3.2	+3.8	4.7 %	+1.0	+1.3	2.5 %	+2.2	+2.5
A	5.8 %	+2.8	+3.1	5.1 %	+1.7	+2.0	0.7 %	+1.0	+1.1
P				5.4 %	+0.8	+1.3			
FIN	6.2 %	+2.8	+3.9	4.6 %	+1.2	+1.8	1.6 %	+1.7	+2.1
S	8.8 %	+3.0	+3.3	6.0 %	+1.0	+1.2	2.8 %	+2.0	+2.1
UK	6.3 %	+1.8	+2.5	4.6 %	+1.0	+1.4	1.7 %	+0.8	+1.0
UE moyenne pondérée	6.6 %	+2.2	+2.7	5.3 %	+1.3	+1.7	1.3 %	+0.9	+1.0

- Les chiffres des dépenses publiques relatives aux soins de longue durée ne sont pas disponibles pour certains Etats membres
- Les chiffres concernant l'Irlande sont exprimés en proportion du PNB
- Les pondérations sont calculées en fonction des Etats membres dont les chiffres sont disponibles. Par conséquent, la pondération relative aux soins de santé est EU-14, tandis que pour les soins de longue durée et les dépenses totales des soins de santé et des soins de longue durée, la pondération repose sur dix Etats membres.

Source : Comité de Politique économique (2001)

Quel que soit le pays, l'accroissement prévu est évidemment toujours plus lourd quand il est calculé par travailleur plutôt que par habitant. Pour la Belgique, l'écart entre les deux rapports est relativement faible, comparé à celui observé dans nombre d'autres pays européens. Ceci place la Belgique dans une position favorable par rapport à ses concurrents européens.

2.4.2. Dépenses publiques de soins de longue durée

Les dépenses dues au vieillissement seront alimentées, en partie, par l'augmentation de l'incidence de maladies chroniques, telles que la démence, lesquelles nécessitent beaucoup de soins et d'assistance et, surtout, par l'incapacité y liée. Les besoins de financement public risquent d'augmenter, non seulement en raison du vieillissement, mais aussi suite aux changements sociaux, notamment dans la perspective d'une régression des services de soins informels. En effet, la

taille du ménage semble se réduire encore et les familles pourraient être moins aptes ou moins disposées à répondre aux besoins de soins, notamment en raison de la participation accrue des femmes à la vie active. Selon la Commission européenne (communication, 1999), ce sont en effet les femmes âgées de 45 à 65 ans qui dispensent bénévolement la majorité des soins à domicile aux personnes âgées, dans tous les pays de l'Union.

Tout comme l'ensemble des dépenses publiques de soins de santé, celles relatives aux soins de longue durée augmentent avec l'âge dans tous les pays, mais seulement à partir de 65 ans (Figure 4.42). Avant cet âge, elles sont pratiquement inexistantes. A partir de 75 ans, l'augmentation est quasi exponentielle, sauf en Italie où ces dépenses restent à un niveau assez bas comparé aux autres pays. C'est au Danemark et en Suède que les dépenses publiques sont les plus élevées au-delà de 85 ans. Viennent ensuite les Pays-Bas et la Finlande ; puis la Belgique et l'Autriche, assez proches.

D'après les estimations disponibles relatives aux dépenses publiques pour les soins de longue durée en Europe, la moyenne communautaire pondérée était d'environ 1.3 % du PIB pour l'année 2000, les pourcentages s'échelonnant entre 0.6 % pour l'Italie et 3 % pour le Danemark (Tableau 4-39). La part des dépenses de soins de longue durée serait de 0.8 % du PIB pour la Belgique, mais la mesure de l'impact financier de ces soins laisse encore à désirer dans notre pays, de sorte qu'il n'est pas certain que les chiffres soient comparables.

Ces résultats peuvent être influencés par des différences de contenu pour les « dépenses publiques de soins » et par les spécificités des systèmes de santé et des traditions sociales. Ainsi, dans certains pays, les soins informels peuvent être ancrés dans les moeurs, alors qu'ailleurs ils sont davantage institutionnalisés.

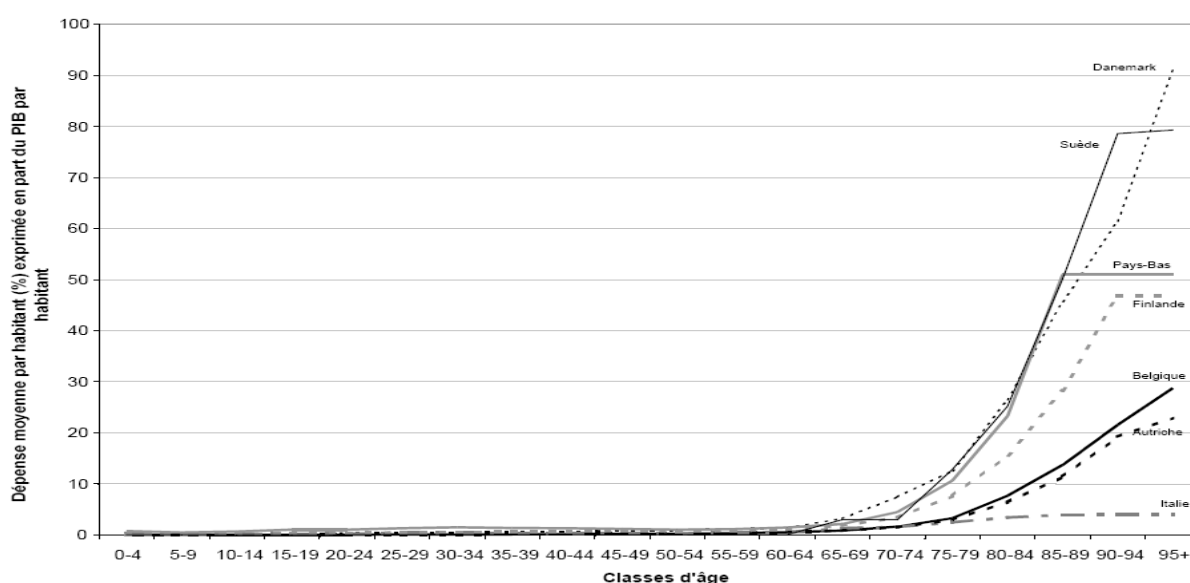
De 2000 à 2050, l'accroissement probable sera le plus net aux Pays-Bas : de + 2.2 points de % de PIB par habitant, alors qu'il n'atteindra que + 0.4 % pour l'Italie. Pour la Belgique, l'augmentation s'élèverait à + 0.8 %, soit un quasi doublement. Plus précisément, les Pays-Bas, le Danemark, la Suède et la Finlande devraient faire face à une augmentation de la part des dépenses de plus de 1 point de pourcent du PIB par habitant. Ce sont aussi des pays à plus forte tradition de soins formels pour les plus âgés qui ont, dès le départ en 2000, un niveau plus élevé de la part des dépenses de soins de long terme. Ces estimations devront évidemment être revues à mesure que les pays introduiront des politiques nouvelles en vue de faire face aux besoins de dépendance.

Des projections 2000-2050 par groupe d'âges montrent que l'augmentation des dépenses de soins de long terme serait due pour une large part à l'augmentation des dépenses pour le groupe des 80 ans et plus, et ce dans tous les pays. Ainsi, pour l'Italie, les Pays-Bas, la Finlande et l'Autriche, plus de 90 % de

l'augmentation des dépenses publiques de soins de long terme serait due à l'augmentation des dépenses pour ce groupe d'âges.

Il faut néanmoins rester prudent face à de tels résultats, des projections sur cinquante ans ne constituant que des indications et non des prévisions. D'autre part, ces projections se basent sur l'hypothèse que les dépenses selon l'âge et le sexe augmenteront selon les profils observés antérieurement, donc sans tenir compte d'un probable effet de génération, poussant à la hausse, ni des effets (à la baisse) d'une amélioration de l'espérance de vie sans incapacité.

Figure 4.42 Profils d'âge pour les dépenses publiques dans le domaine des soins de longue durée



- L'année de référence utilisée pour le graphique ci-dessus varie quelque peu selon le pays : 1998 pour la Belgique et le Danemark, 1999 pour l'Italie et 2000 pour l'Autriche, la Finlande, les Pays-Bas et la Suède.
- Les profils de dépenses utilisés dans ce graphique concernent uniquement les dépenses publiques dans le domaine des soins de longue durée. Les dépenses privées sont exclues.
- Un profil d'âge plat à la fin des classes d'âge s'explique par l'absence de ventilation entre les classes d'âge les plus élevées pour les Etats membres concernés

Source : Comité de Politique économique (2001) « Défis budgétaires posés par le vieillissement des populations »

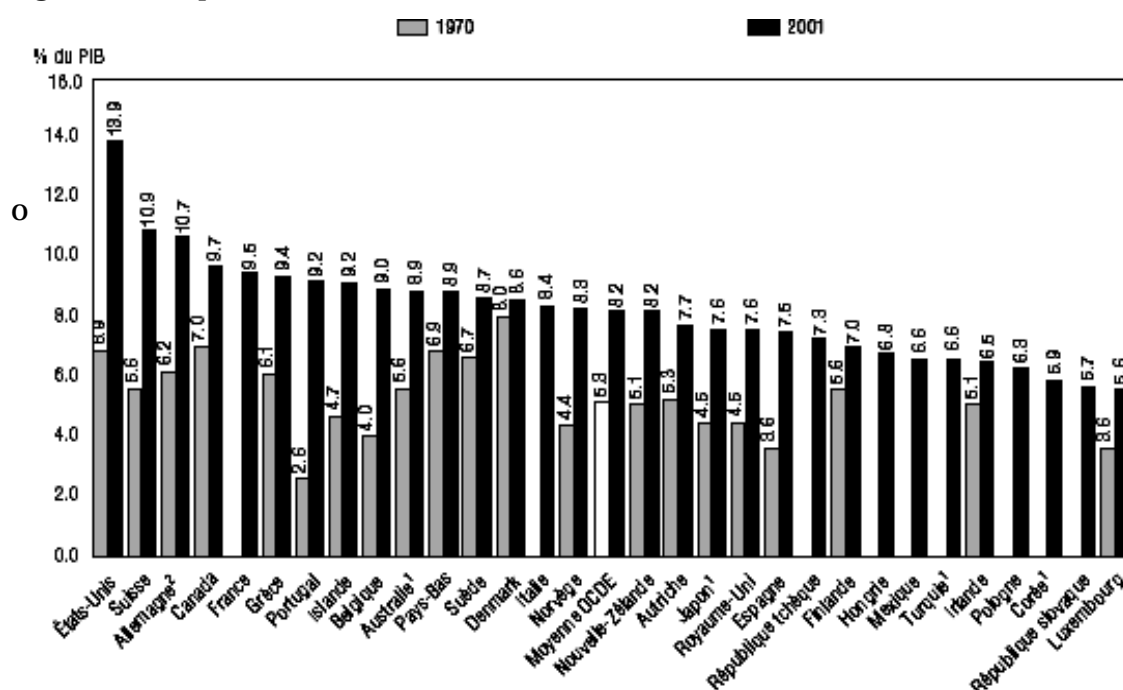
En 2000, la moyenne pondérée européenne des dépenses publiques de soins de santé s'élève à 5.3 % du PIB et à 6.6 % quand on y inclut les dépenses de soins de longue durée. En 2001, la Belgique a perdu l'avantage comparatif qu'elle détenait depuis 30 ans à cet égard. De 2000 à 2050, l'impact de l'évolution démographique sur les dépenses publiques de soins de santé (y compris de longue durée) serait compris entre + 1.7 à + 3.2 points de % du PIB par habitant selon les pays (dont + 0.4 à + 2.2 points pour les soins de longue durée). Pour la Belgique, l'accroissement serait de + 2.2 points de % de PIB (soit + 2.1 points par habitant, dont 0.8 points pour les soins de longue durée).

2.5. Vieillesse et dépenses de soins de santé au niveau international

2.5.1. Dépenses de santé totales

Pour les pays de l'OCDE, la part des dépenses de santé dans le PIB est en moyenne de 8.2 % en l'an 2000 (cf. Figure 4.43). En 2001, ces dépenses dépassent les 10 % aux Etats-Unis, en Suisse et en Allemagne, alors qu'elles représentent moins de 6 % du PIB en Corée, en Slovaquie et au Luxembourg.

Figure 4.43 Dépenses de santé totales en % du PIB, 1970 et 2001



1. Les données de 2001 se réfèrent à 2000

2. Les données de 1970 se réfèrent à l'Allemagne de l'Ouest

La moyenne de l'OCDE est non pondérée

Source : OCDE, *Vers des systèmes de santé plus performants* (2004).

Dans tous les pays analysés, cette part a nettement augmenté entre 1970 et 2001, mais selon des rythmes très divers.

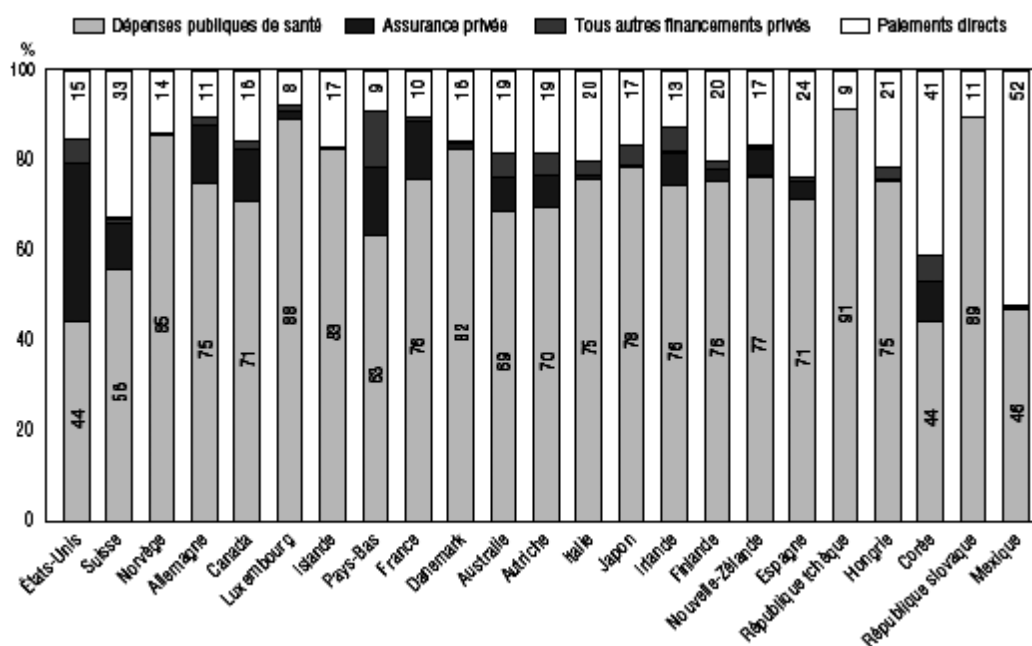
Selon Mayhew (2000), les dépenses pour les soins de santé dans les pays de l'OCDE ont augmenté de 5.7 % par an, de 1960 à 1995 :

- seulement 1.3 % de la croissance annuelle est due aux changements démographiques (et principalement au vieillissement),
- alors que 4.4 % sont dus aux changements technologiques et à la croissance économique générale (de 3.4 %).

2.5.2. Dépenses publiques de soins de santé

Dans tous les pays de l'OCDE, la principale source de financement de ces dépenses s'opère par la voie publique, mais ici encore selon des proportions très diverses : de moins de 50 % aux Etats-Unis, en Corée et au Mexique à plus de 80 % au Danemark (82 %), en Islande, en Norvège, au Luxembourg, en République Slovaque et en République tchèque (91 %) (Figure 4.44).

Figure 4.44 Dépenses de santé par source de financement, 2000



Note : les pays sont classés de gauche (maximum) à droite (minimum), selon leur niveau de dépenses de santé par habitant

Source : OCDE, *Vers des systèmes de santé plus performants* (2004)

C'est aux Etats-Unis que le secteur privé occupe la plus grande place, mais les dépenses publiques de santé y représentent tout de même 5 % du PIB ; ceci est inférieur à la moyenne pondérée européenne (6.6 %). La contribution des paiements directs au financement des dépenses de santé est la plus importante au Mexique (52 %) et en Corée (41 %), alors qu'elle n'est que de 8 % au Luxembourg et de 9 % en République tchèque.

En moyenne, les dépenses publiques de santé et de soins de longue durée déclarées s'établissent aux environs de 6 % du PIB en 2000, pour la zone OCDE (Tableau 4-40), ce qui est proche de la moyenne européenne (6.6 %).

Les projections présentées par l'OCDE à l'horizon 2050 sont fondées, pour la plupart des pays, sur les dépenses de santé par habitant par groupe d'âges,

multipliées par le nombre de personnes de chaque groupe d'âges. Les projections pour les Pays-Bas prennent également en compte le fait qu'une fraction importante des coûts totaux de santé sur la vie entière intervient dans la dernière ou les deux dernières années de vie.

Tableau 4-40 - Dépenses liées aux programmes de santé et perspectives (% du PIB)

	2000	Variation 2000-max*	Variation 2000-2050
Australie	6.8	6.2	6.2
Autriche	-	-	-
Belgique	6.2	3.0	3.0
Canada	6.3	4.2	4.2
République tchèque	7.5	2.0	2.0
Danemark	6.6	2.7	2.7
Finlande	8.1	3.8	3.8
France	-	-	-
Allemagne	-	-	-
Hongrie	-	-	-
Italie	-	-	-
Japon	5.8	2.4	2.4
Corée	0.7	0.8	0.5
Pays-Bas	7.2	4.8	4.8
Nouvelle-Zélande	6.7	4.0	4.0
Norvège	5.2	3.5	3.2
Pologne	-	-	-
Espagne	-	-	-
Suède	8.1	3.2	3.2
Royaume-Uni	5.6	1.8	1.7
Etats-Unis	2.6	4.4	4.4
Portugal	-	-	-
Moyenne OCDE	6.0	3.3	3.3

* Variation 2000-max = Point culminant : le montant maximum des dépenses liées à ce type de prestations est atteint en 2050 sauf pour le Danemark et la Corée (2035), la Norvège et le Royaume-Uni (2040)

Source : Dang et al (2001)

Les principales hypothèses macroéconomiques communes à ces projections sont les suivantes (OCDE, 2001) :

- Un taux d'activité jusqu'en 2010 se fondant sur les prévisions de l'Organisation Internationale du Travail (1997). Par après, les taux d'activité sont maintenus constants pour les individus qui ont atteint l'âge de la retraite et toutes les personnes de moins de 20 ans, ainsi que pour les hommes âgés de 20 à 54 ans et de 55 à 64 ans ; par contre, les taux d'activité des femmes de 20 à 54 ans et de 55 à 64 ans s'élèvent progressivement vers un plafond de fin de période inférieur de 5 points de pourcentage au taux des hommes dans les pays où la garde d'enfants est largement subventionnée et de 10 points dans les autres pays.

- Les taux de chômage convergent vers leur niveau structurel (tel que défini par l'OCDE) en 2005, et restent constants par la suite jusqu'en 2050, sauf dans les pays où les réformes actuelles du marché du travail impliquent une nouvelle baisse du chômage structurel au cours de la période.
- La croissance de la productivité de la main-d'œuvre converge vers un taux annuel de 1.75 % entre 2020 et 2030

Sur la période 2000-2050, l'évolution est positive partout, atteignant le plus souvent 3 à 3.5 points de PIB. L'augmentation estimée est de 4 points de % ou plus pour la Nouvelle Zélande, le Canada, les Etats-Unis, les Pays-Bas et l'Australie (+ 6.2 !). Par contre, la progression des dépenses sera plus faible en Corée (+ 0.5), en République tchèque (+ 2.0) et au Royaume-Uni (+ 1.7). Les perspectives établies pour la Belgique sont légèrement en dessous de la moyenne : + 3 points. Le BFP prévoit + 3.2 point en 30 ans, y compris tendance lourde.

Utilisant aussi des données OCDE, Mayhew a distingué l'impact de différents facteurs sur l'augmentation des dépenses de soins de santé des pays de l'OCDE de 1995 à 2020 : + 3 % par an pour l'effet technologique, + 0.8 % pour l'effet vieillissement de la population et + 0.3 % pour l'évolution de la population, soit au total 4.1 % par an.

Cette estimation est assez proche de celle du BFP pour ce qui concerne l'effet relativement faible du vieillissement comme facteur de croissance ; par contre, l'effet global est nettement plus élevé, vu l'estimation plus forte conférée aux autres facteurs (3 % pour la technologie, versus 2.1 % pour la « tendance lourde » en ce compris les prix).

Les projections de l'OCDE aboutissent à des augmentations de la part des dépenses du PIB plus élevées que les projections européenne. Comme pour toute projection, le choix des hypothèses exerce une influence sur les résultats, et peut expliquer les différences entre diverses projections. Ainsi, l'augmentation de la productivité et le développement technologique ne sont guère pris en compte dans les estimations européennes du CPE, alors qu'elles sont implicitement prises en compte par le BFP (et donc dans le scénario du CEV) par le biais de l'estimation de la tendance lourde. Par ailleurs, des différences démographiques existent entre le scénario du BFP et celui du CPE de l'UE, ce qui explique en partie les différences relatives au coût budgétaire du vieillissement dans les dépenses de soins de santé (Comité de la protection sociale, 2002). Par contre, les perspectives démographiques des quinze Etats européens membres d'Eurostat sont communes dans les projections de l'OCDE et de l'UE. Le Tableau 4-41 présente les différentes hypothèses retenues dans le cadre de ces perspectives pour la Belgique, d'une part par Eurostat, et d'autre part, par le BFP.

Tableau 4-41 Les hypothèses démographiques pour la Belgique

	2000 – Eurostat	2000 – BFP – CEV	2030 – Eurostat	2030 – BFP – CEV	2050 – Eurostat	2050 – BFP
Taux de fécondité	1.54	1.61	1.77	1.70	1.80	1.75
Espérance de vie à la naissance – hommes	75.32	75.06	80.09	80.96	80.49	83.90
Espérance de vie à la naissance – femmes	81.45	81.53	85.14	86.43	85.48	88.87
Solde migratoire	10 204	18445	15 000	17 358	15 000	17 320

Source : Englert et al (2002).

L'hypothèse de l'évolution de la fécondité est supérieure dans le scénario Eurostat : 1.8 contre 1.75 en 2050 dans les perspectives de population du BFP (et de l'INS). L'allongement de la vie est sous-estimé dans le scénario Eurostat par rapport à celui du BFP : l'espérance de vie à la naissance pour les hommes est ainsi de 3.41 ans inférieure à celle retenue dans les perspectives de population 2000-2050 de l'INS et du BFP et celle des femmes de 3.39 ans. Ces différences font que le scénario d'Eurostat a une population moindre : en 2050, 865 200 personnes en moins, soit - 8 % par rapport aux perspectives de population 2000-2050 de l'INS et du BFP.

Tableau 4-42 Perspectives de population Eurostat et BFP pour la Belgique

	2050 – Eurostat	2050 – BFP
Population totale en milliers	10 088.6	10 953.8
Groupes d'âge en milliers		
0-14	1 548.3	1 658.2
15-39	2 844.5	3 111.3
40-64	3 041.0	3 284.7
65 +	2 654.8	2 899.6
Groupes d'âge en % du total		
0-14	15	15
15-64	59	58
65+	26	27
65+/15-64 (%)	45	45
85+/65+ (%)	19	22

Source : Englert et al (2002)

Les projections de l'OCDE pour les pays qui en font partie aboutissent à des augmentations de la part des dépenses de santé dans le PIB + 3.3 points de PIB (2000-2050), supérieures aux projections du Comité de Politique économique de l'Union européenne.

Pour ce qui est de la croissance des dépenses de soins de santé, l'étude de Mayhew indique que, dans les pays de l'OCDE, ces dépenses augmenteraient de + 4.1 % par an, de 1995 à 2020, dont + 3 % pour l'effet technologique et la croissance des coûts (soit moins que par le passé), 0.8 % pour l'effet vieillissement et 0.3 % pour l'évolution de la population.

2.5.3. Dépenses publiques liées à la dépendance

Au niveau international, on constate un processus de désinstitutionnalisation, en particulier pour les tranches d'âges jeunes (Jacobzone et al), conduisant en général à une évolution à la baisse des taux d'institutionnalisation (Tableau 4-43).

Mais il faut tenir compte que des politiques délibérées dans ce sens ont été appliquées, dans certains pays, à des périodes différentes ou qu'il peut exister des décisions implicites allant dans ce sens. Ainsi, les pays nordiques ont éprouvé les premiers, dès les années 60, la nécessité de limiter la prise en charge en institution, alors que dans les pays comme le Canada ou la France, ce besoin est venu plus tard. Le Japon, lui, fait face à une grave pénurie de places dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées, cause d'une désinstitutionnalisation implicite.

La part des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance dans le PIB de l'année de base de la projection, 1996, se base sur une estimation de ces dépenses au cours de la période 1992-1995. Au cours de cette période, la part de ces dépenses ³⁰ dans le PIB est estimée entre 1 et près de 3 % ³¹. La part des dépenses publiques est plus faible aux Etats-Unis que dans les pays nordiques, en Australie et au Royaume-Uni. En outre, les dépenses publiques d'aide et de soins à domicile se révèlent nettement inférieures aux dépenses publiques de prise en charge en institution.

³⁰ Les dépenses liées à la prise en charge de la dépendance correspondent au coût des soins et services dispensés aux personnes âgées pour préserver leur autonomie à domicile ou en institution, à l'exclusion de l'aide informelle :

- soins et services à domicile : tous les services dispensés au domicile, y compris les services infirmiers, à l'exclusion des visites de médecin ;
- institutions : tous les coûts afférents aux soins et services liés à l'hébergement, y compris toutes les activités de soins à la personne, à l'exclusion des dépenses médicales.

NDLR : Il n'est pas certain que les statistiques aient pu toujours isoler la part de ces soins fournis pour les personnes âgées, ni la fraction d'entre eux correspondant à des soins de longue durée. La nuance a pu être calculée dans une autre étude relative à la Belgique ; cf. à ce sujet les travaux de Draelants et Leroy, section 1.4.2.

³¹ Pays pris en compte : Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Finlande, France, Allemagne, Japon, Pays-Bas, Norvège, Suède, Royaume-Uni, Etats-Unis, Grèce, Irlande, Italie, Portugal, Espagne, Suisse. Comme indiqué plus haut, le contenu exact des données utilisées seraient à vérifier, notamment pour la Belgique.

Tableau 4-43 Taux d'institutionnalisation : évolution (% de la population âgée)

Pays pour lesquels une tendance a pu être calculée							
Hommes et femmes				Hommes et femmes			
Etats-Unis	1982	1994	Variation en %	Pays Bas	1980	1995	Variation en %
65-69	1.4	0.9	-2.9	65-79	3.0	2.0	-2.7
70-74	2.3	1.8	-1.9	Plus de 80 ans	27.0	17.0	-3.0
75-79	5.0	3.8	-2.2	Total pour les plus de 65 ans	7.7	5.5	-2.3
Plus de 80 ans	17.6	15.3	-1.2				
Total pour les plus de 65 ans	5.7	5.1	-0.8				
Canada	1985	1991	Variation en %	Suède	1980	1995	Variation en %
65-69	1.8	1.4	-4.2	65-79	3.6	3.1	-1.0
70-74	2.8	2.4	-2.5	Plus de 80 ans	27.0	25.1	-0.5
75-79	5.9	5.6	-1.1	Total pour les plus de 65 ans	8.2	8.8	0.1
Plus de 80 ans	23.7	23.4	-0.2				
Total pour les plus de 65 ans	7.8	7.6	-0.4				
France	1990	1994	Variation en %	Australie	1985	1993	Variation en %
65-69	1.4	1.2	-4.0	65-79	3.0	1.8	-6.0
70-74	2.4	2.0	-4.7	Plus de 80 ans	24.9	17.6	-4.3
75-79	7.0	4.8	-9.0	Total pour les plus de 65 ans	6.7	5.1	-3.5
Plus de 80 ans	13.5	17.0	6.0				
Total pour les plus de 65 ans	6.3	6.5	0.8				
Pays pour lesquels aucune tendance n'a pu être calculée							
Allemagne	1995	Japon	1996	Royaume-Uni	1991		
65-69	0.5	65-69	1.2	65-74	1.3		
70-74	0.9	70-74	2.3	75-79	3.7		
75-79	2.2	75-79	4.7	Plus de 80 ans	14.5		
80-84	4.8	Plus de 80 ans	13.1				
85-89	11.9						
Plus de 90 ans	23.6						
Total pour les plus de 65 ans	3.0	Total pour les plus 65 ans	5.1	Total pour les plus de 65 ans	4.9		

Les soins liés à la dépendance en milieu hospitalier ont été pris en compte pour le Japon. Pour les autres pays, ne sont normalement pris en compte que les centres de long séjour médicalisés et les établissements pour personnes âgées, à l'exclusion des logements protégés.

La variation concerne un taux de croissance annuel moyen

Source : Jacobzone et al (2000)

Divers facteurs peuvent influencer la demande de soins formels, dont l'incapacité, exprimée en termes de restriction de la capacité d'accomplir les activités de la vie quotidienne. Jacobzone et al (2000) ont fait l'hypothèse d'une traduction directe de l'évolution des taux d'incapacité en termes de besoins de soins formels. Cette incapacité serait le principal motif de recours, soit à des services d'aide formelle, soit de placement en institution. Leurs projections d'incapacité combinent les taux d'incapacité par âge et sexe avec les projections démographiques. Deux types de projection ont été réalisées :

- une projection dynamique (extrapolation de l'évolution passée des tendances de taux d'institutionnalisation ou de prévalence de l'incapacité

en ménage ordinaire, reflétant plutôt des tendances épidémiologiques sous-jacentes ³²) et

- une approche statique (partant de l'hypothèse que les taux d'institutionnalisation ou de prévalence resteront stables dans les années futures et ne rendant compte, par conséquent, que des effets démographiques).

Par ailleurs, les projections de dépenses se fondent sur les travaux des Nations Unies, basés sur les hypothèses que les prix des soins à domicile resteront constants, que le cadre institutionnel ne sera pas modifié et que la part des soins informels restera stable au cours de la période considérée. En outre, l'espérance de vie des individus augmenterait entre trois et quatre ans entre l'année de base de la projection et 2020 : en moyenne, + 0.94 an tous les 10 ans pour les femmes et +1.02 an pour les hommes. Les Nations Unies se fondent sur l'hypothèse que les taux de mortalité aux âges élevés ne peuvent plus diminuer beaucoup et que l'espérance de vie est limitée à 80-85 ans.

Les résultats des projections sont exposés au Tableau 4-44. Selon le scénario dynamique (1996-2020) ³³, ils font apparaître pour les Etats-Unis une stabilisation de la part des dépenses publiques de dépendance dans le PIB, sous le coup d'une forte poussée démographique et d'une baisse tendancielle de l'incapacité. Le Canada connaîtrait une évolution de l'incapacité moins favorable qu'aux Etats-Unis, ce qui pousse à la hausse la part des dépenses publiques : augmentation probable de 30 % au cours de la période concernée, selon le scénario dynamique. Les dépenses de l'Allemagne augmenteraient dans les mêmes proportions que celles du Canada. En Suède, l'augmentation des dépenses resterait modérée dans ce scénario dynamique, du fait de la réduction attendue de la prévalence de l'incapacité, ce qui n'empêche pas ce pays de rester en première position pour la part des dépenses publiques de soins de dépendance dans le PIB (près de 3 % et

³² et aussi l'évolution de l'offre

³³ Projections pour les pays suivants : Australie, Canada, France, Allemagne, Japon, Pays-Bas, Suède, Royaume-Uni, Etats-Unis. Les projections se basent sur :

- la part des dépenses publiques liées à la prise en charge de la dépendance dans le PIB au cours de l'année de référence ;
- multiplié par l'évolution relative du nombre de personnes âgées dépendantes entre l'année de référence et l'année de projection ;
- divisé par l'évolution du nombre de personnes actives entre l'année de référence et l'année de projection.

Sources des données de base pour l'incapacité : enquête ABS 1981-1988, 1993 et données AIHW 1995 (Australie), NPHS 1994-1995 et HALS 1986-1991 (Canada), EHPA 1990/1994 et Enquête santé soins médicaux 1980/1991 (France), Schmähl Rothgang – 1996, Rothgang Volger – 1997, Brückner Wille – 1998 (Allemagne), Fukawa 1993/1996 (Japon), CBS et SCP (Pays-Bas), Enquêtes SLC et Särsklist Boende, Perner inom Landstingens Långvård (Suède), Recensement et General Household Survey (Royaume-Uni), NLTCs (Etats-Unis).

même 3,6 % si l'incapacité ne s'améliore pas), quelles que soient les hypothèses retenues. Les dépenses au Royaume-Uni et en Australie progresseraient de 17 à 25 % sous le scénario dynamique, la croissance démographique étant modérée pour le premier pays, le recours à des modes d'institutionnalisation étant moins coûteux pour le deuxième. Quant à la France, ses dépenses publiques en ce domaine augmenteraient au moins de 50 % dans les deux scénarios. Cette augmentation s'explique surtout par l'aggravation des dépenses relatives aux institutions, au travers d'une augmentation de l'incapacité en leur sein. C'est néanmoins au Japon que la hausse estimée des dépenses serait la plus nette, avec un quasi doublement de leur poids dans le PIB. Ces hausses seraient en partie dues aux hypothèses de stagnation de la population active et d'absence de politique de désinstitutionnalisation.

La relation entre dépenses de dépendance et incapacité reste néanmoins très floue : les individus sans incapacité peuvent créer en moyenne moins de dépenses de long terme, mais peut-être ont-ils néanmoins un fort besoin de soins pour maintenir une bonne santé et prévenir l'incapacité.

Finalement, les gains d'incapacité au sein des populations âgées semblent plus importants en termes de qualité de vie qu'en termes de finances publiques (Jacobzone, 1998).

Dans une vingtaine de pays développés, la prise en charge de la dépendance a entraîné vers 1992-95, des dépenses publiques, pour lesquelles la part dans le PIB a été estimée entre 1 et près de 3 points de pourcentage.

En extrapolant les tendances du passé en ce qui concerne les taux d'institutionnalisation et/ou d'incapacité (scénario dit dynamique), la part des dépenses publiques de dépendance dans le PIB a été estimée pour la période 1996-2020 ; cette part se stabiliserait aux Etats-Unis et connaîtrait une augmentation modérée en Suède. Par contre, elle serait fortement à la hausse en France (+ 50 %), au Canada et en Allemagne (environ + 30 %), au Royaume-Uni et en Australie (entre + 17 et 25 %).

Tableau 4-44 Projections des dépenses publiques de prise en charge de la dépendance, horizon 2020, en % du PIB

	Scénario dynamique				Scénario statique			
	1996	2000	2010	2020	1996	2000	2010	2020
Australie								
Domicile	0.15	0.15	0.17	0.23	0.15	0.16	0.19	0.26
Institutions	0.66	0.66	0.70	0.76	0.66	0.70	0.88	1.12
Total	0.81	0.82	0.88	0.99	0.81	0.87	1.07	1.38
Canada								
Domicile	0.21	0.23	0.28	0.36	0.21	0.23	0.26	0.33
Institutions	0.50	0.51	0.53	0.57	0.50	0.54	0.66	0.81
Total	0.71	0.74	0.81	0.93	0.71	0.77	0.92	1.14
France								
Domicile	0.23	0.20	0.18	0.19	0.23	0.24	0.27	0.33
Institutions	0.37	0.41	0.54	0.71	0.37	0.41	0.52	0.66
Total	0.60	0.62	0.72	0.90	0.60	0.65	0.79	0.98
Allemagne								
Domicile	0.32	0.32	0.32	0.35	0.32	0.34	0.39	0.47
Institutions	0.39	0.40	0.45	0.55	0.39	0.40	0.45	0.55
Total	0.71	0.72	0.78	0.90	0.71	0.74	0.85	1.02
Japon								
Domicile	0.08	0.09	0.11	0.12	0.08	0.10	0.14	0.19
Institutions	0.66	0.74	1.00	1.28	0.66	0.76	1.12	1.54
Total	0.75	0.83	1.10	1.40	0.75	0.86	1.26	1.74
Pays-Bas								
Domicile	-	-	-	-	0.49	0.51	0.57	0.77
Institutions					1.18	1.23	1.42	1.82
Total					1.67	1.74	1.99	2.60
Suède								
Domicile	1.35	1.23	1.05	1.17	1.35	1.31	1.38	1.68
Institutions	1.51	1.48	1.54	1.71	1.51	1.53	1.58	1.93
Total	2.86	2.71	2.59	2.88	2.86	2.84	2.96	3.61
Royaume-Uni								
Domicile	0.36	0.34	0.33	0.37	0.36	0.36	0.38	0.44
Institutions	0.69	0.72	0.75	0.86	0.69	0.72	0.75	0.86
Total	1.05	1.06	1.08	1.22	1.05	1.08	1.13	1.30
Etats-Unis								
Domicile	0.24	0.23	0.22	0.25	0.24	0.24	0.25	0.30
Institutions	0.42	0.40	0.37	0.36	0.42	0.44	0.46	0.52
Total	0.66	0.64	0.59	0.61	0.66	0.68	0.70	0.82

Source : Jacobzone et al (2000).

3. Conclusion : Impact du vieillissement et réflexions pour l'action

Le vieillissement de la population est inéluctable. Déjà en cours depuis un siècle, il s'accroîtra dans les décennies à venir avec l'arrivée du « papy-boom », c'est-à-dire de larges cohortes âgées issues du « baby-boom » d'après guerre. Il comporte nombre **d'aspects positifs** : l'allongement de la vie, le recul de l'incapacité, l'apport des âgés à la vie économique et sociale ... ; mais il nous pousse aussi à en **prévoir les conséquences** en termes de services, de personnels et d'infrastructures de soins à développer et il inquiète par son impact potentiel sur les dépenses publiques.

Dans ce chapitre sur la consommation de soins de santé, nous avons trois objectifs :

- mettre en évidence les *profils de consommation par âge*,
- estimer l'évolution des *besoins à venir* dans divers secteurs des soins,
- évoquer le *coût* que pourrait représenter ces évolutions dans l'avenir.

Compte tenu de ces observations, nous ajouterons ici une série de propositions d'action, à soumettre au débat public, en vue de faire face à l'accroissement prévisible des besoins.

3.1. Age, santé et consommation de soins

Le détail des profils de consommation par âge a été synthétisé à la section 1.8 ; nous n'y reviendrons pas ici. Notons seulement que le profil de dépenses par âge est croissant de manière croissante, essentiellement en raison du surcroît de morbidité qui accompagne l'âge. Par contre, il n'existerait pas, à ce stade des connaissances, de lien entre le niveau de dépenses et la situation démographique d'un pays, pas plus qu'avec les indicateurs d'état de santé (Donaldson et al, 1993). En outre en Belgique, le rythme de croissance des dépenses de santé dans le passé ne fut guère lié au niveau de financement public (CEV).

Outre la morbidité, bien d'autres facteurs influencent à la hausse les dépenses de santé et leur évolution à venir : le niveau de revenu (haut), le genre (femme), la catégorie socioprofessionnelle (cadre supérieur), l'état de santé (mauvais : nombre de maladies, degré d'invalidité, auto-perception), la part personnelle dans la dépense (exonération du ticket modérateur), la couverture sociale (couverture complémentaire) (Grandfils, 1998).

Autrement dit, l'âge s'avérerait être un facteur de confusion. Ainsi, Mizrahi et Mizrahi ont remarqué que la dépense médicale des adultes, à morbidité constante, est indépendante de l'âge et dépendrait davantage du nombre de maladies par

personne. Pour Grignon (2003), l'influence de l'âge serait même négative quand on contrôle pour les autres facteurs.

L'âge peut cependant être considéré comme un indicateur de besoins de soins, dans la mesure où l'état de santé (principal facteur en cause) se dégrade avec l'âge. L'augmentation de son effet sur la consommation de soins au cours des quarante dernières années traduit une meilleure diffusion des soins vers les groupes démographiques qui en ont le plus besoin (les personnes âgées, mais aussi les nourrissons et les femmes enceintes). Cette évolution s'est accompagnée d'une amélioration de l'espérance de vie et de l'état de santé (Mizrahi et Mizrahi, 1997), mais aussi peut-être d'une plus grande durée des maladies chroniques qui se traduit par une augmentation du nombre de maladies par personne. Une autre interprétation est possible : c'est l'évolution globale sociale et économique de la société qui est au cœur du progrès de la santé des aînés ; la médecine n'agirait, dans ce cas, qu'à la marge (Ankri, in *Séminaire « Etat de santé des aînés : évolution depuis 25 ans et interprétation »*, 1998). Sans doute évolution de la médecine et évolution de la société s'alimentent-elles l'une l'autre.

Les causes de la médicalisation de la prise en charge des personnes âgées sont diverses. La démographie médicale a une incidence probable : selon Launois et Pelc, il existe, en France, près de 50 000 infirmiers et kinésithérapeutes et presque autant de généralistes pour lesquels les personnes âgées constituent une source de revenus importante. D'autres causes sont repérées par ces auteurs : les cloisonnements institutionnels, nuisant à la substituabilité des interventions, et l'éclatement des financements, encourageant les délestages de responsabilités.

Par ailleurs, le « vieillissement » n'est pas seulement un facteur de l'augmentation des dépenses de santé, il en est aussi une conséquence. Conjointement avec l'amélioration des conditions de vie, le progrès médical contribue à allonger l'espérance de vie, ainsi que l'espérance de vie sans incapacité.

Enfin, qu'est ce qu'en définitive une personne âgée ? Si l'on définissait comme personnes âgées celles appartenant aux classes d'âges dont l'espérance de vie est inférieure à dix années, alors la proportion de « personnes âgées » serait relativement stable depuis le début du siècle (Mormiche, 1998) !

Nous avons considéré ici les relations entre la santé (physique et mentale) et la consommation de soins. Mais la santé, c'est aussi le bien-être, la participation sociale, thèmes qui furent abordés au chapitre 3, consacré à la qualité de vie ; elles méritent des politiques spécifiques, vu leur lien confirmé avec la santé et donc, indirectement avec la maîtrise des dépenses de soins de santé. En effet, ces éléments peuvent interagir. Dans la littérature, la morbidité est considérée comme le facteur déclenchant de la consommation, mais elle est elle-même influencée par d'autres types de facteurs en amont.

3.2. Les perspectives d'avenir en volume

3.2.1. Les facteurs de changement

Les perspectives d'avenir permettent d'évaluer les efforts à fournir en termes d'accroissement de personnels et d'infrastructures. L'impact du vieillissement sur la consommation de soins à venir résultera de l'effet conjoint de divers phénomènes : un effet mécanique, un effet morbidité, un effet société et un effet génération.

3.2.1.1. *L'effet mécanique*

Pour évaluer l'effet dit mécanique du vieillissement, on utilise les taux de consommation actuels pour les appliquer aux structures de population à venir. Cet effet mécanique est en général relativement faible en ce qui concerne les consommations globales, car les générations âgées ne forment qu'une fraction limitée de la population. Par contre, ils sont importants sur les services spécifiques aux aînés (les maisons de repos par exemple).

Cependant, ce type de projections basées sur les seuls profils de consommation par âge (en valeur ou en volume) donne une vue très simplifiée de l'éventuel impact du vieillissement et ignore bien d'autres influences, dont l'effet a pourtant été documenté dans la littérature.

3.2.1.2. *L'effet morbidité*

La morbidité s'aggravant avec l'âge, le vieillissement aura un effet à la hausse sur les dépenses. Mais, l'espérance de vie augmente et avec elle l'espérance de vie en bonne santé et, notamment, l'espérance de vie sans incapacité sévère. En supposant que les deux mouvements soient parallèles, nous avons dès lors calculé certaines perspectives de soins en tenant compte de ce phénomène. Les perspectives de croissance des besoins s'en trouvent ainsi allégées. Cet allègement concernera surtout les services spécifiques liés à la dépendance, mais il ne suffira pas à empêcher leur croissance, vu l'expansion importante à venir des classes d'âges supérieurs.

3.2.1.3. L'effet « société »

La société évolue : l'expérience du passé montre que la consommation de soins s'accroît, indépendamment de l'effet vieillissement : la population recourt plus fréquemment aux soins et les professionnels réalisent plus de soins par patient et prescrivent plus de médicaments. Sont ici en jeu, non seulement les progrès technologiques, mais encore les attentes des patients et les normes de pratique, elles-mêmes soumises à l'influence des médias et à la pression des lobbies industriels, ... Ainsi, soigner le même état morbide n'engendrerait pas le même coût selon les années (Grignon, 2003). Cette tendance risque de perdurer, vu les développements technologiques encore à venir. Si les progrès de l'espérance de vie peuvent alléger les soins spécifiques liés à la dépendance, il n'en va pas nécessairement de même pour les soins de court terme ; le recul de la dépendance est probablement favorisé par d'autres types de soins en amont : dépistage précoce de la fragilité, soins liés aux maladies chroniques, réadaptation, ...

A l'approche du décès, les soins sont particulièrement coûteux, mais leur intensité diminue à mesure que l'âge s'élève. Cette particularité subsistera probablement.

3.2.1.4. L'effet « génération »

Enfin, un effet « génération » pourrait survenir, avec l'arrivée aux âges avancés de générations habituées à faire largement appel aux soins, contrairement à leurs aînés. L'INAMI a déjà enregistré un tel phénomène dans le passé. Les études en France confirment l'accroissement dans le temps des soins demandés par chaque classe d'âges (Mizrahi et Mizrahi, 1997).

3.2.2. Les perspectives selon divers scénarios

Dans l'état actuel des connaissances, voici les perspectives d'avenir que l'on peut esquisser dans les divers domaines de la consommation de soins.

- Les *recours* de la population *au médecin* (consultations et visites) sont continûment croissants ; néanmoins, les tendances récentes laissent entrevoir une certaine désaffection pour les généralistes, laquelle sera partiellement compensée par le vieillissement, car les personnes âgées recourent davantage au généraliste ; selon le scénario le plus probable, on pourrait assister à une diminution des recours par habitant de 4 % en vingt ans (1999-2019). Pour les recours aux spécialistes par contre, les tendances donnent à penser qu'une nouvelle poussée de + 24 % s'annonce au cours de la même période (hors effet éventuel du *numerus clausus* sur l'accessibilité aux soins).

- Quant aux *soins spéciaux*, ils forment une partie non négligeable de l'activité des spécialistes. Leur croissance rapide (+ 3 à 9 % par an) provient surtout des divers progrès technologiques et de l'élargissement progressif des indications. Les progrès perdurant, on n'entrevoit pas actuellement de frein en ce secteur.
- A propos des *soins en fin de vie*, le nombre de décès est amené à croître d'ici 2045, en raison du « papy-boom ». Toutefois, avec l'amélioration de l'espérance de vie, la proportion de décès annuels de chaque cohorte diminue. Comme par ailleurs, l'intensité des soins de fin de vie s'atténue à mesure que l'âge avance, le poids de ce type de soins croîtra moins vite. L'impact de cet allègement a été calculé pour la France : la croissance de la part des dépenses publiques de court terme dans le PIB y serait de + 0.65 % au lieu de + 0.9 % en 2020.
- En ce qui concerne les besoins en *effectifs de médecins*, on peut tenir compte d'une part des perspectives de recours (hors soins spéciaux), mais en outre d'une baisse probable d'activité (vu la féminisation et la prise de retraite probablement plus précoce) et aussi (au moins pour la Communauté française) d'un certain niveau de « pléthore » (sous-emploi ? sous efficacité ?). Ainsi calculé, le besoin d'effectifs supplémentaires pour la Communauté française a été évalué à quelque 9 % pour la période 2000-2020 (de + 3 à + 13 % selon les scénarios).
- Le *besoin de personnel infirmier et soignant* nécessaire pour faire face à l'évolution envisagée du système de santé est considérable (résultats non montrés). Au cours de la dernière décennie, la croissance de la demande de personnel, et par conséquent de l'emploi, a été exceptionnelle dans tous les secteurs de soins. Les décennies suivantes devraient connaître également une progression importante. Malgré une forte attractivité des études menant à ces professions, l'apport des nouveaux diplômés pourrait être insuffisant si des hypothèses hautes de croissance des soins se réalisaient.
- Pour ce qui est de *l'hospitalisation*, la croissance prévisible des hospitalisés âgés sera en partie compensée par la diminution des hospitalisations dans les classes plus jeunes, de sorte que la croissance globale se limitera à + 14 % en vingt ans (2000-2020) ou encore à + 0,5 % par an (2000-2050). Toutefois, à durée de séjour inchangée (notamment pour les très âgés), le nombre de journées augmenterait plus vite (+ 22 % en vingt ans, + 54 % en cinquante ans). Par ailleurs, les activités hospitalières ne se limitent pas aux patients hospitalisés. Les examens et les soins à des patients externes se multiplient : hospitalisations de jour, consultations et examens, services d'urgence. Le personnel et les dépenses hospitalières croîtront plus vite que le nombre d'admissions.
- Quant à *l'hébergement des personnes âgées*, les besoins paraissent très importants : au moins 43 000 places supplémentaires en vingt ans en cas d'amélioration de l'espérance de vie sans incapacité, voire même 56 000 si celle-ci ne progressait pas.

D'ici à 2050, la croissance pourrait atteindre 155 000 à 200 000 places ! Il y a donc des investissements considérables à prévoir dans ce secteur. L'effort à fournir se révèle particulièrement important en Flandre (+ 29 à 36 000 places en 2020), modéré en Wallonie (+ 13 à 18 000), mais quasi nul à Bruxelles. En outre, dans les trois régions, des améliorations qualitatives sont hautement souhaitables, pour la transformation des chambres communes en chambres particulières.

- Pour ce qui est des *soins infirmiers à domicile*, une augmentation d'au moins 29 % est à prévoir entre 2000 et 2020 (voire + 40 % en l'absence d'amélioration de la santé). De surcroît, la Wallonie et surtout Bruxelles accusent un retard en ce domaine ; si ces régions s'alignaient progressivement sur le taux connu en Flandre en 1999, le supplément à prévoir en 2020 serait encore beaucoup plus net : outre l'effet vieillissement, il faudrait envisager 53 points de % supplémentaires en Wallonie et ... + 256 à Bruxelles soit, au total, multiplication par 1.7 en Wallonie et par 3.4 à Bruxelles, malgré l'allègement attendu du fait du recul possible des incapacités graves !
- Enfin, pour ce qui est des *médicaments*, la part relative de l'INAMI dans les dépenses globales pharmaceutiques augmente et les objectifs budgétaires sont dépassés ; ce mouvement pourrait perdurer, en raison du vieillissement et des nouveaux traitements disponibles et aussi de la puissance de l'industrie pharmaceutique.

3.3. Les perspectives d'avenir des dépenses

3.3.1. Les scénarios en Belgique

Il est de tradition d'exprimer l'impact du vieillissement sur les soins de santé en termes de % du PIB. En tenant compte de l'effet mécanique et de la tendance dite « lourde » (croissance hors effet vieillissement), le CEV et le BFP estiment, dans un scénario de base, que :

- a) Les dépenses totales de santé passeront de 9.2 % du PIB en 2003 à 10.2 % en 2010 et à 12.5 % en 2030, soit + 3.3 points de pourcentage du PIB en 27 ans
- b) En leur sein, les dépenses publiques de santé passeraient de 6.9 % du PIB à 7.8 % en 2010 et à 9.3 % en 2030, soit + 2.4 points. Si, pour ces dépenses, l'élasticité au PIB demeurerait plus élevée, leur place dans le PIB atteindrait 9.6 à 10.8 % (soit + 2.7 à + 3.9 points).

- c) Le coût budgétaire global du vieillissement serait supérieur (+ 3.4 points de % de PIB), en raison de la charge croissante des pensions, atténuée par la baisse d'autres dépenses sociales (notamment les allocations familiales et le chômage).

En ce qui concerne le taux de croissance moyen, il a été estimé à + 2.9 % par an pour les dépenses totales de santé (CEV, 2004) ; selon les scénarios retenus par le Bureau du Plan, l'effet du vieillissement se limitera annuellement à 0.7 %, celui du volume de population à $\pm 0,2$ %, alors que la tendance lourde pèsera bien davantage : + 2.1 %. En ce qui concerne la *croissance du secteur*, l'effet de la tendance lourde a donc été estimé comme bien plus important que celui du vieillissement ³⁴.

Cependant, la réalisation de ce scénario est soumise à de nombreux aléas, provenant de l'incertitude entourant les hypothèses et les choix de société à venir, ce qui constitue une limite aux résultats présentés ci-dessus. Ainsi, il suppose, d'une part, que les hypothèses macro retenues par le BFP se réalisent : hausse constante de la productivité au rythme escompté (+ 1,75 % par an) et création nette d'emploi (estimée à + 0.3 % par an) ; forte amélioration des taux d'activité des aînés et des femmes... ; d'autre part, il suppose que la croissance des dépenses de santé soit maîtrisée. A cet égard, des incertitudes subsistent :

- a) Des allègements sont possibles vu l'amélioration de l'espérance de vie, laquelle pourrait :

- repousser à un âge plus avancé l'installation de l'incapacité sévère et donc les besoins d'hébergement et
- diminuer la croissance des soins en fin de vie dont le poids est lourd (vu le moindre effort consenti pour ce type de soins à mesure que s'élève l'âge au décès et la moindre proportion de personnes de chaque cohorte atteignant chaque année le terme de leur vie).

- b) En ce qui concerne les dépenses publiques, d'autres allègements surviendraient au cas où les pouvoirs publics ne dégageraient pas les moyens prévus, élargissant dès lors l'écart entre les dépenses totales de santé et celles des dépenses publiques, et diminuant l'équité en matière d'accès aux soins.

- c) Inversement, le scénario adopté par le BFP suppose le maintien dans le temps du profil de dépenses par âge (alors qu'il est démontré que ce ne fut pas le cas par le passé), ainsi qu'une élasticité des dépenses de santé au PIB inférieure à celle du passé et tendant vers un vers 2030 (le taux de croissance des dépenses de santé par tête hors effet vieillissement étant censé diminuer). Ici encore, de mauvaises

³⁴ Néanmoins, quand on examine la croissance de la *part prise par ces dépenses dans le PIB*, l'effet du vieillissement paraît important.

surprises ne sont pas à exclure, notamment en raison des progrès technologiques, de la pression sur les salaires et les tarifs dans le contexte d'une offre raréfiée et de l'arrivée aux âges avancés de générations « d'après-guerre », habituées à largement consommer, notamment dans le secteur des soins. Un scénario alternatif du CEV prolongeant à l'horizon 2030 le rythme de croissance de 4.4 % par an des dépenses de santé doublerait d'ailleurs le coût budgétaire du vieillissement, en le portant à 6.7 % du PIB au lieu de 3.4 %.

3.3.2. Les scénarios au niveau international

La part des dépenses publiques de soins de santé dans le PIB en Belgique se situe dans la moyenne européenne, laquelle s'élève à 6.6 % du PIB (moyenne pondérée), dont 1.3 % pour les dépenses de soins de longue durée.

De 2000 à 2050, l'impact de l'évolution démographique sur les dépenses publiques de soins de santé et de soins de longue durée serait comprise selon les pays entre + 1.7 et 3.2 points de % du PIB (Comité de Politique économique 2001). Pour la Belgique, l'accroissement serait de + 2.1 points de % de PIB, dont + 0.8 pour les soins de longue durée.

Quant aux facteurs de croissance, diverses études les ont décomposés comme suit :

Tableau 4-45- Taux de croissance annuels des dépenses de santé, selon les facteurs (%)

	Taux de croissance par an		
	Belgique 2009-2030 Scénario de base Y compris effet « prix »	Europe 2000-2020 Hors croissance salariale	OCDE 1995-2020
Total	+ 2,9 % (a)	+ 3 %	+ 4,1 %
Effet mécanique du vieillissement	+ 0,7 %	+ 0,5 %	+ 0,8 %
Effet volume de population	+ 0,2 %		+ 0,3 %
Effet tendance lourde	+ 2,1 %		
Effet morbidité et possibilité de traiter		+ 0,5 %	
Effet attentes accrues des consommateurs		+ 0,75 %	
Effet progrès des connaissances/ technologie		+ 1,25 %	+ 3 %

(a) + 4.4 % par an de 2004 à 2008

Sources : - Conseil supérieur des Finances, Comité d'Etude sur le Vieillissement, rapport annuel 2004,
- Lister (in Barnard, 2003), - Mayhew (2000)

Ces études concordent donc pour considérer l'effet du vieillissement sur la croissance des dépenses comme minime comparé à d'autres facteurs (technologie, croissance des coûts, ...) ³⁵. Par contre, elles diffèrent quant au rôle des facteurs non démographiques : + 2,5 % à 3 % par an, hors croissance salariale, dans les études internationales versus + 2.1 % par an, avec effet prix en Belgique. Ceci indique une possible sous-estimation des perspectives pour la Belgique.

3.4. Les bases de discussion pour l'action

Comment faire face aux besoins nouveaux liés au vieillissement de la population ? Plusieurs pistes doivent être suivies en parallèle : une politique en matière de ressources humaines, l'adaptation des infrastructures et services, et l'adaptation de l'organisation des soins, déjà largement évoquée au chapitre 2 (section 11.2). Par ailleurs, les besoins étant nombreux, il conviendra d'optimiser l'allocation des ressources, afin de disposer de marges de manœuvre pouvant être orientées vers les besoins nouveaux. Nous présentons ci-dessous une vaste liste des possibles ; il ne s'agit pas d'un cahier de revendications : des priorités devront nécessairement être établies. Enfin, des moyens nouveaux deviendront nécessaires, de sorte qu'une réflexion sur les mécanismes de financement de la sécurité sociale deviendra nécessaire (cf. section 3.6).

3.4.1. Politique de ressources humaines

A. La formation gérontologique et gériatrique : une priorité majeure

Dans toutes les professions de santé (médicales, paramédicales et soignantes) et d'aide sociale : formation dans le domaine des soins aux personnes âgées (gériatrie, gérontologie), notamment en médecine générale (e.a. pour le dépistage et la gestion de la fragilité et du déclin fonctionnel) et pour le personnel des institutions de long séjour. Rappelons-nous qu'à l'hôpital, par exemple, un patient sur deux aura au moins 65 ans en 2050 et un sur trois, 75 ans.

³⁵ Néanmoins, du fait de la liaison entre dépenses de santé et PIB, le BFP conclut que l'élargissement de la *part de ces dépenses de santé dans le PIB* est essentiellement dû au vieillissement (Englert et al, 2002).

B. Formations spécifiques

- a. Formation de *médecins spécialistes en gériatrie* (hors quotas liés au numerus clausus, vu qu'il s'agira d'une spécialité nouvelle)
- b. Formation adéquate des *aides-soignants* pour seconder les infirmières dans des équipes de soins.
- c. Formation spécialisée *d'infirmiers* (évaluation des besoins), *d'ergothérapeutes* (aménagement du domicile), de *kinésithérapeutes* (exercices en groupe),

C. Ampleur et reconnaissance des personnels de santé

- a. Pour les effectifs de médecins, nous avons suggéré dans d'autres travaux que soit respecté au niveau national le critère de stabilisation de la force de travail, tel qu'adopté par la Commission de Planification en 1996. Ceci impliquerait pour les années 2011-2015, un numerus clausus d'environ 1000 médecins pour le pays, l'écart de densités entre les Communautés étant graduellement réduit, grâce à la clé 40/60. Cette recommandation de quota à la hausse pourrait être provisoire ; elle résulte de la croissance importante des retraites attendue à cette époque ; celle-ci est inéluctable, vu la bosse démographique des effectifs, issus des promotions pléthoriques des années '70-'80 (période au cours de laquelle le numerus clausus eut été particulièrement utile).
- b. Un effort particulier s'impose pour le personnel soignant, vu la menace de pénurie d'infirmiers, notamment pour davantage d'aides soignantes ; pour celles-ci, comme d'ailleurs pour les aides familiales, un renforcement des formations et du financement de leurs activités pourrait réduire le chômage de travailleurs moins qualifiés.
- c. Qualification et reconnaissance des métiers émergents dans le domaine des aides et de l'assistance aux personnes âgées ; l'acquisition du certificat de formation dans tel ou tel module donnerait à l'un ou l'autre avantage ou faciliterait l'accès à des fonctions dans des services destinés aux personnes âgées ou recevant beaucoup de personnes âgées (Service G, Services de médecine interne, Services chirurgicaux, Service de réadaptation, Service psychogériatrique, Soins palliatifs, MRS, MRPA, Soins à domicile, ...). On peut pointer notamment :
 - *le financement des prestations de gériatre,*
 - *le financement du dépistage du déclin fonctionnel pour les généralistes,*
 - *le financement des prestations à domicile de l'ergothérapeute,*
 - *la reconnaissance des fonctions d'aide soignante.*

3.4.2. Infrastructures et services

A. Pour ce qui est du *parc hospitalier*,

- a. Il est probable que la faible croissance globale des séjours puisse être absorbée par une amélioration de productivité, si bien qu'aucun investissement supplémentaire n'apparaît actuellement nécessaire en termes d'infrastructures
- b. Cependant, une telle position implique nécessairement des adaptations :
 - Adapter l'offre hospitalière aux spécificités des personnes âgées, en *augmentant le nombre de lits gériatriques* et en finançant le *programme gériatrique des hôpitaux* (service aigu, liaison interne, hôpital de jour, liaison externe).
 - *Optimaliser la durée de séjour des plus âgés* (car c'est un moteur de croissance des journées bien supérieure à celle des admissions), voire diminuer cette durée si les conditions de sécurité sont remplies, à savoir en les orientant d'emblée vers les services adaptés et en leur offrant des alternatives, telles que : hospitalisation de jour gériatrique, centre de jour gériatrique, services de moyen séjour et de réadaptation, services de soins palliatifs gériatriques et soutien aux soins palliatifs à domicile, ...).
 - En outre, vu la charge actuelle du personnel, la surcharge potentielle et les difficultés financières des hôpitaux, les *normes de personnel* seraient sans doute à revoir, de même que les *conditions de financement*, car la charge par lit va augmenter.

B. Pour l'hébergement des personnes dépendantes,

- Des investissements substantiels sont à prévoir pour *l'ouverture de maisons de repos*, surtout en Flandre.
- Il faut aussi poursuivre les *reconversions* de lits de maisons de repos en lits de maisons de repos et de soins. A la mi 2003, 43 % des résidents bénéficiant de forfaits B ou C (dépendance lourde) ne bénéficiaient pas encore ni d'un encadrement MRS, ni donc d'un forfait soins adapté à la charge qu'ils représentent en termes de soins.
- Une amélioration de la qualité nécessiterait la conversion de chambres multi-résidents en *chambres particulières*.

- En vue d'en atténuer les lourdes charges, il faut souligner l'importance des efforts à consentir pour le développement
 - des *réseaux de solidarité* et
 - des *habitats alternatifs*, notamment des résidences services, habitat évolutif, habitat groupé participatif (Abbeyfield), ...
 - d'aides aux *adaptations au logement* : intervention de l'ergothérapeute à domicile, domotique, télévigilance, ...

C. Pour les *soins infirmiers à domicile* (SIAD)

Vu l'effet probable d'une certaine substitution entre les soins infirmiers à domicile (SIAD) et l'hébergement en maison de repos, il convient de prôner *l'extension des SIAD*, tant pour ses effets bénéfiques pour la qualité de vie des personnes âgées qu'en termes de dépenses d'hébergement évitées. A cet égard, il est également souhaitable d'améliorer l'offre des *autres services à domicile*, qui tous contribuent à prolonger la possibilité de vivre sans recourir à l'institutionnalisation et peuvent ainsi améliorer la qualité de vie. Ces services doivent être développés sur le modèle de *soins intégrés* (H Bergman, 2003 ; R Bernabei, 1998).

3.4.3. Optimiser l'usage des soins de santé

Les indicateurs de consommation de soins, qu'il s'agisse de volume de prestations ou de dépenses, doivent être interprétés avec prudence. En effet, l'usage qui est fait des soins de santé par les personnes âgées ne reflète pas parfaitement leurs besoins de santé, lesquels ne se limitent d'ailleurs pas aux soins.

A. Les *recours de la population*

Ceux-ci sont difficilement maîtrisables, dans la mesure où il s'agit d'une demande spontanée qui est automatiquement rencontrée dans notre système. Diverses questions se posent cependant :

- a. Faut-il contrecarrer la désaffection graduelle à l'égard de la médecine générale ? Faut-il un échelonnement des soins ou au moins une inscription auprès d'un généraliste ? Des tickets modérateurs plus bas ? Des actes réservés au généraliste ? Une formation et un acte de la nomenclature pour le dépistage de la fragilité fonctionnelle ?

- b. La raréfaction de l'offre en Communauté française créera peu à peu des files d'attente. Au début, ceci permettra de diminuer une certaine surproduction en diminuant la part des séances dont l'utilité est marginale. Jusqu'où peut-on aller ?
- c. Pour les personnes âgées : la moitié des recours se fait à l'initiative du médecin. Est-ce adéquat ?

B. Les soins spéciaux

- a. Vu leur croissance rapide et vu les rumeurs persistantes, mais difficiles à confirmer, d'une demande induite par l'offre, il serait intéressant d'organiser une réflexion au sujet des « FAVAS » (actes à faible valeur ajoutée de santé). L'exemple de la radio du thorax pré-opératoire est éclairant en la matière : à partir d'une série importante d'études aux résultats concordants, cet acte a été jugé inutile par les instances de l'OMS (sauf indications précises) et ce dès 1983 (WHO, 1983) ; néanmoins, il est resté pendant 15 ans au moins au top du hit-parade des examens radiologiques les plus prescrits en Belgique.
- b. Il y aurait donc probablement intérêt à mettre sur pied des **groupes de consensus** (comprenant des experts étrangers), destinés à cautionner des guides de bonne pratique dans divers domaines ; des incitants devraient être trouvés pour qu'ils soient ensuite intégrés dans la pratique ; comme premier pas, leur affichage pourrait devenir obligatoire ; des incitants financiers seraient évidemment plus efficaces.

C. Les médicaments

Selon Ed. Descampe, des économies auraient été possibles par un usage plus précoce des *médicaments* génériques (par exemple contre le cholestérol). Il y aurait donc là un intérêt à en promouvoir l'usage, par une meilleure information du prescripteur et de la population, ainsi que par la responsabilisation du prescripteur et l'implication des pharmaciens. La taille des conditionnements, l'efficacité et le remboursement des médicaments (quel remboursement pour quel médicament ?) sont aussi matière à réflexion. En France notamment, des études ont été menées montrant que les médicaments à « service médical rendu insuffisant » sont très présents dans la prescription des médecins, ce qui pose la question du maintien de leur remboursement (Naudin, 2004).

D. L'organisation des soins mérite une attention particulière :

- Organisation du *dépistage de la fragilité fonctionnelle* ; mise sur pied de la *fonction gériatrique à l'hôpital*.

- Réflexion et choix autour des *solutions de vie proposées aux aînés*: faut-il encourager l'hébergement en maison de repos ou prôner une politique visant à limiter et/ou à retarder l'institutionnalisation? Ces choix auront des répercussions tant au niveau du volume des services, que des dépenses en soins de santé et de la qualité de vie des personnes âgées. Il n'existe encore que très peu d'études évaluant la substitution d'un service par rapport à un autre et son impact économique ; de telles études mériteraient d'être menées.
- Dans le cadre de l'adaptation des structures et des soins, il conviendrait plus particulièrement de tenir compte des *patients souffrant de démence* qui représentent une large frange des personnes hébergées en institution, des personnes soignées à domicile et des patients âgés admis en services aigus à l'hôpital. Ces adaptations demandent une formation spécifique du personnel, la création de structures de long séjour adaptées (cantou) et la création de structures d'accueil spécifiques en milieu hospitalier.

En conclusion, des décisions sont nécessaires quant aux politiques à mener en faveur d'une amélioration de l'espérance de vie sans incapacité. Celle-ci implique des *politiques préventives et de promotion de la santé* ; le chapitre 2 en donne un panorama (cf. section 11). De telles politiques devraient sortir d'une conception exclusivement biologique de la santé, notamment dans les domaines de l'habitat et des réseaux sociaux.

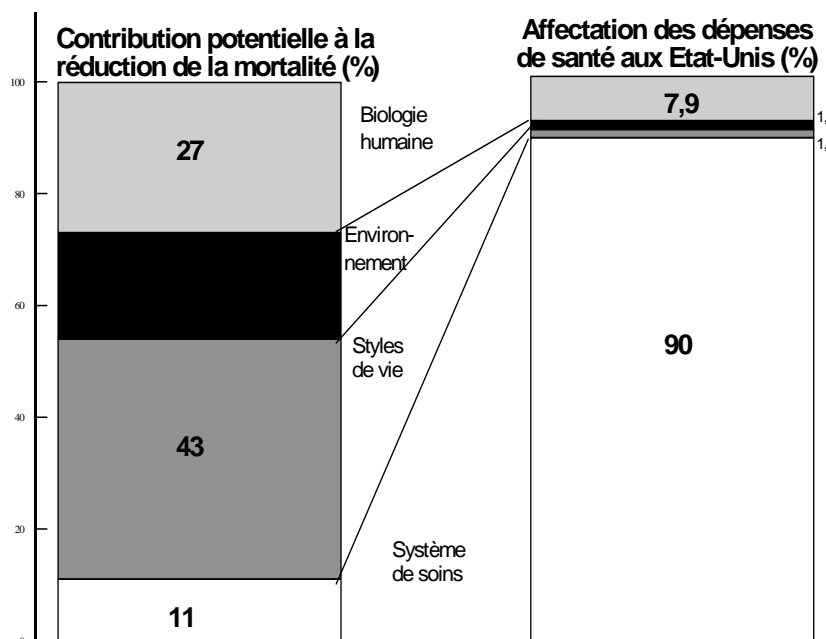
3.5. Enjeux politiques globaux dans le domaine de la santé

Un accès réduit aux soins et une mauvaise qualité ou pertinence des soins pour les personnes âgées risquent de réduire la qualité de vie, d'augmenter les incapacités et donc de mener à une augmentation des hospitalisations et des institutionnalisations. Une politique qui limiterait la couverture et la qualité des soins peut entraîner des effets adverses sur ceux qui ne seront pas capables de s'offrir les traitements et les soins disponibles (Freund et al). Souvent les analyses négligent les bénéfices de l'amélioration des soins de santé et se focalisent sur les seuls coûts de ces soins. La compression probable de l'incapacité atténuera l'effet mécanique du vieillissement sur les soins de longue durée liés à la dépendance. Cet effet mécanique pourrait néanmoins entraîner une hausse importante des besoins ; il provoquera notamment un surcroît substantiel de personnes atteintes de maladie chronique (+ 450 000 à + 550 000 en 2020), et aussi de celles atteintes de multimorbidité, s'il se confirme que celle-ci croît au fil du temps. En outre, si l'amélioration de l'incapacité grave ne résulte pas seulement de progrès des conditions de vie, mais est achetée par le biais des soins médicaux, l'augmentation des dépenses pour ces soins pourrait s'avérer importante.

Par ailleurs, les inégalités sociales vont de pair avec les inégalités en matière de santé. Agir sur les inégalités sociales et de santé pourrait entraîner une amélioration de l'état de santé moyen de la population. Les soins ne sont pas la seule porte d'entrée qui permette une amélioration de l'état de santé, que du contraire. On peut citer la promotion de la santé, l'éducation à la santé, les solidarités de voisinage, la prévention.

Mais peu de politiques ont intégré ces connaissances et souvent elles se confinent dans un modèle bio-médical de la santé. Comme l'a montré Dever, il y a 30 ans déjà, il y a discordance entre l'importance des divers facteurs de santé et celle des dépenses consacrées à chacun d'eux (cf. Figure 4.45) ; cette étude devrait être réactualisée, mais il est à craindre que les résultats ne soient pas très différents aujourd'hui !

Figure 4.45 Facteurs de santé et Allocation des ressources



Tiré de DEVER GEA, An epidemiological Model for Health Policy, Soc.Ind.Res., 1976, vol.2, p.465

En vue de traduire ces connaissances en termes d'action, pourquoi ne pas introduire davantage d'actes préventifs dans la nomenclature INAMI, par exemple le dépistage de la fragilité, certaines techniques anti-tabac, la participation à des groupes de « self-help » (par exemple contre l'obésité), ou encore l'organisation de séances d'exercice physique en groupe (sous la conduite d'un kinésithérapeute) ou de séances d'éducation à la santé (moyennant formation préalable des professionnels de santé admis à les organiser),

3.6. Le financement des dépenses

Les sommes en jeu sont considérables, ce qui ne saute pas nécessairement aux yeux du profane quand on évoque, pour les dépenses publiques de santé « + 2.4 % du PIB entre 2003 et 2030 ». La croissance sera d'autant plus conséquente que le PIB aura lui-même augmenté d'ici là. Qu'en sera-t-il du financement de cette croissance ? Ce ne fut pas l'objet de notre étude, mais nous pouvons esquisser quelques pistes.

Tout d'abord, c'est de ce progrès même du PIB que viendra le salut : grâce aux richesses nouvelles ainsi créées, des marges de manœuvre s'ouvriront, permettant de faire face aux besoins nouveaux, sans pour autant handicaper les autres progrès. Le développement du secteur de la santé lui-même contribue d'ailleurs à ces progrès du PIB.

Toutefois, une volonté politique sera nécessaire pour que, à partir des moyens nouveaux, des sommes soient allouées au secteur de la santé (tant dans le domaine des soins que dans d'autres secteurs utiles à la santé) ; certes le poids électoral croissant des générations âgées y contribuera, mais on ne peut exclure un conflit de générations. Il semble inéluctable que la ponction fiscale et parafiscale, loin de s'amenuiser, s'accroisse ! Dans le climat actuel de dérégulation et de mondialisation, c'est loin d'être gagné si elle pèse sur les entreprises. Un groupe de travail devrait être mis sur pied ou une étude commanditée, afin d'envisager des solutions innovantes, d'en évaluer l'opportunité et d'en chiffrer le rendement potentiel. A titre d'exemples, on peut citer (liste non exhaustive) :

- Trouver des modes de financement supplémentaires pour la sécurité sociale (exemples : accises sur les produits provoquant l'obésité ? cotisation accrue sur les personnes âgées nanties ?).
- Améliorer encore les efforts de qualité et d'efficacité des soins remboursés, en identifiant davantage les actes à faible valeur ajoutée de santé.
- Moduler l'ampleur des parts personnelles en fonction du revenu.
- Accroître la part privée dans le financement (tickets modérateurs, exclusion de certains risques, ...), de façon à restreindre les dépenses publiques de santé ; un tel scénario, risquerait d'accroître la médecine duale et serait alors très contraire à nos traditions de solidarité.
- Restreindre la croissance des dépenses publiques dans d'autres domaines, de façon à faciliter la croissance dans le domaine de la santé.

Aucune de ces décisions ne serait facile à prendre, d'autant moins que les politiques de santé doivent concilier l'inconciliable, à savoir : qualité et performance, équité et efficience, accessibilité et maîtrise des dépenses. Comme le souligne Grignon (2003), nous avons besoin de scénarios sur les choix possibles et d'explicitation de leurs conséquences. Restera à mettre sur pied les processus démocratiques qui permettront d'opérer des choix conscients, tenant compte des contraintes économiques et des enjeux éthiques.

HOOFDSTUK 5: UITBOUW VAN DE ZORGVOORZIENINGEN EN ZORGOPNAME

De Europese Unie stelt zichzelf tot doel om in het licht van een grijzer wordende bevolking, toegankelijke, kwaliteitsvolle gezondheidszorg- en ouderenzorgdiensten uit te bouwen die ook financieel levensvatbaar zijn en op lange termijn ook zullen kunnen worden blijven verzekerd, gezien de totale kost van de vergrijzing die zal wegen op de publieke financiën. In dit hoofdstuk bekijken wij in welke mate deze hoogwaardige set van diensten in België is uitgebouwd, en hoe de kwaliteit en de betaalbaarheid wordt verzekerd. In volgend hoofdstuk bekijken wij vooral de macro-economische duurzaamheid van de kost van de vergrijzing.

Wij bekijken vooreerst de beschikbaarheid van deze systemen: bestaan zij, en hoe goed zijn zij uitgebouwd? Vervolgens kijken wij naar de toegankelijkheid en de betaalbaarheid.

1. Verscheidenheid en beschikbaarheid

1.1 België en de drie gewesten

De ouderenzorg is niet los te zien van de gezondheidszorg en het geheel van de verstrekkingen dat zich richt tot de totale bevolking, en in toenemende mate (omwille van de vergrijzing) tot de oudere bevolking. Daarnaast zijn er specifieke voorzieningen voor ouderen die deels in de ziekteverzekering worden gefinancierd, deels door de Gemeenschappen en de lagere overheden of zelfs volledig op basis van private verzekering en commerciële initiatieven tot stand komen. De inventaris van die laatste initiatieven is nog beperkt.

De voorzieningen die onder een klassieke definitie van sociale bescherming vallen, hebben wij wel geïnventariseerd. Wij geven hierna de resultaten voor België en de drie gewesten. Het is een mengeling van zowel gezondheids- als welzijnsdiensten, een onderscheid dat misschien wel analytisch of institutioneel te maken is, maar

voor de chronische zorg voor ouderen toch als één geheel van 'Long term care' (LTC) of langdurige zorg is te behandelen. Let wel, in deze tabellen zijn kortstondige zorgvormen ook nog opgenomen. En soms is ook dat onderscheid tussen acute en chronische zorg niet houdbaar indien men juist een verkorting van de zorgduur nastreeft. Verder zijn voornamelijk de diensten opgenomen, de elementen die 'in kind', 'in natura' tegemoet komen aan een aantal behoeften van personen met gedaalde zelfredzaamheid. Ook bespreken wij de tegemoetkomingen 'in cash', diverse vormen van vergoeding/ondersteuning van informele zorg, of forfaitaire uitkeringen in geld die kunnen aangewend worden voor de aankoop van professionele zorg.

In onderstaande tabellen actualiseren wij een vroeger overzicht van de voorzieningen voor ouderen in België en de drie gewesten. Het vroegere overzicht kaderde in een internationale vergelijking waaruit bleek dat niet minder dan 8 categorieën van permanente residentiële en semi-residentiële diensten konden worden omschreven, 17 tijdelijke residentiële en semi-residentiële diensten en niet minder dan 22 thuiszorgdiensten (Pacolet, Bouten, Lanoye, Versieck, 1998, p. 73). Veel van deze diensten konden ook in België worden geïdentificeerd. De lijst is vandaag nog langer geworden, het illustreert de verdere diversificatie en differentiatie die de sector ondergaat. Belangrijker dan het feit of de voorzieningen bestaan, is de kwantitatieve beschikbaarheid: hoe ruim is het gebruik ervan uitgebouwd? Hieronder geven wij een zo exhaustief mogelijke lijst van voorzieningen en tegemoetkomingen en het aantal gebruikers, plaatsen, prestaties, personeelsleden, diensten etc. Uiteenlopende indicatoren dienen immers te worden gehanteerd voor deze grote verscheidenheid aan diensten. Er komen ook steeds meer diensten bij als tegemoetkomingen vanuit de zorgverzekering, dienstencheques, PAB, overlegvormen, etc.

In de eerste tabel geven we een overzicht van de situatie in België. In de tweede tabel geven we het detailoverzicht voor de situatie in de drie gewesten. Aangezien heel wat bevoegdheden of delen van bevoegdheden in de welzijns- en gezondheidszorg zijn overgedragen naar de gewesten en de gemeenschappen, zijn voor de gewesten en gemeenschappen vaak meer detailgegevens beschikbaar (tabel 5.2). We geven van iedere voorziening waar gekend telkens het oudste en het meest recent beschikbare cijfer.

In bijlage geven wij de volledige databank rond deze voorzieningen zoals zij in de vroegere inventaris van het Hiva was opgenomen (Pacolet, Lanoye, Bouten, 1998) en hier is geactualiseerd voor de voorbije 10 jaar. Zoals op internationaal vlak thans inspanningen gebeuren om de diensten voor LTC (zie o.m. OESO-studies in hoofdstuk 7) te inventariseren en te kwantificeren, is hier een prototype van informatie beschikbaar voor België. Elk van deze voorzieningen verdient een eigen analyse. Wij geven hier enkel de opvallende constataties van regionale verschillen en situeren België verder in internationaal perspectief.

Tabel 5.1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België

	Eenheden	Jaar	Erkende bedden/ eenheden...	Program- matie	% tov program- matie
Permanente voorzieningen voor ouderen					
<i>Residentieel</i>					
Rust- en verzorgingstehuis (RVT)	Bedden	1997	20 126	20 126	100,0%
		2001	34 401	40 126	85,7%
Psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)	Bedden	1994	2 830		
		2004	3 240	6 241,9	51,9%
Rusthuis (ROB)	Bedden	1995	87 401		
		2001	79 524		
	Instellingen	2000	1 844		
<i>Semi-residentieel</i>					
Serviceflats /woningen met dienstverlening / senior(er)ies	Wooneenhe- den	2000	10 259		
Initiatief beschut wonen	Capaciteit	1994	2 386		
		2000	2 919	4096	71,3%
<i>Gespecialiseerde structuren voor demente personen</i>					
dagcentrum interdisciplinaire cognitieve therapie	Instellingen	1999	4		
	Verblijven	1999	320		
Expertisecentra dementie	Enkel in Vlaanderen				
Tijdelijke voorzieningen voor ouderen					
<i>Residentieel</i>					
G-bedden	Bedden	1994	6 206	7 516	82,6%
		2004	6 573	8 982,5	73,2%
Sp-bedden	Bedden	1997	4 393	5 288	83%
		2004	5 524	5 409,6	102,1%
Waarvan Sp-psychogeriatric	Bedden	2004	613		
V-bedden ¹	Bedden	1994	3 500		
Tg-/Vp-bedden ²	Bedden	1994	2 272	3 030	65,8%
	Bedden	1999	1 530		
<i>Semi-residentieel</i>					
Geriatrisch dagziekenhuis	Instellingen	1995	10		
Geriatrische instelling	Bedden	1995	976		
	Verblijfseen- heden	1999	945		
Dagverzorgingscentrum (DVC)	Federale eenheden	2001	731	1 448	50,5%
	Totaal centra	1996	52		
	Federaal er- kende centra	2001	64		
Nachtopvang in rusthuis	Instellingen	1995	82		
	Plaatsen	1995	240		
	Verblijven	1995	24 058		
Centrum voor kortverblijf (ook nachtopvang)	Enkel in Vlaanderen erkend				

Tabel 5.1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België (vervolg)

	Eenheden	Jaar	Erkende bedden/ eenheden...	Programmatie	% tov programmatie
Thuiszorgdiensten					
Lokaal dienstencentrum (LDC)	Enkel in Vlaanderen erkend				
Regionaal dienstencentrum (RDC)	Enkel in Vlaanderen erkend				
Palliatief netwerk	Enkel in Vlaanderen erkend				
Samenwerkingsinitiatief SIT/SEL	Enkel in Vlaanderen erkend				
Coördinatiecentrum	Enkel in Wallonië erkend				
Geïntegreerde dienst thuiszorg (GDT)	Nog in oprichting				
Thuisverpleging	Personeelsleden	1995	14 930		
	Verpleegkundigen	1998	16 415		
		1999	17 171		
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg CGGZ					
Gezinszorg	Diensten	1990	238		
		1997	248		
	Verzorgenden	1995	15 718		
	Verzorgenden VTE	1999	15 148,1		
Poetsdienst	Personeelsleden VTE	1991	4 550		
Klusjesdienst	Diensten	1991	109 gekend		
		2000			
Oppasdienst (voor ouderen)	Diensten	1993	9 gekend		
Dienst logistieke hulp en aanvullende thuiszorg (private diensten)	Enkel in Vlaanderen erkend				
Maaltijdbedelingsdienst	Maaltijden	1991	4 300 000		
		1992	2 760 397		
	Diensten	2002	221		
Bejaardenwoningen	Wooneenheden	1993	17 000	11 981	142%
Personenalarmsysteem (PAS)	Toestellen	1987-1996	5 540		
	Diensten				
	OCMW's	1997	44		
		2002	50		
Vervoersdienst					
Boodschappendienst					
Inschakeling PWA					
Dienstencheques	Nieuwe jobs	2003		25 000	

Tabel 5.1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België (vervolg)

	Eenheden	Jaar	Erkende bedden/ eenheden...	Programmatie	% tov programmatie
<i>Verbeteringen aan de woning</i>					
Huursubsidie en installatiepremie	Enkel in Vlaanderen erkend				
Tegemoetkoming renovatie woning	Enkel in Vlaanderen erkend				
Verhuis-, installatie- en huurtoelage (VIHT)	Enkel in Brussel erkend				
Allocation de déménagement et de loyer (ADEL)	Enkel in Wallonië erkend				
Sociale voordelen en andere initiatieven					
Parkeerkaart invalide bejaarden					
Vrijstelling kijk- en luistergeld					
Sociaal elektriciteits- en gastarief					
Rusthuis info-foon	Enkel in Vlaanderen erkend				
Vereniging van gebruikers en mantelzorgers	Enkel in Vlaanderen erkend				
Lessen verzorging van ouderen					
Ontspannende en educatieve activiteiten voor ouderen					
Verenigingen van ouderen					
Plus 3 pas					
Uitkeringen in cash					
Zorgverzekering	Enkel in Vlaanderen				
Hulp van derden ³					
Tegemoetkoming hulp aan bejaarden (THAB)	Uitgekeerd bedrag	1994	74 775 478		
		2003	304 494 692		
	Personen	1994	43 154		
		2003	90 939		
Integratietegemoetkoming voor personen met een handicap	Uitgekeerd bedrag	1994	23 420 012		
		2003	155 049 141		
	Personen	1994	14 201		
		2003	52 589		
Zakgeld					
PAB/PGB ⁴	Enkel in Vlaanderen				
Fiscale voordelen					
Andere initiatieven / vergoedingen					

1 Reconversie in 1994 naar RVT- en Sp-bedden

2 Vanaf 1994: enkel nog VP, in 2000 werden de Vp-bedden omgezet in Sp-psychogeriatric

3 Bij arbeidsongeval/ beroepsziekte / ziekteuitkering

4 Persoonlijke Assistentie Budget / Persoonsgebonden Budget

Bron: Pacolet, Lanoye en Bouten, 1998 en verdere aanvullingen Pacolet, Degreef, Cattaert en Peetermans, 2004, HIVA K.U.Leuven op basis van diverse bronnen

Tabel 5.2 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in Vlaanderen, Brussel en Wallonië

	Eenheden	Jaar	Vlaanderen		Brussel		Wallonië			
			Erkende bedden/ eenheden...	Programmatie	% tov programmatie	Erkende bedden/ eenheden..	Programmatie	% tov programmatie	Erkende bedden/ eenheden..	Programmatie
Permanente voorzieningen voor ouderen										
Residentieel										
Rust- en verzorgingstehuis (RVT)	Bedden	1997	12 546	15 286	82%	2 181	2 802	9 053	5399	59%
		2002	26 124	26 662	97,98%		5 029	13 129		
	Voorzieningen (in ZH en ROB)	1999	613							
		2002	595							
Psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT)	Bedden	1994	2 193	3 508	63%	140	569	1 983	497	25%
		2004	2 289	3 613,1	63,35%	181	590,9	2 037,9	770	37,78%
	Instellingen	2000	21						10	
		2002	25							
Rusthuis (ROB)	Bedden	1995	42 607	62 522	75%	13 151	6 634	23 202	31 643	174%
		1997	46 967			12 777			40 412	
		2001	35 395			10 868			32 911	
	Instellingen	1998	768			245			872	
		2000	767			227			841	
Semi-residentieel										
Serviceflats en woningen met dienstverlening en senior(er)ies	Verblijfsplaatsen	1993	1 217							
	Wooneenheden ¹	1996	5 129	25 023	21%					
		2004	11 844	30 762	38,50%	32	1 216			2,63%
	Voorzieningen	1999	546							
		2002	478							
	Waarvan erkend	1999	251							
		2002	311							
Initiatief beschermt wonen	Capaciteit	1994	1 788	2 339	76%	217	380	1 322	381	29%
		2000		2 970		410	480	1 670		
	Voorzieningen	2004	2 434						746	
		1999	37							
		2002	45							

Tabel 5.2 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in Vlaanderen, Brussel en Wallonië (vervolg)

	Eenheden	Jaar	Vlaanderen			Brussel			Wallonië		
			Erkende bedden/ eenheden...	Programmatie	% tov programmatie	Erkende bedden/ eenheden...	Programmatie	% tov programmatie	Erkende bedden/ eenheden...	Programmatie	% tov programmatie
Gespecialiseerde structuren voor demente personen											
Dagcentrum voor interdisciplinaire cognitieve therapie	Centra	2003	7								
Expertisecentra dementie Niet-conventionele inrichtingen gemeenschapswoning	Plaatsen	1993	2 363								
Tijdelijke voorzieningen voor ouderen											
Residentieel G-bedden	Bedden	1994	3 862	4 178	92%	574	834	1 770	2 504	71%	
		2004	3 921	5 341,8	73,40%	966	785,1	1 686	2 855,6	59,04%	
V-bedden ²	Bedden	1994	1 782	5 847	Geblok.	653	949	1 065	3 305	Geblok.	
Sp-bedden	Bedden	1994	500	3 041	16%	0	494	0	1 718	0	
		2004	2 838	3 131,3	90,63%	764	512,2	1 922	1 766,2	108,82%	
Waarvan Sp-psychogeriatrie	Bedden	2004	184			143		286			
Tg-/Vp-bedden ³	Bedden	1994	1 365	1 754	78%	225	285	682	991	69	
		2000		1 366			221		768		
Semi-residentieel											
Geriatrisch dagziekenhuis	Ziekenhuizen	1989	6	geen	/						
Geriatrische instelling	Instellingen	1995	6			3		1			
	Bedden	1995	514			233		229			
Dagverzorgingscentrum (DVC)											
	Verblijfseenheden	1996	343	1 889	18%						
		2003	1 089	2 342	46,50%	0	110	0%			
		2000	54								
	Centra	2001	48			4		12			
		2003	79	94	84,04%						
Dagcentrum ⁴	Centra (enkel regionaal)	1996	29	geen	/	3	geen	20	geen	/	
		2001	12					10			
	Plaatsen (enkel regionaal)	1999					geen	10	geen		1 410
							wetgeving				

Tabel 5.2 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in Vlaanderen, Brussel en Wallonië (vervolg)

Eenheden	Jaar	Vlaanderen		Brussel		Wallonië				
		Erkende bedden/ eenheden...	Programmatie	% tov programmatie	Erkende bedden/ eenheden..	Programmatie	% tov programmatie	Erkende bedden/ eenheden..	Programmatie	% tov programmatie
Centrum voor Geestelijke Gezondheidszorg CCGZ	1999	84								
Voorzieningen	2002	21								
Aantal vestigingsplaatsen	1999	89								
	2002	90								
Diensten	1990	143								
	1997		19					79		
	2004	126						94		
Personeelsleden	2000	14 005								
	2002	14 287						5 160		
Personeelsl. VTE	1999		665							
	2000	10 933								
	2002	11 215								
Verzorgenden	1980	7 900						4 700		
	2001							6 060		
	2002	13 344						4 337,1		
Verzorgenden VTE	1999	10 328								
	2002	8 825,26								
Maatschappelijk werkers	2000	825								
Maatschappelijk werkers VTE	2000	554								
Diensthoofden	2000	67								
Diensthoofden VTE	2000	52								
Uren	1980	9 726 000								
	1997		246 000							
	2001	13 604 589	16 390 981	83,00%				5 305 000		
	2002	13 811 737	16 578 717	83,31%				4 925 000		
	2004	14 102 156	16 892 532	83,48%				5 353 752	5 393 289	99,27%
Cliënten	1999	60 076								
	2003	67 005						29 670		

Tabel 5.2 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in Vlaanderen, Brussel en Wallonië (vervolg)

	Eenheden	Jaar	Erkende bedden/ eenheden...	Vlaanderen Programmatie	% tov programmatie	Erkende bedden/ eenheden..	Brussel Programmatie	% tov programmatie	Erkende bedden/ eenheden..	Wallonië Programmatie	% tov programmatie
Persoonlijke Assistentie Budget (PAB)	Nieuwe aanvragen	2001	1 378								
		2002	610								
	Begunstigden	2001	316								
		2002	490	500	98,00%						
	Uitgaven	2001	7 833 435								
		2002	8 201 158								
			in de toekomst?								
Persoonsgebonden Budget (PGB)											
Fiscale voordelen											
Andere initiatieven/vergoedingen											
Rechten van de patiënt ⁰											

- 1 Het gaat hier enkel om de erkende wooneenheden.
- 2 V-bedden zijn in 1994 gereconverteerd naar RVT- en Sp-bedden.
- 3 Tg-/Vp-bedden: vanaf 1994 zijn er enkel nog Vp-bedden, die in 2000 werden omgezet in Sp-psycho geriatrie.
- 4 Het gaat hier om dagcentra die enkel regionaal erkend zijn, en dus niet de federale erkenning van dagverzorgingscentrum (DVC) hebben.
- 5 Een centrum voor kortverblijf is een instelling die enkel door de Vlaamse Overheid is erkend en die ook aan nachtopvang doet.
- 6 De daling van het aantal Sit's is te wijten aan een fusiebeweging binnen de Sit's.
- 7 De diensten voor logistieke en aanvullende thuiszorg werden in Vlaanderen opgericht door het besluit van 10/07/2001 en bevatten schoonmaakhulp, klusdiensten en oppashulp (Proxima, 2004). Het gaat hier enkel om de private diensten.
- 8 Met Hulp van derden bedoelen we hier de bijkomende uitkeringen voor afhankelijk personen die kunnen verkregen worden bij een uitkering o.w.v. een arbeidsongeval, een beroepsziekte of arbeidsongeschiktheid.
- 10 In Vlaanderen ingevoerd door het decreet van 21/12/2001.

Bron: Pacolet, Lanoye en Bouten, 1998; aanvullingen Pacolet, Degreef, Cattaert en Peetermans, 2004, HIVA K.U.Leuven op basis van diverse bronnen

1.2 Regionale verschillen

1.2.1 Regionale verschillen in de institutionele zorg

Vooreerst geven wij het aantal rusthuisbedden en RVT-bedden per 100 65+-ers, zoals boven al beschreven. Hieruit blijkt een relatief hoge institutionalisering in Brussel en Wallonië, terwijl het aantal plaatsen per 65+-ers beperkt is in Vlaanderen. Eventueel dienen hier nog de serviceflats aan toegevoegd te worden.

Tabel 5.3 Aantal ROB- en RVT-bedden per 100 65+-ers, naar gewest, 2003 (in %)

	ROB	RVT	Totaal
Vlaanderen	3,21	2,40	5,61
Brussel	5,72	2,89	8,61
Wallonië	5,19	2,11	7,29
België	4,06	2,35	6,41

Bron: Eigen berekeningen HIVA/K.U.Leuven op basis van RIZIV en NIS-bevolkingsstatistieken, 2003

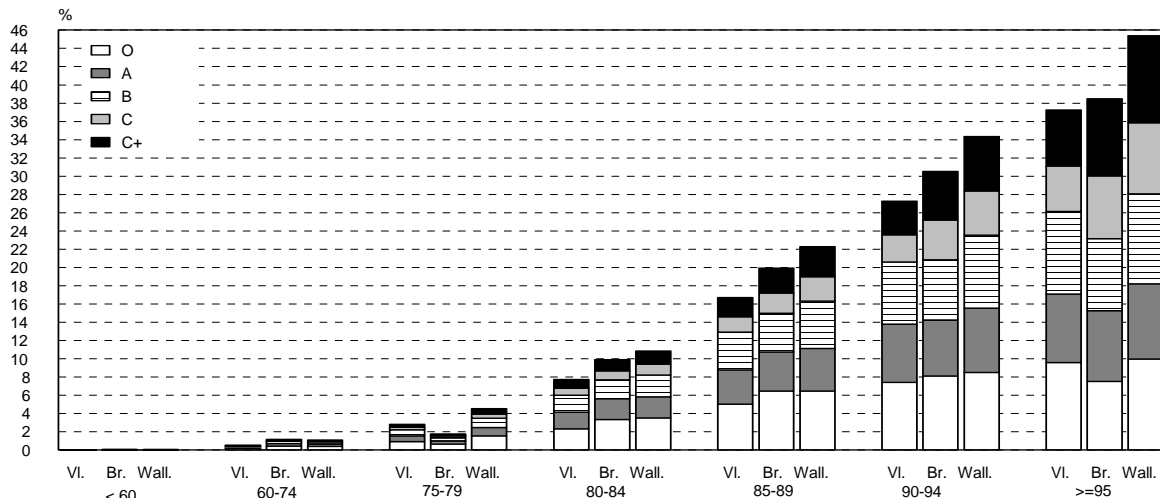
In onderstaande grafieken worden het aantal ROB- en RVT-bewoners weergegeven per leeftijdscategorie voor de verschillende gewesten, en dit voor 1999 en 2003. Naast de absolute aantallen wordt per leeftijdsgroep ook het procentuele aandeel ROB- en RVT-bewoners berekend. Hier is op het eerste zicht geen opmerkelijk verschil naar leeftijd tussen de drie gewesten te observeren, tenzij de vaststelling, zowel in 1999 als 2003, dat er iets meer ROB-bedden zijn in Wallonië en Brussel, terwijl er iets meer RVT-bedden zijn in Vlaanderen, dit gecorrigeerd voor leeftijd. Indien wij het aantal bewoners van ROB's en RVT's in Vlaanderen zouden berekenen volgens de gebruikspercentages in Wallonië respectievelijk Brussel, zou de institutionaliseringsgraad respectievelijk 1,45 % en 1,40 % hoger liggen¹ (zie tabel hieronder). Vergeleken met de huidige 5,61 % zou dit een stijging meebrengen van ongeveer 25 %. Indien in het Waalse Gewest de institutionalisering per leeftijdscategorie op het niveau van Vlaanderen zou liggen, dan zou het aantal bedden per 100 65+-ers geen 7,29 zijn maar slechts 5,81 of 20 % lager. Zelfs al zijn er in onderstaande grafieken dus ogenschijnlijk geringe verschillen tussen de gewesten, dan blijken deze geringe verschillen toch globaal een aanzienlijk percentage uit te maken in de totale capaciteit aan rusthuisbedden die men nodig heeft. Dit verschil in institutionaliseringsgraad tussen de gewesten gaat ook gepaard met een gelijkaardig verschil in de uitbouw van de thuiszorg.

¹ De Riziv-cijfers worden klassiek volgens de in de grafieken hierna gebruikte leeftijdscategorieën weergegeven (< 60, 60-74, 75-79, 80-84, 85-89, 90-94, >=95). De leeftijdscategorie 60-74 zou beter ook opgesplitst worden volgens vijfjaarlijkse groepen.

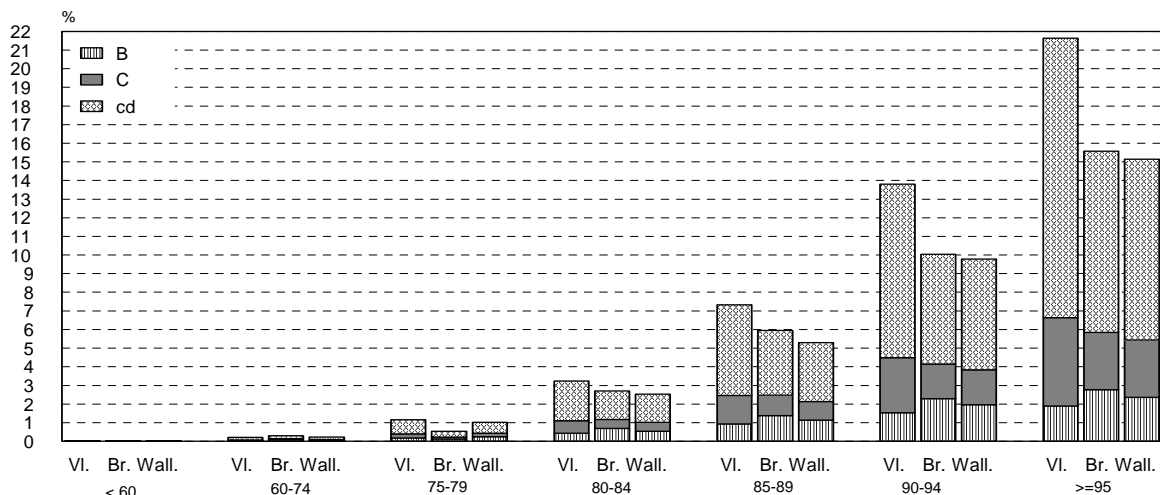
Tabel 5.4 Vergelijking gebruikspercentage ROB en RVT van het aantal 65+-ers op basis van het gebruikspercentage van een gewest, naar gewest, 2003

	Op basis van gebruikspercentage naar leeftijd		
	Vlaams Gewest	Waals Gewest	Brussels Gewest
Vlaams Gewest	5,61	7,06	7,01
Waals Gewest	5,81	7,29	7,23
Brussels Gewest	7,16	8,76	8,61

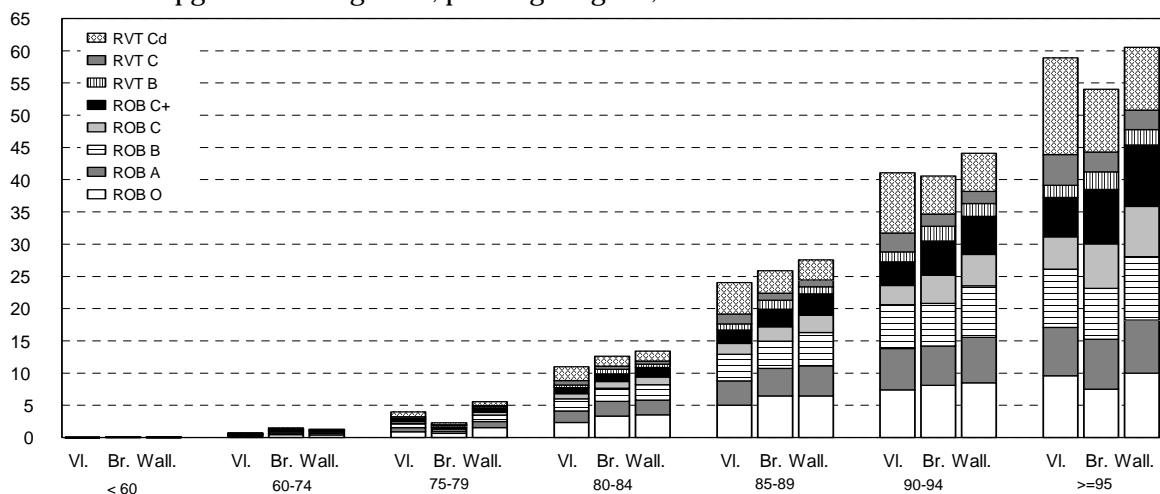
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert, HIVA-K.U.Leuven op basis RIZIV- gebruikspercentages ROB en RVT.



Figuur 5.1 Gebruikspercentages ROB t.o.v. bevolkingsaantal in een zelfde leeftijdsgroep, opgedeeld naar gewest, per zorgcategorie, 1999

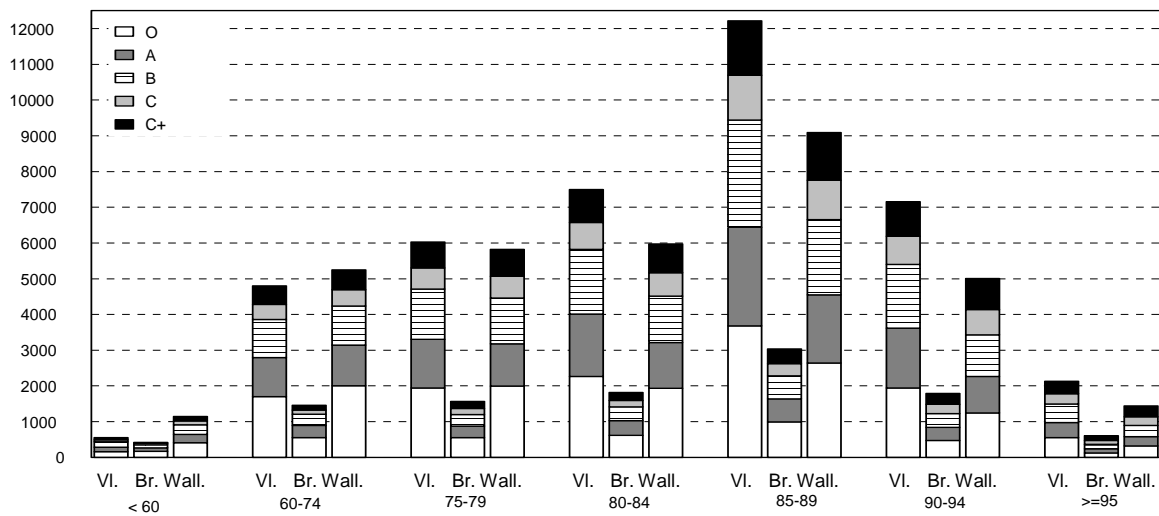


Figuur 5.2 Gebruikspercentages RVT t.o.v. bevolkingsaantal in een zelfde leeftijdsgroep, opgedeeld naar gewest, per zorgcategorie, 1999

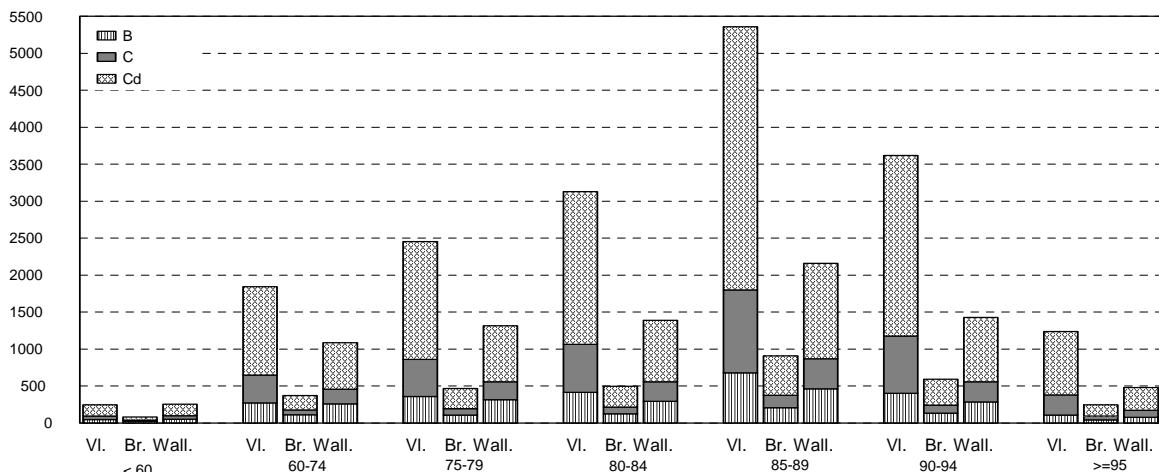


Figuur 5.3 Gebruikspercentages ROB en RVT t.o.v. bevolkingsaantal in een zelfde leeftijdsgroep, opgedeeld naar gewest, per zorgcategorie, 1999

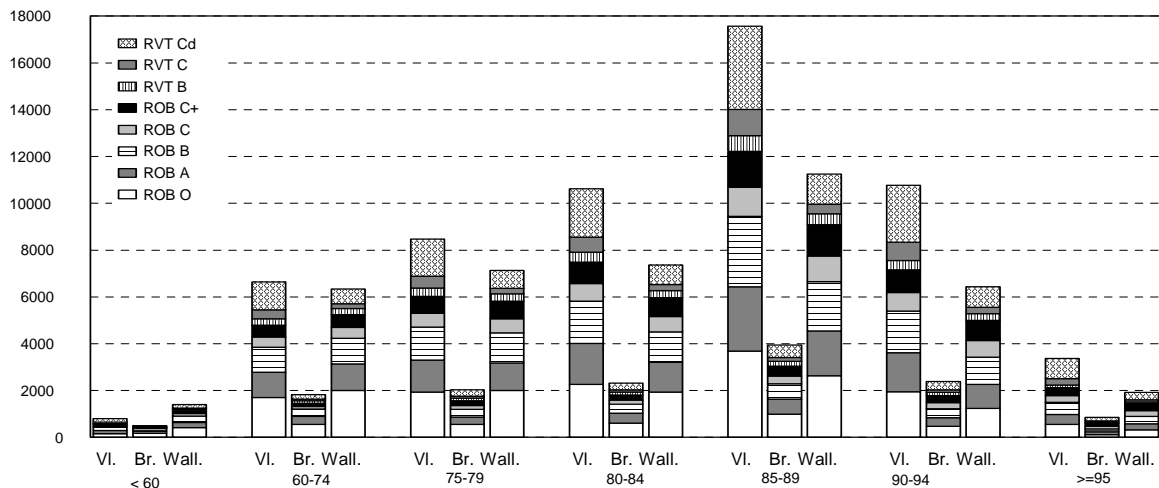
Bron: Berekeningen Hiva K.U.Leuven, op basis van RIZIV-gegevens



Figuur 5.4 Aantal ouderen in ROB, per gewest en leeftijds categorie, naar zorgcategorie, 1999

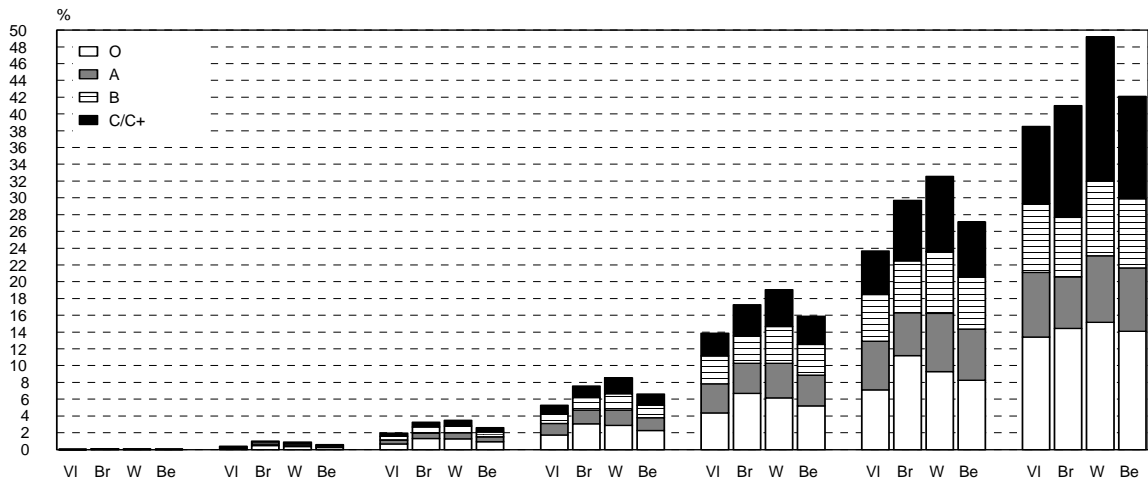


Figuur 5.5 Aantal ouderen in RVT, per gewest en leeftijds categorie, naar zorgcategorie, 1999

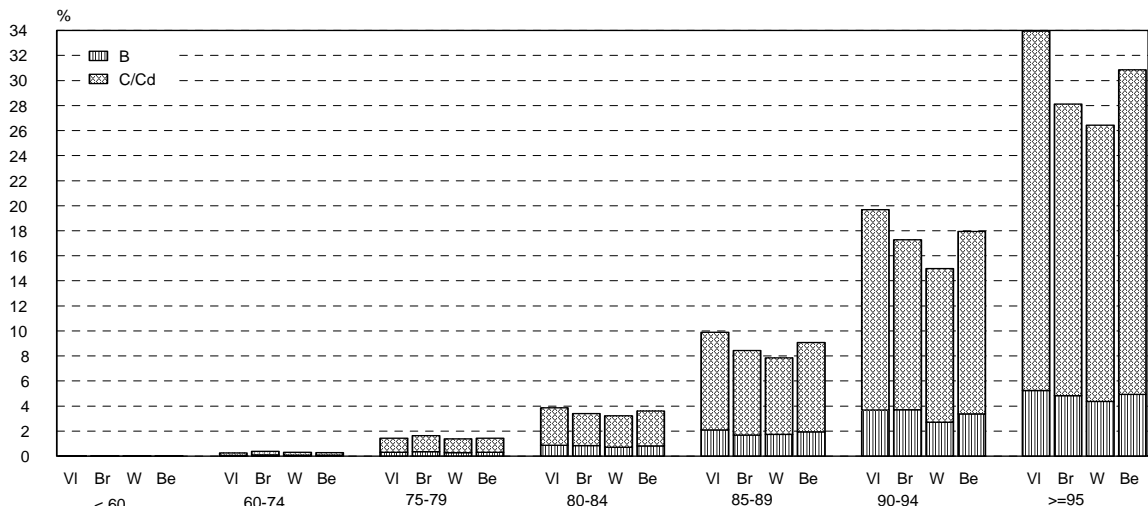


Figuur 5.6 Aantal ouderen in ROB en RVT, per gewest en leeftijds categorie, naar zorgcategorie, 1999

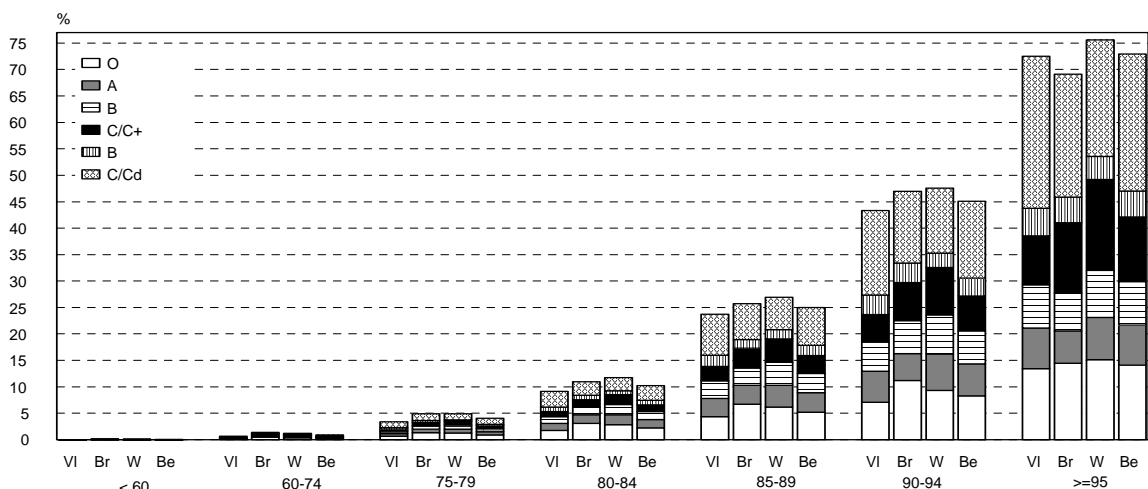
Bron: Berekeningen Hiva K.U.Leuven, op basis van RIZIV-gegevens



Figuur 5.7 Gebruikpercentages ROB t.o.v. bevolkingsaantal in een zelfde leeftijdsgroep, opgedeeld naar gewest en totaal België, per zorgcategorie, 2003

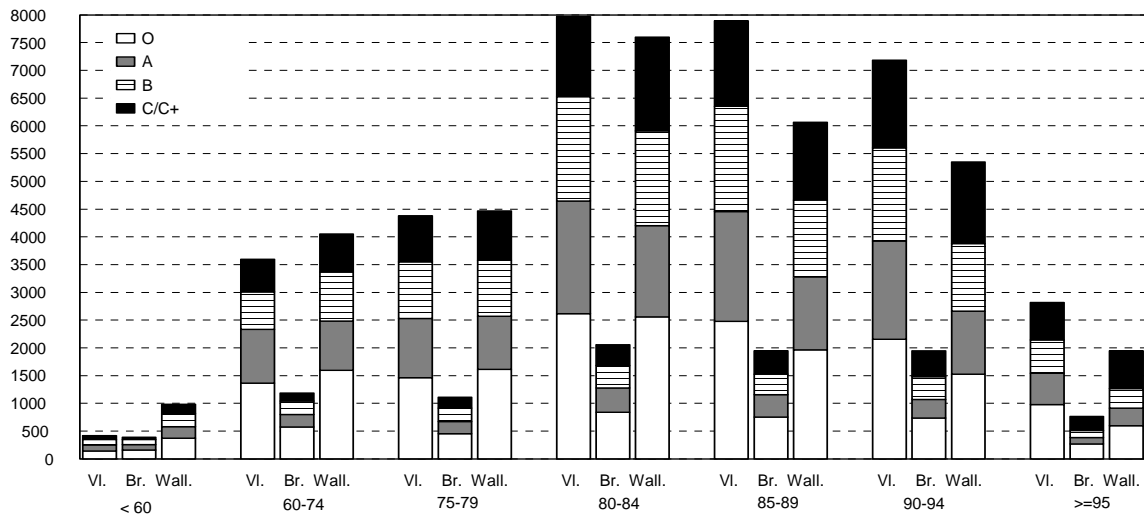


Figuur 5.8 Gebruikpercentages RVT t.o.v. bevolkingsaantal in een zelfde leeftijdsgroep, opgedeeld naar gewest en totaal België, per zorgcategorie, 2003

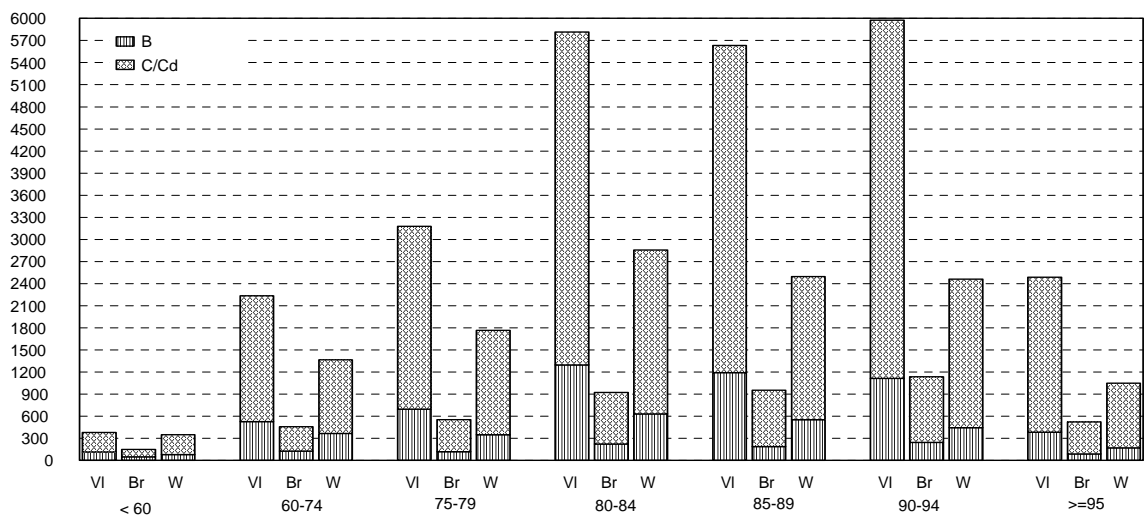


Figuur 5.9 Gebruikpercentages ROB en RVT t.o.v. bevolkingsaantal in een zelfde leeftijdsgroep, opgedeeld naar gewest en totaal België, per zorgcategorie, 2003

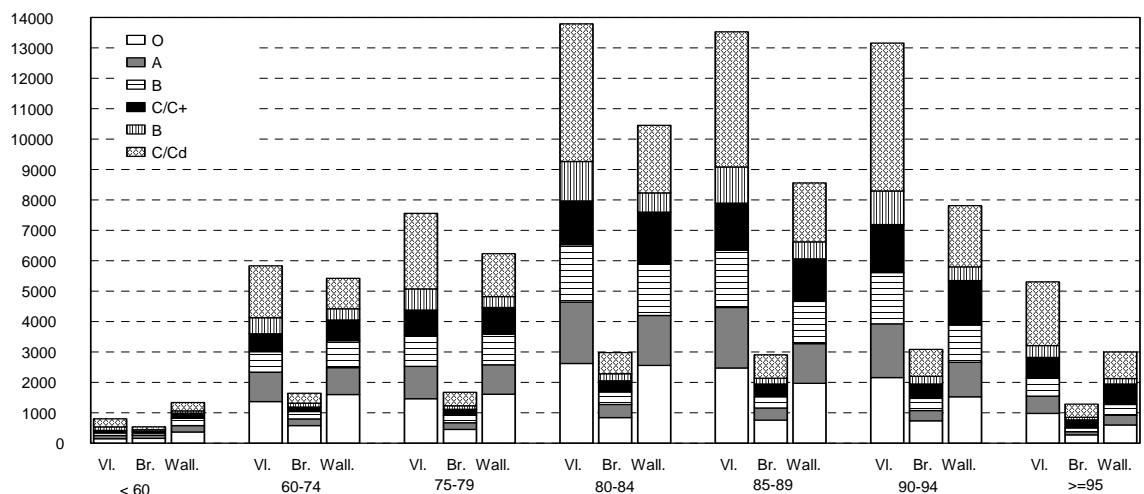
Bron: Berekeningen Hiva K.U.Leuven, op basis van RIZIV-gegevens



Figuur 5.10 Aantal ouderen in ROB, per gewest en leeftijds categorie, naar zorgcategorie, 2003



Figuur 5.11 Aantal ouderen in RVT, per gewest en leeftijds categorie, naar zorgcategorie, 2003

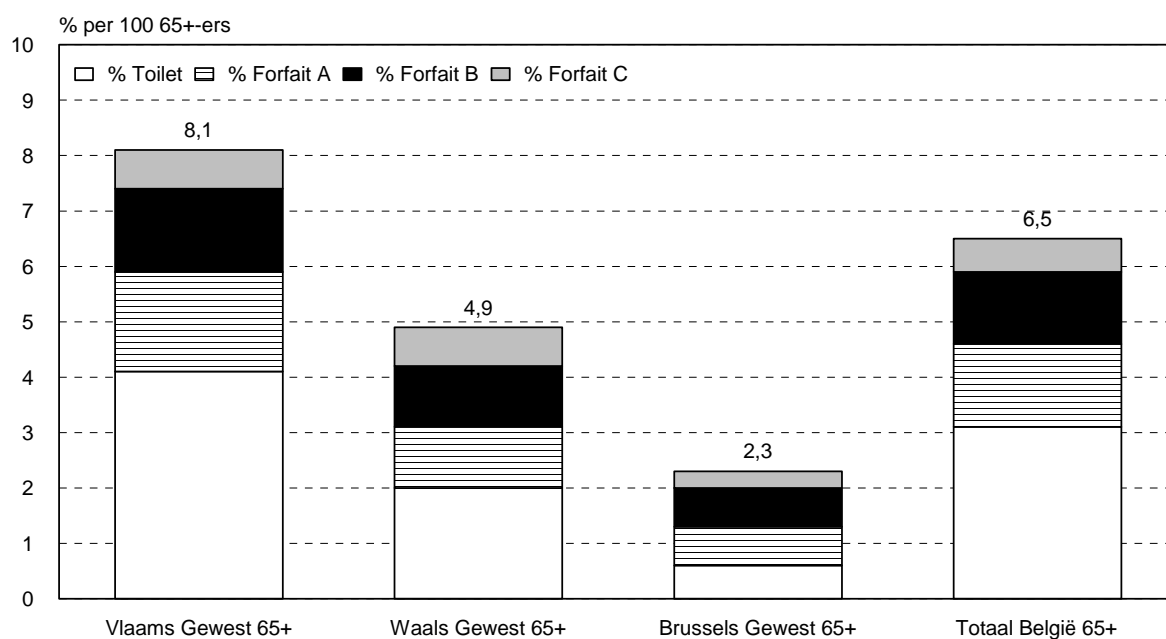


Figuur 5.12 Aantal ouderen in ROB en RVT, per gewest en leeftijds categorie, naar zorgcategorie, 2003

Bron: RIZIV

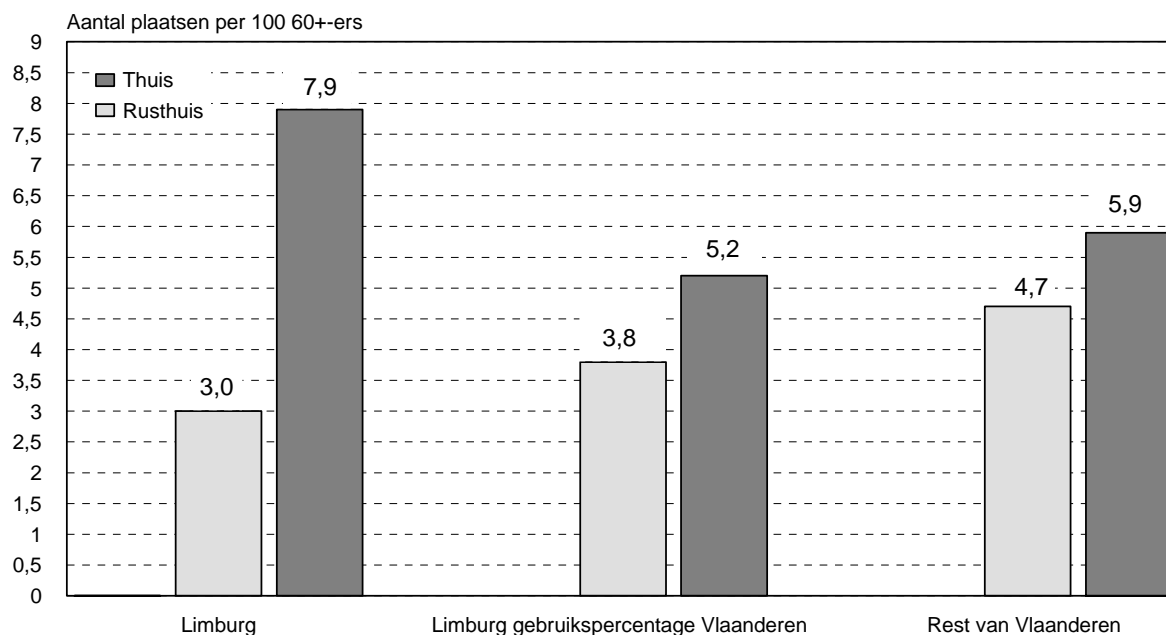
1.2.2 Regionale verschillen in de thuisverpleging en gezinszorg

De regionale verschillen in het gebruik van de thuisverpleging zijn aanzienlijk. Zoals uit onderstaande grafiek blijkt is dit bijna de helft lager in Wallonië t.o.v. Vlaanderen en in Brussel is het niveau zelfs op $\frac{1}{4}$ van de situatie in Vlaanderen. Ook binnen de regio's kunnen er nog aanzienlijke verschillen zijn. Zo illustreert onderstaande figuur 5.14 dat het aantal personen dat van thuisverpleging gebruik maakt, in Limburg 50% hoger is dan wat zou kunnen verwacht worden gegeven de leeftijdsstructuur van de provincie en de gebruikspercentages zoals die in de rest van Vlaanderen gelden. De institutionaliseringsgraad ligt echter 25% lager. Ogenschojnlijk dient men drie 60+-ers meer zorg in de thuisverpleging te verstrekken om één 60+-er minder in de institutionele zorg te vinden. Het dient verder onderzocht in welke mate met deze goed uitgebouwde thuisverpleging, institutionele zorg kon vermeden/uitgesteld worden.



Bron: Kluwer, Handboek gezondheidseconomie, 2004

Figuur 5.13 Vergelijking gebruik thuisverpleging per 100 65+-ers per afhankelijkheids categorie en per gewest, 2003 (% per 100 65+-ers)

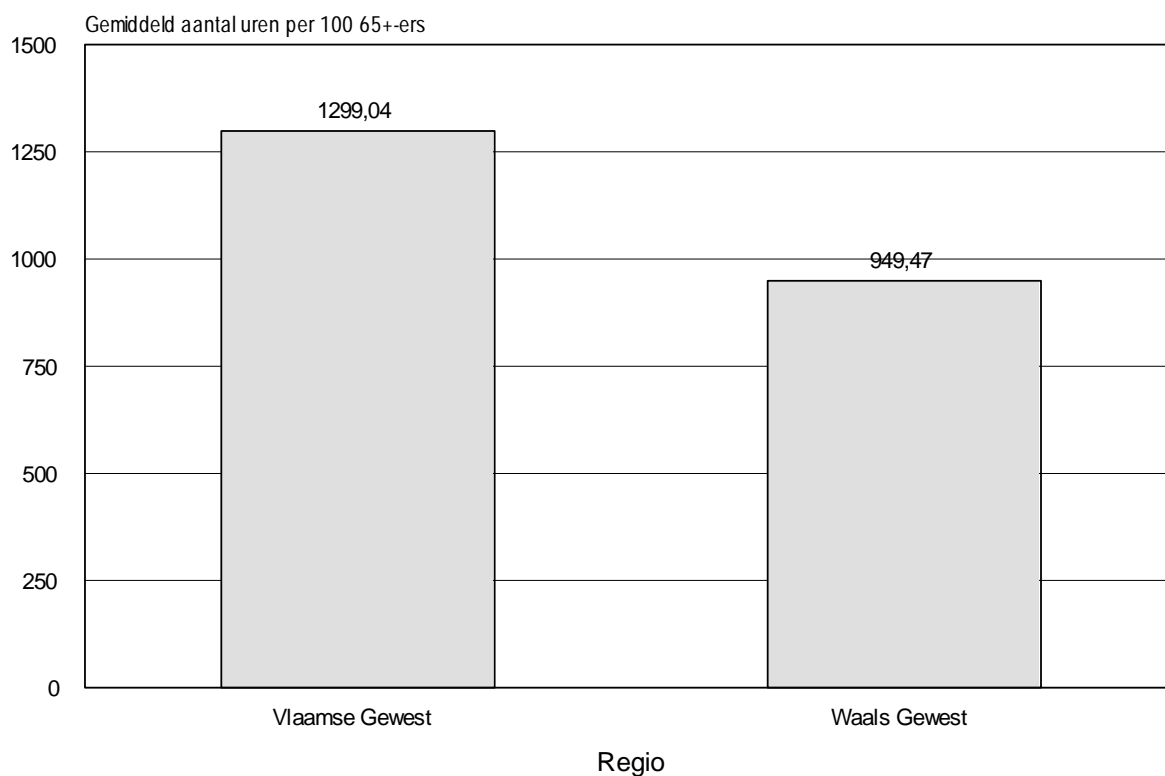


Bron: Masterplan ouderenzorg Limburg

Figuur 5.14 Vergelijking van het aantal plaatsen/patiënten per 100 60+-ers thuis en in het rusthuis in Limburg en de rest van Vlaanderen, 2001

Fragmentaire informatie over de gezinszorg levert een vergelijkbare discrepantie op tussen het Vlaamse en het Waalse gewest. Alhoewel deze zorg niet volledig op de ouderen is gericht, berekenden we in onderstaande figuur het aantal gepresteerde uren gezinszorg t.o.v. 100 65+-ers. In het Vlaamse Gewest worden er gemiddeld zo'n 1300 uren gezinszorg verstrekt per 100 65+-ers, tegenover zo'n 950 uren in het Waalse Gewest. Meer tot de verbeelding sprekende cijfers zijn dat dit bijna een voltijdse gezinsverzorgster is in Vlaanderen per 100 65+-ers, of dat er per jaar per 65+-er er 13 uren gezinszorg beschikbaar zijn in Vlaanderen. Het verschil tussen Vlaanderen en Wallonië bevestigt de hypothese dat de uitbouw van de gezinszorg ook de opname van thuisverpleging kan verklaren. Gezinszorg laat toe dat de patiënten thuis kunnen blijven, ondersteunt ook de mantelzorger, zodat ook de thuisverpleging meer zal worden uitgebouwd. Merkwaardig is dat in Vlaanderen in het verleden het aantal verstrekte uren gezinszorg lager is dan het contingent (van subsidieerbare uren), dat op zijn beurt lager is dan de geprogrammeerde uren die de overheid zich zelf voorneemt om in te vullen, maar wat tot nu toe niet lukt door gebrek aan financiële middelen.

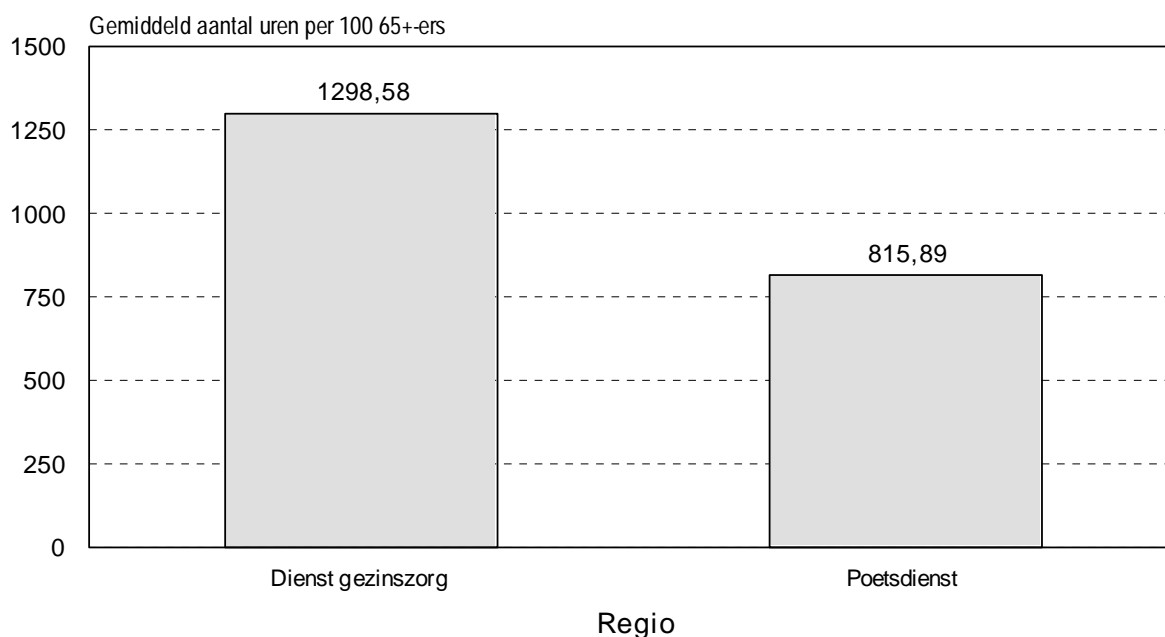
Wat betreft het aantal uren poets hulp, zien we dat er in Vlaanderen in 2002 naast de 1300 uren gezinszorg per 100 65+-ers, er zo'n 950 uren poetsdienst per 100 65+-ers werden uitgevoerd.



* Voor het Vlaamse Gewest zijn er in 2001 13 288 574 uren gezinszorg gepresteerd, het urencontingent bedroeg 13 604 589 uren en de programmatie bedroeg 16 390 981 uren.

Bron: Berekeningen Pacolet en Peetermans, HIVA K.U.Leuven op basis van Team Thuiszorg (2004), WVC Vlaanderen; Letont V. en Van Daele A. (2004), Proxima-project: de sector van de thuiszorg in het Waalse gewest, UMH.

Figuur 5.15 Gemiddeld aantal gepresteerde uren gezinszorg per 100 65+-ers in het Vlaamse en Waals Gewest



Bron: WVC Vlaanderen (2002), eigen berekeningen HIVA K.U.Leuven

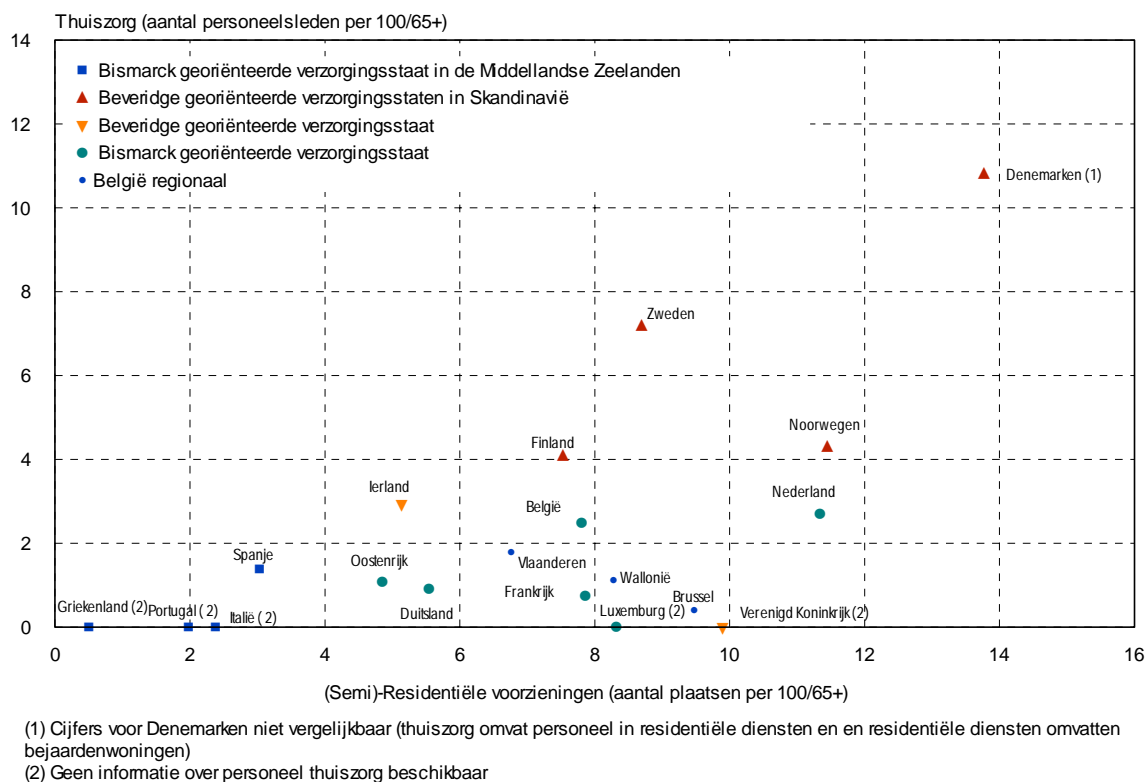
Figuur 5.16 Aantal uren gezinszorg en uren poetsdienst per 100 65+-ers in 2002 in Vlaanderen

1.3 Internationale vergelijking zorgaanbod

1.3.1 Thuiszorg of institutionele zorg of beide

In onderstaande grafiek vatten wij de uitbouw van de ouderenzorg samen in twee dimensies: enerzijds de residentiële en semi-residentiële voorzieningen in aantal plaatsen per 100 65+, anderzijds de extramurale zorg, m.n. het aantal personeelsleden in thuisverpleging en gezinszorg per 100 65+. Sommige landen kennen een relatief beter uitgebouwde institutionele zorg.

Uit deze vroegere Europese evidentie blijkt wel dat niet zelden landen kiezen voor beide vormen van zorg (Pacolet, Bouten, Versieck, Lanoye, 2001). Zowel thuiszorg als institutionele zorg wordt uitgebouwd en daar bovenop komen meer en meer systemen voor van ondersteuning voor de mantelzorger ('care allowance', 'payment for care'). In dit internationaal perspectief situeert België zich in het midden tussen thuiszorgoriëntatie en oriëntatie naar de institutionele zorg. In dit landschap is Vlaanderen al meer op de thuiszorg georiënteerd, terwijl Wallonië en Brussel meer op de residentiële zorg zijn gericht.



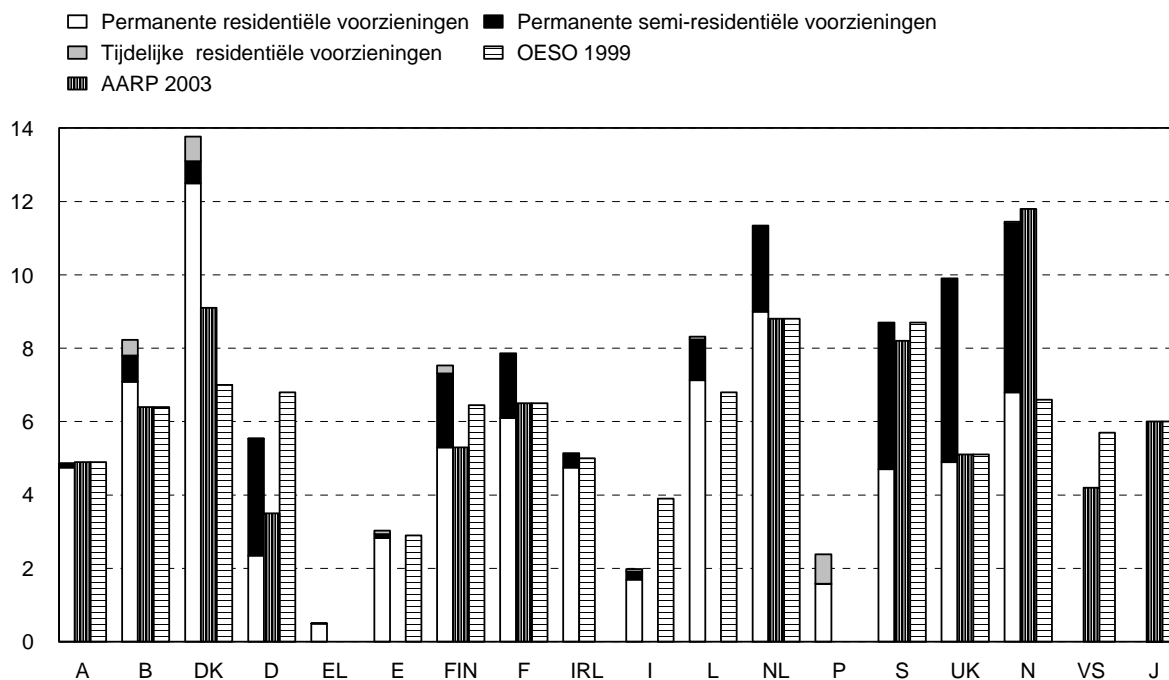
* Voor de gewestelijke cijfers (Vlaanderen, Wallonië en Brussel) werden de poetsdiensten niet meegerekend, voor België wel.

Bron: Pacolet, Bouten, Lanoye, Versieck, 1998

Figuur 5.17 Ontwikkeling van residentiële voorzieningen en thuiszorgdiensten voor ouderen in Europa

1.3.2 Internationale vergelijking institutionele zorg

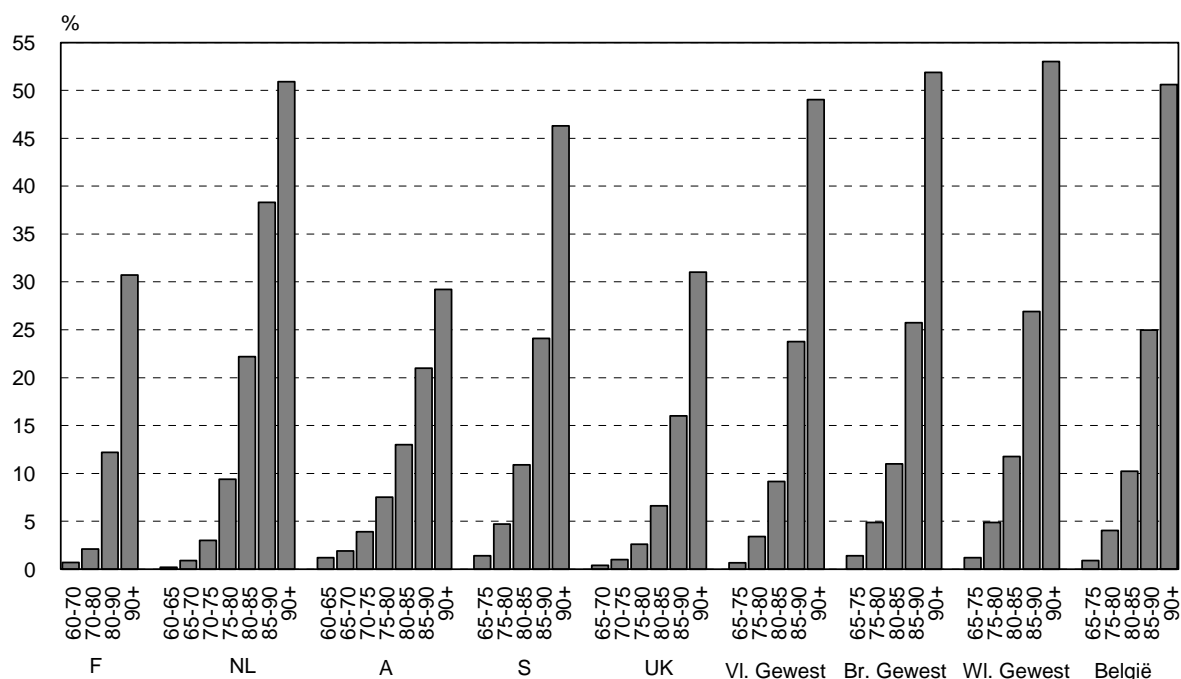
Meer recente informatie (bijvoorbeeld AARP, 2003 en OESO, 1999) over de residentiële voorzieningen bevestigen dat deze redelijk hoog zijn in België maar dat in nog een aantal landen als Nederland, Denemarken, Noorwegen de graad van institutionalisering hoog blijft. In sommige van deze landen is een politiek gevoerd van 'desinstitutionalisering' (ondermeer in Denemarken), wat blijkt uit de daling van het aantal plaatsen. Soms is dit ook maar een kwestie van definitie. Woonvormen voor ouderen ondermeer vergelijkbaar met de serviceflat of onze bejaardenwoningen worden niet meer als residentiële zorg beschouwd alhoewel zij er het karakter van behouden.



Bron: Pacolet, e.a. (1998), Jacobzone S. (1999), Gibson M.J. e.a. (2003)

Figuur 5.18 Aantal rusthuisbedden en permanente en tijdelijke (semi-) residentiële voorzieningen, per 100 65+-ers in de EU, Noorwegen, de Verenigde Staten en Japan, 1997-2003

Achter deze gemiddelde cijfers per land zit een verschil in leeftijdsstructuur van de 65+-ers. Daarom is een verder detail naar leeftijdsgroepen interessant voor een goede internationale vergelijking. In een recente haalbaarheidsstudie voor Eurostat wordt hierover informatie verstrekt voor een aantal landen. Wij vullen zij hierna aan voor België. Hieruit blijkt dat voor nagenoeg alle leeftijdsgroepen de institutionaliseringsgraad hoger ligt in Nederland in vergelijking met België, terwijl het niveau voor de 90+-ers vergelijkbaar is met dat land, alsmede met Zweden. In Frankrijk, Oostenrijk en het VK daarentegen is de institutionaliseringsgraad bij deze hoogbejaarde 90+-ers aanzienlijk lager (30% in plaats van 50%).



F=1998, NL=1999, A=2000, S=2000, UK=2000, België en de 3 gewesten=2003

Bron: S. Grammenos, Comparable statistics in the area of care dependent adults in the European Union, Eurostat 2003, p. 63 en berekening Pacolet en Cattaert op basis van gegevens RIZIV

Figuur 5.19 Procentueel aandeel afhankelijke personen die in een instelling verblijven, per leeftijdscategorie, verschillende EU-landen, België en de gewesten, 2000-2003

1.3.3 Internationale vergelijking thuiszorg

De internationale beschikbare cijfers over de thuiszorg zijn nog schaarser of minder gestandaardiseerd. Belangrijk is de informatie over het percentage gebruikers van de thuiszorg en het aantal beschikbare uren thuiszorg. Onder thuiszorg verstaan wij hier de boven opgesomde voornaamste diensten in de extramuraal zorg, voornamelijk thuisverpleging en gezinszorg - de laatste is de meest arbeidsintensieve - maar ook de overige professionele diensten kunnen niet vergeten worden. Onderstaande tabellen geven een paar indicatoren. Niet steeds is duidelijk welke omschrijving van thuiszorg is gehanteerd, ondermeer omdat in elke land de definitie of afbakening wel eens anders komt te liggen. Wel wordt bevestigd dat het volume thuiszorg in België relatief laag is in vergelijking met het volume zorg dat in andere landen verstrekt wordt. Zo raamden wij rond 1995 (Pacolet e.a., 2000) dat ongeveer 6 % van de ouderen gezinszorg krijgen, wat voor de totale groep 60+ een half uur zorg oplevert per week. In veel andere landen is dit niet zelden meer dan het dubbele. Ook over de thuisverpleging en de poetshulp hadden wij vroeger gestandaardiseerde informatie verzameld.

Tabel 5.5 Een internationale vergelijking van thuiszorg, gezinszorg en poetsdiensten, thuisverpleging, 2000, 2003

	Kremer (2000)			Pacolet et al. (2000)			Grammenos (2003)	
	Ontv. TZ ¹ in % 65+	Gemid. u / week	u / week op populatie 65+	TVP ² aantal pers. VTE / 100 65+	GZ ³ aantal pers. VTE / 100 65+	PD ⁴ aantal pers. VTE / 100 65+	Uren GZ / week per 65+	Ontv. TZ ¹ in % 65+
Denemarken	24,0	5,0	1,19					9
Verenigd Koninkrijk	5,5	5,2	0,31					5
Finland	12,0	1,5	0,28	0,93	1,76		0,54	8
Frankrijk	0,6	6,8	0,04	0,15	0,60		0,18	7
Duitsland	6,5				0,48-0,92		0,15-0,28	5
Nederland	9,5	3,8	0,34	0,6	2,00		0,62	10
Zweden	16,6	6,0	0,65		7,20		2,22	8
Ierland				0,34	2,60		0,80	4
Spanje				0,002	1,30		0,40	2
Noorwegen				4,3 ⁵	4,30 ⁵		1,32	
Oostenrijk				0,04	1,00	0,04	0,31	5
Portugal								1
Italië								3
Luxemburg								7
België				1,00	0,95	0,54 ⁶	0,29	5 ⁶

1 Ontv. TZ = Aantal ontvangers thuiszorg. 'Thuiszorg' wordt hier uiteenlopend gedefinieerd en kan zowel thuisverpleging als gezinszorg als poetsdienst omvatten.

2 TVP = Thuisverpleging

3 GZ = Gezinszorg

4 PD = Poetsdienst

5 Cijfer = thuisverpleging + gezinszorg

6 Cijfers geldig voor Vlaanderen

Bron: Kremer M. (2000), p. 9; Pacolet J. et al. (2000), p. 100-103 en 250-251; S. Grammenos (2003), p. 100

1.4 Ongedekte behoeften in België / Vlaanderen

1.4.1 Thuiszorg

Een aantal enquêtes vragen soms naar de mate dat alle behoeften bij de ouderen zijn gedekt en de graad van tevredenheid met de professionele dienstverlening. Uit internationaal onderzoek van de voorzieningen voor ouderen merken wij dat België eerder instellinggeoriënteerd is, terwijl sommige andere landen eerder thuiszorggeoriënteerd zijn. Het roept de vraag op: is thuiszorg onderontwikkeld?

Uiteenlopende ontwikkelingsniveaus tussen regio's en zelfs binnen de regio's voeden de hypothese dat thuiszorg meer kan uitgebouwd worden en daarmee een alternatief kan zijn voor de institutionele zorg.

De thuisverpleging stelt zich vragen over de stagnatie van de thuiszorgsector, en voor de gezinszorg was voor Vlaanderen recent een inhaalbeweging aangekondigd van ongeveer 20%, waarvoor achteraf echter geen voldoende budgettaire middelen bleken te zijn.

In onderstaande tabel geeft Grammenos (2003) een vergelijkend overzicht van de meest courante thuiszorgdiensten voor 5 Europese landen. Hoewel de definitie van de verschillende groepen kan verschillen, soms 60+, soms 65+, en ook het jaartal niet altijd hetzelfde is, zouden we toch voor een aantal thuiszorgdiensten de vraag kunnen stellen of ze minder ontwikkeld zijn dan in onze buurlanden. Dit komt het meest duidelijk tot uiting voor de verpleegkundige / persoonlijke zorg en voor de huishoudelijke hulp.

Tabel 5.6 Aantal personen dat hulp gebruikt volgens type van hulp, in % van dezelfde leeftijdsgroep

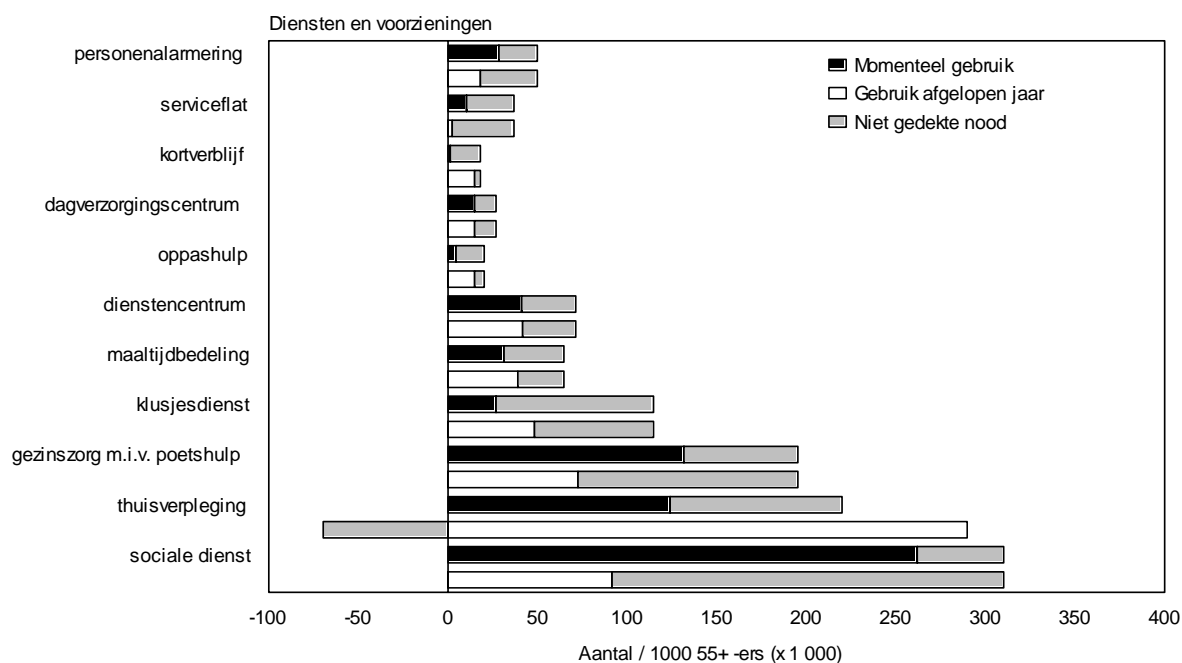
Definitie	België ¹		Oostenrijk		Finland		Zweden		Verenigd Koninkrijk	
	Alle personen	Personen met ADL-beperkingen 60+ 1997	Gebruikers thuiszorgdiensten 60+ 1995	Alle personen 65-84 2001	Alle personen 65+ 1996	Alle personen 65+ 1998	Alle personen	Afhankelijke personen ²		
Verpleegkundige/ persoonlijke zorg	4	13	10	14		5		19		
Medische zorg			8		17					
Huishoudelijke hulp	8	13	17			13		45		
Transport/mobiliteit				5	23					
Bezoek-/gezelschapsdienst	0	2	6							
Maaltijden aan huis	4	15	14	4	1	5		11		
Andere	5	12	23			3		11		

1 Cijfers hebben enkel betrekking op Vlaanderen, gebaseerd op Breda J. en Geerts J. 'Care dependency and non-medical care use in Flanders' Cit. in Grammenos (2003), p.104

2 Als afhankelijk definieert men hier het hulp nodig hebben om buitenshuis te gaan

Bron: S. Grammenos, 2003, Comparable statistics in the area of care dependent adults in the European Union, Eurostat

L. Vanderleyden en L. Vanden Boer (2004) rapporteren op basis van de LOVO-enquête (Leefsituatieonderzoek Vlaamse Ouderen) voor Vlaanderen de discrepantie tussen de nood aan thuiszorg en het momentele gebruik of het gebruik de afgelopen jaren van deze voorzieningen. Een enge en een ruime definitie (inclusief 'soms wel, soms niet nood aan een bepaalde dienst') van nood aan bepaalde diensten wordt gehanteerd. Tevens werd bevraagd of deze diensten thans gebruikt worden, of in het afgelopen jaar. Uit de enge definitie blijkt volgens de auteurs een redelijk goede overeenstemming tussen nood en gebruik. Uit de meer ruimere definitie van nood komt een licht ander beeld naar voren. Volgens de auteurs 'lopen de niet-gedekte noden iets hoger op' (Vanderleyden, Vanden Boer, 2004, p. 166). Behoeftte aan zorg en werkelijke zorgopname worden voor drie leeftijdsgroepen in beeld gebracht. Er is een duidelijke nood aan meer zorg naarmate de leeftijd stijgt. De meest gevraagde diensten zijn de sociale dienst, thuisverpleging, gezinszorg en de klusjesdienst. Maar als men de discrepantie bekijkt tussen de percentages van diegenen die hulp krijgen, en diegenen die verklaren dat zij 'nood hebben aan' deze hulp, dan is er bij de thuisverpleging voor alle leeftijdsgroepen toch de helft of $1/3^{\text{de}}$ te kort. Ook in de gezinszorg is er een aanzienlijke afwijking tussen diegenen die de zorg krijgen en de verstrekte hulp. Relatief beter is de beschikbaarheid voor maatschappelijk werk. Verhoudingsgewijs is er ook voor de minder frequent gevraagde klusjesdienst en de dienst warme maaltijden een grotere behoefte dan er aanbod is. In onderstaande grafiek doen wij een ruwe inschatting van het tekort op basis van deze cijfers. Voor sommige diensten is de behoefte aan zorg niet bij alle patiënten over het hele jaar aanwezig. Dit blijkt het geval voor de thuisverpleging waar er in de loop van een jaar wel is kunnen beroep gedaan worden op deze dienst, en zelfs meer dan de totale behoefte aan zorg. Verdere analyse van de discrepantie tussen de zorgopname in de loop van een jaar en de behoefte aan zorg in de loop van dat jaar kan uitsluitsel geven of er zich werkelijk een tekort voordeed.



- 1 De niet-gedekte nood is het verschil van de totale nood en respectievelijk het momentele gebruik of het gebruik het afgelopen jaar.

Bron: Eigen berekeningen HIVA/K.U.Leuven op basis van Vanderleyden L., Vanden Boer L. (2004) 'Zorg en ondersteuning'. In: Op Latere Leeftijd. De Leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen. CBGS

Figuur 5.20 Het momentele gebruik, het gebruik het afgelopen jaar en telkens de niet-gedekte nood¹ per dienst en voorziening, in absolute aantallen voor de populatie 55+-ers in Vlaanderen

Sommige nieuwe diensten, ook bedoeld voor meer zorgintensieve situaties, als dagverzorgingscentrum, kortverblijf en oppashulp zijn nog relatief nieuw, daardoor misschien minder bekend, richten zich op de zwaarst hulpbehoevenden en zijn nog 'in volle ontwikkeling' (Vanderleyden, Vanden Boer, 2004, p. 166). Andere studies (CM Studiedag Thuiszorg, Tijdschrift voor Welzijnswerk, 2004) tonen toch een onderbenutting aan (minder gebruik dan de programmering voorziet), wat bijvoorbeeld zou kunnen verklaard worden doordat vervoer naar de dagverzorgingscentra onvoldoende uitgebouwd is, of omdat de mogelijkheden onvoldoende bekend zijn. Vanden Boer en Vanderleyden (2004, p. 166) raden voor sommige van deze diensten dan ook een informatiecampagne aan bij de directe doelgroep, de hoogbejaarden.

De op basis van deze LOVO-enquête resultaten geraamde ongedekte zorg is niet in tegenspraak met de geplande stijging van de thuiszorg in Vlaanderen, terwijl ook de berekeningen voor de thuisverpleging deels een bevestiging inhouden van de mogelijkheid dat thuisverpleging op een hoger niveau wordt verstrekt dan nu het geval is (cf. cijfers Limburg met de rest van Vlaanderen).

1.4.2 Mantelzorg en formele zorg

De LOVO enquête geeft ook informatie over de niet-professionele zorg. Volgens de enquête stijgt de zelfzorg en de hulp van de partner blijft constant. Wij hadden een mogelijke stijging verwacht, omdat men nu vaker nog met partner leeft, maar misschien moet de mantelzorg niet stijgen, omdat de zelfhulp of zelfredzaamheid groter is. De hulp van kinderen daalt, wat bijvoorbeeld te verwachten is omdat men minder met kinderen samenwoont en misschien opnieuw ook omdat men er minder beroep op doet omdat er minder behoefte is. De voorkeur voor professionele hulp van buiten het gezin neemt toe naarmate men meer langdurige hulp nodig heeft, die zowel huishoudelijke hulp als hulp bij persoonverzorging kan zijn (Vanden Boer, Vanderleyden, 2004, p. 184). Hoe ouder men wordt hoe minder men hulp van huisgenoten wenst te aanvaarden (Ibidem, p. 185). Mannen hebben de voorkeur voor informele zorg, vrouwen meer voor formele zorg. De voorkeur (is het noodgedwongen?) voor professionele zorg stijgt naarmate men ouder wordt, of alleenstaande is.

In de literatuur is er blijkbaar een controverse of professionele zorg en mantelzorg complementair zijn, of substituten of gewoon een 'alternatief', wat zou wijzen op de expliciete keuze voor de ene of de andere zorgvorm (Ibidem, p. 190). In alle geval komen deze vaststellingen goed overeen met onze vroegere studies van de kostprijs van de thuiszorg, waarbij de mantelzorg minder te vinden is bij de persoonlijke verzorging, en waarbij voor ons de conclusie was dat het voorkomen van de mantelzorg vooral te verklaren is door het naakte feit of die persoon, de partner, inwonende kinderen, er al dan niet zijn (Spinnewijn, Pacolet, 1985). Indien die er niet zijn, moet professionele zorg ingeschakeld worden. Het feit dat zij sneller voor persoonlijke zorg gevraagd wordt, als die nodig is (huishoudelijke hulp is éérst nodig), wijst op de aard van de zorg die men liever toevertrouwt aan professionelen, maar kan ook te verklaren zijn doordat zij gemakkelijker beschikbaar is, tegen quasi geen remgeld (thuisverpleging).

Interessant tenslotte is de waardering voor deze diensten. Thuisverpleging wordt het positiefst gewaardeerd, met 94% van de huidige en vroegere gebruikers die zeggen dat de hulpverlening beantwoordt aan de verwachtingen, terwijl maar 1% helemaal niet tevreden is. De gezinszorg en sociale dienst beantwoorden voor 78% aan de verwachtingen, en 7% is niet tevreden. De minst goede dienst is de warme maaltijddienst die maar voor 44% beantwoordt aan de verwachtingen, terwijl voor zelfs 24% de verwachtingen helemaal niet werden ingelost (Ibidem, p. 167).

In een andere reeks vragen wordt nagegaan of men al dan niet persoonsverzorging of huishoudelijke hulp nodig heeft en dit op basis van de (P)ADL en HADL-schaal, en het werkelijke gebruik van formele en informele hulp. Uit onderstaande tabel blijkt dat 33% van de 55+-ers afhankelijk wordt voor huishoudelijke hulp, en 16% heeft persoonlijke hulp nodig. Deze cijfers liggen in de lijn van de verwachting: behoefte aan huishoudelijke hulp komt eerder dan

persoonlijke hulp. Opmerkelijk nu is dat van diegenen die zorg nodig zouden hebben, er een deel geen zorg krijgt en dit aandeel ligt zelfs hoger bij de persoonlijke ADL dan bij de HADL. Daarnaast is er bij diegenen die niet afhankelijk zijn echter een nog grotere groep die wel professionele zorg krijgt. Het dient verder onderzocht of hier een probleem van verkeerde allocatie van de zorg aan de orde is en of een betere selectiviteit er niet zou kunnen voor zorgen dat tekorten bij diegenen die wel hulp nodig hebben kan vermeden worden door zorg weg te nemen bij diegenen die er misschien minder behoefte aan hebben. Uiteraard laat deze tabel niet alle mogelijke determinanten van de zorgallocatie zien, en zou ook meer informatie moeten beschikbaar zijn over de zorgtijd.

Gelijkaardige enquêtes in Frankrijk reveleren nog een ander fenomeen: de zorg neemt toe naarmate de afhankelijkheid toeneemt, maar bij herstel van de zelfredzaamheid neemt de zorg in mindere mate af (S. Bressé, N. Dutheil, 2004, p.4). Er is blijkbaar een soort homeostase die het behoud impliceert van de reeds verkregen hulp, of misschien heeft de verstrekte hulp juist meer afhankelijk gemaakt. Naarmate de zorg ook meer gericht zal zijn op het herstel van onafhankelijkheid en zelfredzaamheid, kan deze asymmetrische impact misschien verdwijnen. Terloops weze vermeld dat ook in Frankrijk het onderzoek in deze context gericht is op het herstel van de onafhankelijkheid (Cambois E., 2004, te verschijnen).

Tabel 5.7 LOVO-enquêteresultaten gebruik persoonsverzorging en huishoudelijke verzorging

	Persoonsverzorging (ADL) N=2 308		Huishouden (HADL) N=2 283	
	% binnen categorie	% totaal	% binnen categorie	% totaal
Ja, hulp nodig		16		33
Krijgt momenteel geen hulp	17	2,72	7	2,31
Krijgt momenteel hulp	83	13,28	93	30,69
Enkel informele hulp	24	3,19	66	20,26
Enkel formele hulp	69	9,16	11	3,38
Formele en informele hulp	7	0,93	23	7,06
Totaal formele hulp	76	10,10	34	10,43
Neen, geen hulp nodig		84		67
Krijgt momenteel geen hulp	87	73,08	38	25,46
Krijgt momenteel hulp	13	10,92	62	41,54
Enkel informele hulp	20	2,18	80	33,23
Enkel formele hulp	79	8,63	9	3,74
Formele en informele hulp	1	0,11	11	4,57
Totaal formele hulp	80	8,74	20	8,31

Bron: Vanden Boer L., Tien vragen over zorg, vanuit ouderenperspectief, bijlage 5 en 6

1.4.3 Residentiële zorg

Objectieve informatie over het tekort aan rusthuisbedden is niet voorhanden, omdat er geen centrale wachtlijsten bestaan, en ook dan zou de interpretatie met de nodige omzichtigheid dienen te gebeuren omdat er een correctie dient te gebeuren van zich preventief inschrijven op een wachtlijst en de werkelijke noodzaak om in een rusthuis opgenomen te worden.

Wij bespraken al de bruikbaarheid van de informatie in de LOVO-enquête.

Een meer recente studie van UFSIA en ULg (Breda en Wunsch, 2002) bevat ook enige informatie van een bevraging bij de OCMW's en bij de rusthuizen over niet vervulde behoeften en wachtlijsten.

Wij merken vooreerst een veel groter gebruik van de OCMW-diensten in de thuiszorg op in Vlaanderen dan in Wallonië. Merk op dat het relatieve aandeel van de OCMW's lager is in Vlaanderen dan in Wallonië. Toch constateren wij een grote uitbouw van de diensten in Vlaanderen, en tevens een grotere selectiviteit naar de ouderen toe. Thuisverpleging, gezinszorg en poetsdienst zijn in Vlaanderen voor ongeveer 80% gericht naar de ouderen toe (Breda, Wunsch, 2004, p. 29), terwijl dit voor Wallonië eerder 60% is. Het wijst tevens op een grotere selectiviteit. Merkwaardig is verder dat het aantal personen die moeten wachten vooral aanzienlijk is in de huishoudelijke hulp (poetsdienst - aide menagère) en daar effectief kan oplopen tot 10% tegen maar 5% in Wallonië. Het gevolg van deze blijkbaar aanzienlijk hogere vraag naar professionele diensten in Vlaanderen in vergelijking met Wallonië is dat ook de wachttijd voor deze hulp aanzienlijk verschilt: voor gezinszorg en poetsdienst in Vlaanderen respectievelijk 64 en 117 dagen, tegen in Wallonië maar 21 respectievelijk 37 dagen. Poetsdiensten zijn voor ouderen iets vlugger beschikbaar (zie detail in tabel hierachter).

Naarmate de zorg goed is uitgebouwd neemt de vraag verder toe en riskeert men ook langere wachttijden te hebben (Vlaanderen in vergelijking met Wallonië). Het valt verder op dat wachttijden onverwacht lang zijn voor diensten als poetshulp waarvoor er toch geen rantsoenering is in de publieke financiering, en er ook geen 'bottlenecks' te verwachten zijn in beschikbare beroepskrachten gezien de hoge vrouwelijke werkloosheid. Ook bij de personenalarmsystemen, wat toch een laagdrempelige technologie is, vallen lange wachtlijsten op in Vlaanderen. Deze verschillen dienen verder onderzocht, o.m. naar de impact van socio-economische factoren als inkomen en werkloosheid op de vraag naar professionele zorg.

Tabel 5.8 Schatting van het aantal personen geholpen door OCMW-diensten en door toeleveranciers (aantal dossiers). Aantal wachtende personen en gemiddelde wachttijd in dagen voor deze diensten op 31/12/2001 (dossiers in behandeling) voor België, Vlaanderen en Wallonië

	Aantal geholpen personen		Aantal wachtende personen		Aantal v. geholpenen		Aantal v. geholpenen		Gemiddelde wachttijd	
	Alle leeftijden	65 j. en meer %	Aantal	% v. geholpenen	Aantal	% v. geholpenen	Aantal	% v. geholpenen	Alle leeftijden	65 j. en meer
België										
Verpleegkundige zorgen	9 478	60	19	0,20	19	0,20	0,20	0,20	27,1	27,1
Gezins hulp	14 308	63	350	2,45	266	1,86	1,86	1,86	45,58	32,89
Poets hulp	27 014	82	2 297	8,50	1 710	6,33	6,33	6,33	107,64	102,99
Klusjes dienst	4 284	71	348	8,12	157	3,66	3,66	3,66	81,3	35,24
Boodschappendienst	532	56	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0	0
Maaltijdverdeling	52 671	54	0	0,00	24	0,05	0,05	0,05	0,9	2,96
Personenalarmsysteem	6 677	52	63	0,94	62	0,93	0,93	0,93	41,75	31,39
Oppas dienst	469	67	20	4,26	20	4,26	4,26	4,26	3	3
Vervoer dienst	6 318	64	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0,8	5,29
Uitlening medisch materiaal	410	2	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0	0
Dagcentrum	18 566	10	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0	0
Vlaanderen										
Verpleegkundige zorgen	670	78	9	1,34	9	1,34	1,34	1,34	18	18
Gezins hulp	5 880	78	275	4,68	201	3,42	3,42	3,42	63,6	43,2
Poets hulp	23 777	84	2 148	9,03	1 658	6,97	6,97	6,97	117,9	114,3
Klusjes dienst	3 701	71	348	9,40	157	4,24	4,24	4,24	103,2	57,1
Boodschappendienst	183	82	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0	0
Maaltijdverdeling	14 374	59	0	0,00	2	0,01	0,01	0,01	1,5	5,9
Personenalarmsysteem'	2 883	86	62	2,15	59	2,05	2,05	2,05	67,7	41,1
Oppas dienst	72	89	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	1	1
Vervoer dienst	5 807	66	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	1,7	18,5
Uitlening medisch materiaal	11	73	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0	0
Dagcentrum	12 405	49	0	0,00	0	0,00	0,00	0,00	0	0

Tabel 5.8 Schatting van het aantal personen geholpen door OCMW-diensten en door toeleveranciers (aantal dossiers). Aantal wachtende personen en gemiddelde wachttijd in dagen voor deze diensten op 31/12/2001 (dossiers in behandeling) voor België, Vlaanderen en Wallonië. Vervolg

	Aantal geholpen personen		Aantal wachtende personen		Aantal wachtende personen		Gemiddelde wachttijd	
	Alle leeftijden	65 j. en meer %	Alle leeftijden	65 j. en meer % v. geholpenen	Alle leeftijden	65 j. en meer % v. geholpenen	Alle leeftijden	65 j. en meer
	Aantal		Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal	Aantal dagen
Wallonië								
Verpleegkundige zorgen	7 829	62	70	0,89	50	0,64	10	10
Gezins hulp	8 154	52	161	1,97	86	1,05	21,5	20,3
Poets hulp	3 031	68	184	6,07	35	1,15	36,7	23,7
Klusjes dienst	583	77	0	0,00	0	0,00	13	9,33
Boodschappendienst	335	45	122	36,42	100	29,85	0	0
Maaltijdverdeling	29 804	67	104	0,35	100	0,34	1,5	3
Personenalarmsysteem	1 291	*	70	5,42	50	3,87	6,5	4,8
Oppasdienst	333	75	0	0,00	0	0,00	20	20
Vervoerdienst	511	76	0	0,00	0	0,00	0	3
Uitlening medisch materiaal	391	33	0	0,00	0	0,00	0	0
Dagcentrum	26	100	0	0,00	0	0,00	0	0

1 Ter vergelijking op 31/12/2002 waren er in Vlaanderen bij de Christelijke Mutualiteiten 9 808 personenalarmsystemen uitgeleend

2 Geen cijfer beschikbaar

Bron: Enquête thuiszorg, 2002 Instituut de démographie UCL, In: Breda e.a. (2002), Zorgbehoevende ouderen tussen thuiszorg en residentiële zorg

Ook over de residentiële zorg bevat deze studie enige indicatie over tekorten, met name via de informatie over de wachtlijsten. Afgezien van het feit dat personen op twee of meer wachtlijsten konden ingeschreven zijn, biedt deze analyse toch enige originele informatie.

Wij vatten haar samen in onderstaande tabel. Voor de drie gewesten zien wij vooreerst het aantal ROB- en RVT-bedden en de capaciteitsbezetting per gewest. Deze is in Brussel het laagst (88%), hoger in Wallonië en het hoogst in Vlaanderen. Opnieuw moet deze ratio voorzichtig geïnterpreteerd worden aangezien het kan illustreren, in Brussel bijvoorbeeld, dat de capaciteit niet meer aangepast is aan de moderne comfortnaden zodat bijvoorbeeld meerpersoonskamers toch maar met één persoon zijn bezet (Breda, Wunsch, 2004, p. 171). Interessante informatie is verder het aantal personen dat op een wachtlijst stond voor een ROB- of RVT-bed (het is onduidelijk voor deze laatste of zij ondertussen al in een ROB-bed zijn opgenomen). In totaal zouden er in de enquête 31 128 personen wachtende zijn, terwijl er een beschikbare capaciteit is van 80 462 bedden in de steekproefpopulatie, wat betekent dat er ongeveer 40% wachtende zijn. Een verdere analyse van deze of vergelijkbare informatie dringt zich op maar toch kunnen wij deze cijfers niet dramatiseren, zoals in het recente verleden bepaalde persberichten lieten vermoeden (per vrijgekomen plaats zouden er x aantal wachtenden zijn). Er zijn onder deze wachtende dubbeltellingen, en vermoedelijk zijn deze wachtenden ook diegenen die elke jaar zich komen aandienen om de plaats in te nemen van de vrijgekomen bedden. De gemiddelde duur dat men in een rusthuis is opgenomen wordt immers zeer kort (3,5 jaar), wat een aanzienlijke instroom van nieuwe bewoners veronderstelt (jaarlijks ongeveer 30%).

Onderstaande tabel toont aan dat de gemiddelde verblijfsduur in de rusthuissector immers beperkt is, en ook korter schijnt te worden (exacte informatie ontbreekt) omdat men steeds later naar het rusthuis gaat (zou kunnen berekend worden op basis van RIZIV-informatie om generatie-effecten te observeren). De gemiddelde verblijfsduur is 42 maanden of 3,5 jaar met een iets kortere duur (40 maanden) in Vlaanderen en een iets langere duur in Wallonië en Brussel (44 maanden of een trimester- in feite niet onbelangrijk want het betekent een verblijfsduur die 10% langer is). Gezinsituatie, morbiditeit, mantelzorgnetwerk, kunnen dit verschil verklaren. Maar ook beschikbaarheid van professionele thuiszorg zou een verklaring kunnen bieden. Ook kan een kosten-baten studie gemaakt worden wat deze 10% langere verblijfsduur kost in vergelijking met meer professionele thuiszorg.

Het feit dat Vlaanderen een kortere verblijfsduur heeft, en een grotere bezettingsgraad, zou kunnen wijzen op een relatief groter tekort aan residentiële plaatsen. In de studie van Breda en Wunsch (2004) wordt effectief dergelijke noord-zuid gradiënt gesuggereerd. Meer gemeenten in Vlaanderen gaven een relatief groter percentage wachtenden aan dan in Wallonië. Maar opnieuw, het

kan een cultureel verschil zijn dat men in Vlaanderen meer vooruitziend is om naar een plaats te informeren. Een andere hypothese kan zijn dat ook een goed beschikbare mantelzorg en professionele thuiszorg, de alertheid voor een tijdige opname in een residentiële zorgvoorziening kan doen toenemen.

Tabel 5.9 Aantal bedden ROB/RVT, bezettingsgraad en gemiddelde verblijfsduur

	Totaal aantal bedden	Bezettingsgraad	Gemiddelde verblijfsduur	
			in maanden	in jaar
Steekproef	80 462	94,6	41,7	3,5
Regio's				
Brussel hoofdstad	8 264	88,4	44,4	3,7
Vlaanderen	45 086	97,1	40,1	3,3
Wallonië	27 278	94,0	44,2	3,7

Bron: Enquête MR/MRS 2001-2002, Institut de démographie UCL, Louvain-La-Neuve. In: Breda e.a. (2002), Zorgbehoevende ouderen tussen thuiszorg en residentiële zorg

Tabel 5.10 Aantal personen wachtend op een ROB of RVT-bed

Type bed	Aantal personen	Na proportionele verdeling van de niet-gespecificeerde bedden
ROB-bedden	17 197	20 531
RVT-bedden	8 875	10 597
Niet-gespecificeerde bedden	5 056	
Totaal	31 128	31 128

Totaal aantal personen ingeschreven op wachtlijst / aantal personen in steekproef ROB-RVT=38,69%

Bron: Enquête MR/MRS 2001-2002, Institut de démographie UCL, Louvain-La-Neuve. In: Breda e.a. (2002), Zorgbehoevende ouderen tussen thuiszorg en residentiële zorg

Het feit dat in Wallonië en Brussel nog relatief meer meerpersoonskamers bestaan (zie verder), kan ook meebrengen dat er nog een reservecapaciteit is die in Vlaanderen niet meer bestaat. Maar in een zorgsysteem dat zijn kwaliteit wenst te verbeteren hebben deze meerpersoonskamers minder en minder een plaats.

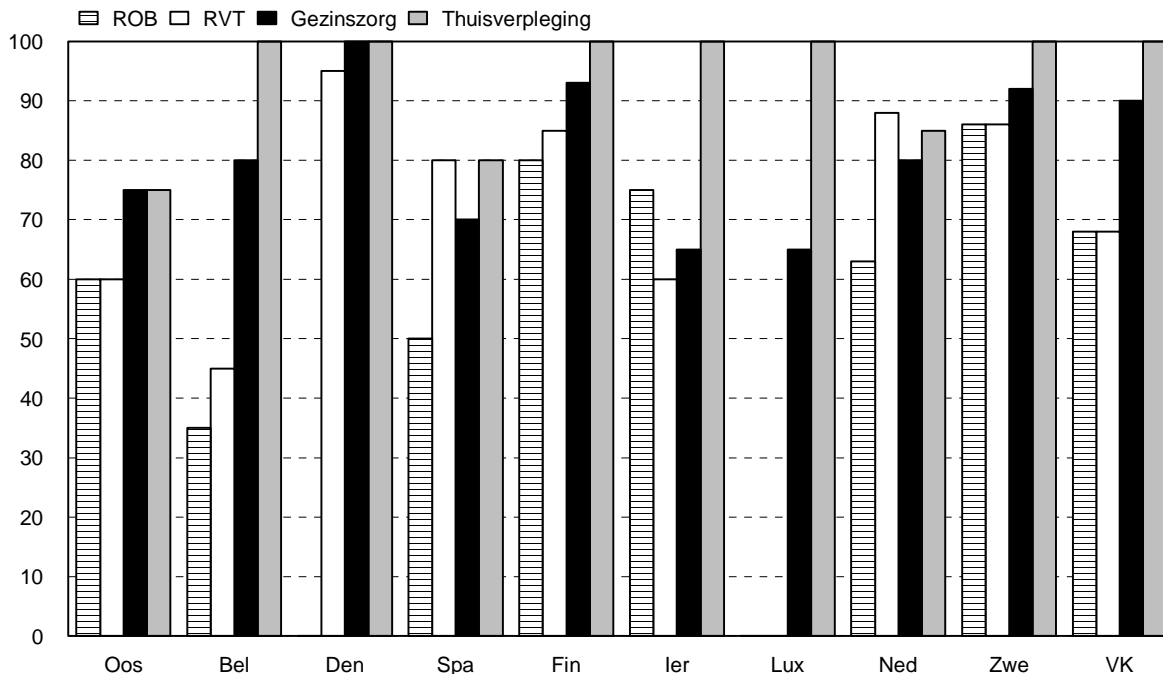
2. Toegankelijkheid en betaalbaarheid

'Ik vond het frappant om te zien wat een enorm onderscheid er vroeger werd gemaakt tussen de patiënten - ze werden ingedeeld in vier klassen met grote verschillen wat betreft

luxe en extraatjes. Vandaag wordt iedereen gelijk behandeld' (Gerda Ceulenaere in Campuskrant K.U.Leuven, 1 september 2004, over tentoonstelling 75 jaar Universitaire Ziekenhuizen in Leuven).

2.1 Financiering en betaalbaarheid

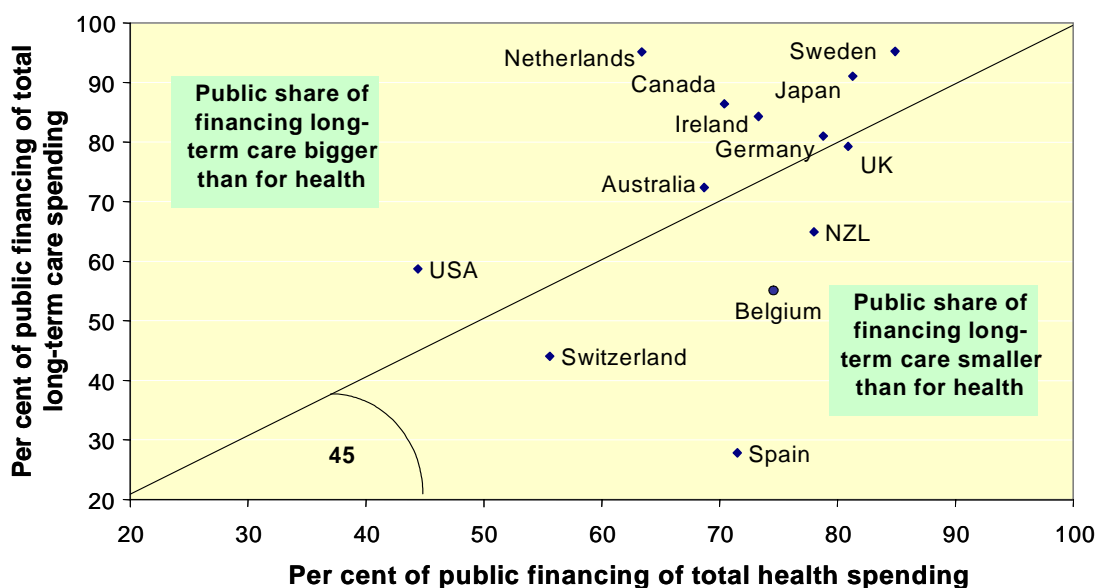
De meest typische ouderenvoorzieningen zijn hieronder in beeld gebracht wat betreft de mate dat de financiering door de overheid of de sociale zekerheid wordt gedragen, of dat er aanzienlijke remgelden of eigen bijdragen bestaan. België wordt vergeleken met een aantal EU-landen. Wij merken op dat de publieke financiering in België goed is voor de thuiszorg. De thuisverpleging is zelfs volledig collectief gefinancierd. Bij de gezinszorg zijn er inkomensgemoduleerde eigen bijdragen, waar zich vooral problemen kunnen stellen bij intensieve zorgbehoefte en langdurige zorg (zie Bouten, Hedebouw). Het is met name in de residentiële voorzieningen dat de dagprijs in België betaald door de bewoner een groot deel van de totale kostprijs moet dekken. Dit is veel minder tot bijna niet (bijvoorbeeld in de Scandinavische landen) het geval in het buitenland. Hier situeert zich een manifest probleem van collectieve onderverzekering voor deze kost van de oude dag.



Bron: Data uit nationale rapporten, zie hoofdstuk over diensten voor ouderen in Pacolet, Bouten, Lanoye en Versieck, 2000

Figuur 5.21 De financiering van de diensten voor ouderen: publieke financiering, als een percentage van de totale kost, rond 1995

Een recente studie van de OESO (Hennessy, Huber, 2004, te verschijnen) bevestigt deze vaststelling. De auteurs maken een vergelijking tussen de eigen bijdragen in de ziekteverzekering en in de zogenaamde LTC en komen tot de vaststelling dat de publieke financiering doorgaans lager is in de LTC dan in de gezondheidszorg omdat zij voor de betrokkenen blijkbaar een moeilijker zelf te dragen risico is (landen liggen meestal boven de diagonaal in onderstaande figuur). Wij voegen België zelf toe in deze grafiek en stellen vast dat voor de ouderenzorg dit aandeel beneden de financiering in de (rest van) de ziekteverzekering ligt m.n. voor de rusthuissector.



Bron: Hennessy, Huber, 2004, OESO en aanvulling door HIVA K.U.Leuven van België

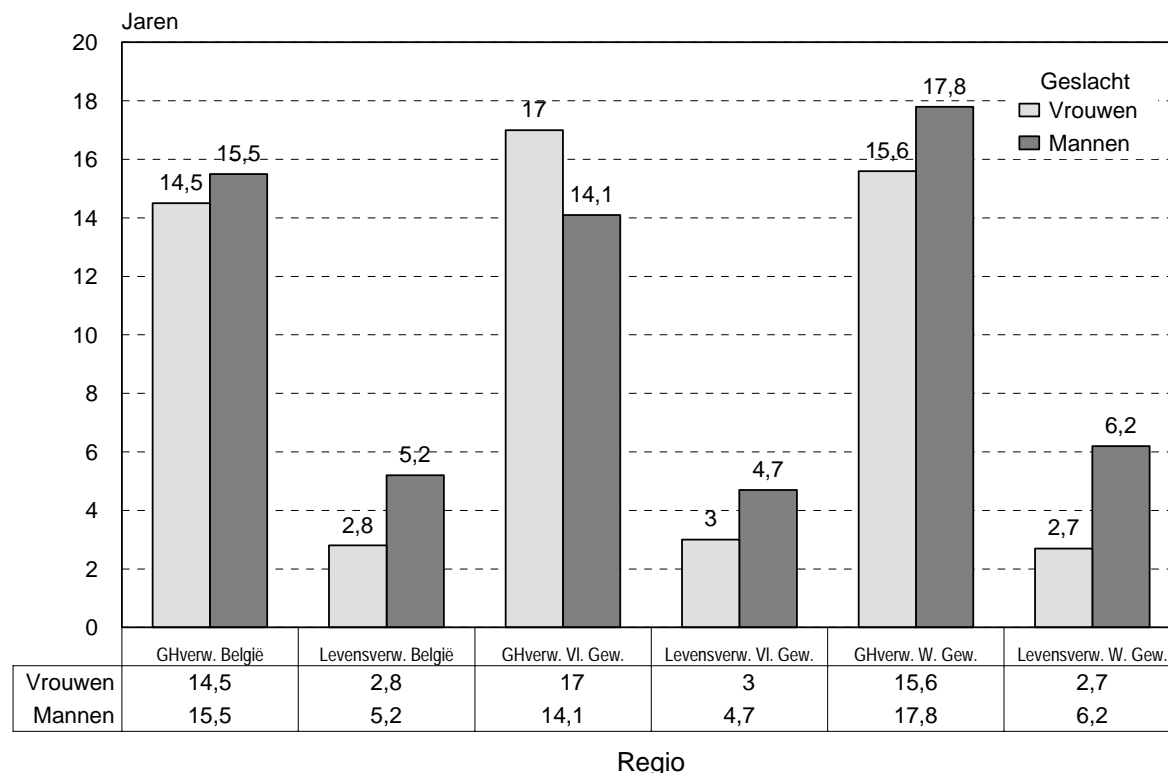
Figuur 5.22 De private-publieke financieringsmix in de gezondheidszorg en de 'LTC'

2.2 'Arm maakt ziek'

Wanneer we het hebben over toegankelijkheid van onze gezondheidszorg is een belangrijk aandachtspunt de minder goede gezondheidstoestand bij de lagere socio-economische groepen van onze bevolking.

Zo kunnen we uit onderstaande figuur afleiden dat er op de leeftijd van 25 jaar al een groot verschil bestaat inzake levensverwachting en

gezondheidsverwachting² tussen het hoogste en het laagste opleidingsniveau. Bovendien blijken deze verschillen vooral voor mannen groter te zijn.



Bron: Belgisch Nationaal actieplan sociale insluiting 2003-2005

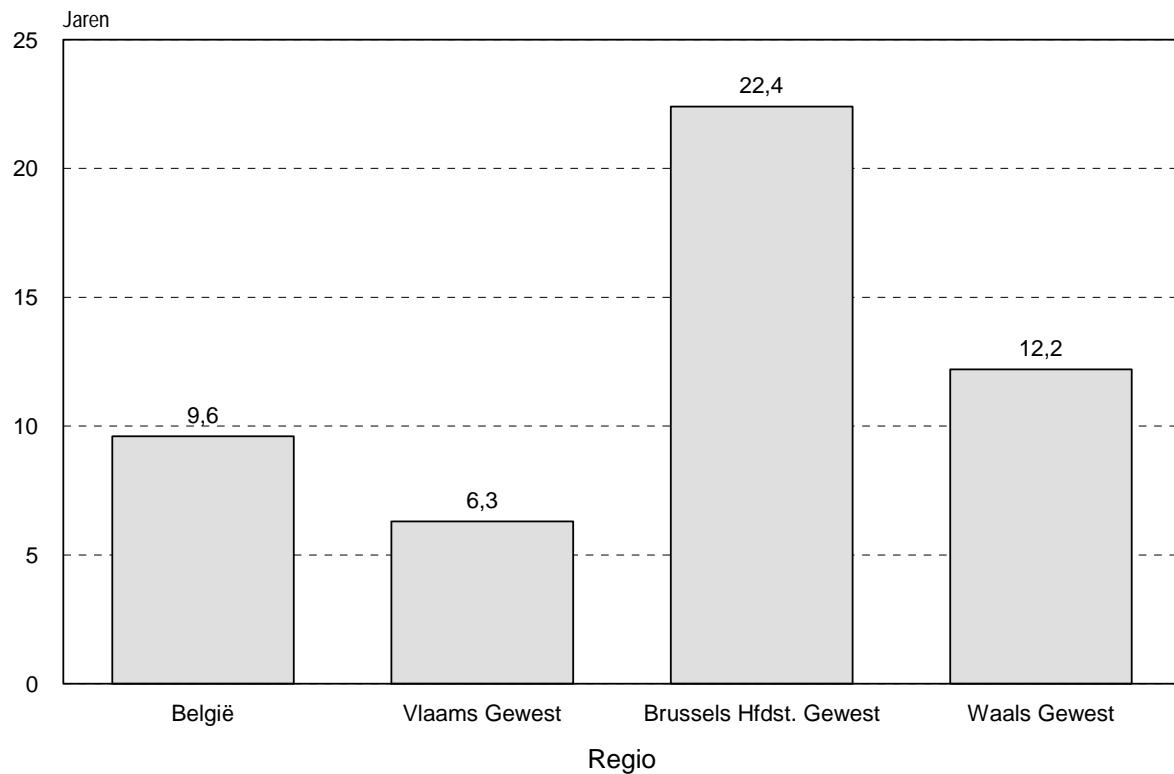
Figuur 5.23 Verschil in gezondheids- en levensverwachting (in jaren) op 25 jaar tussen personen met het laagste en het hoogste opleidingsniveau naar geslacht en naar regio 1991-1996/1997

Bovendien blijkt (zie onderstaande figuur) dat in 2001 gemiddeld 9,6% van de bevolking het voorbije jaar gezondheidszorgen heeft moeten uit- of afstellen omwille van financiële redenen. Dit percentage blijkt hoger te liggen in het Waalse gewest (12,2%) en in het Brussels Hoofdstedelijk Gewest (22,4%).

Wanneer we opnieuw het al dan niet uit- of afstellen van gezondheidszorgen bekijken in functie van de activiteitenstatus, zien we dat de percentages het hoogst zijn bij de zieken/invaliden (32,7%) en de werklozen (20,2%), gevolgd door andere inactieven (10,8%) en gepensioneerden (7%), en tot slot de werkenden waar 6,5% van de personen stelt dat ze in het afgelopen jaar gezondheidszorgen heeft moeten uit- of afstellen. Het zou wenselijk zijn dat in de toekomst deze informatie verder

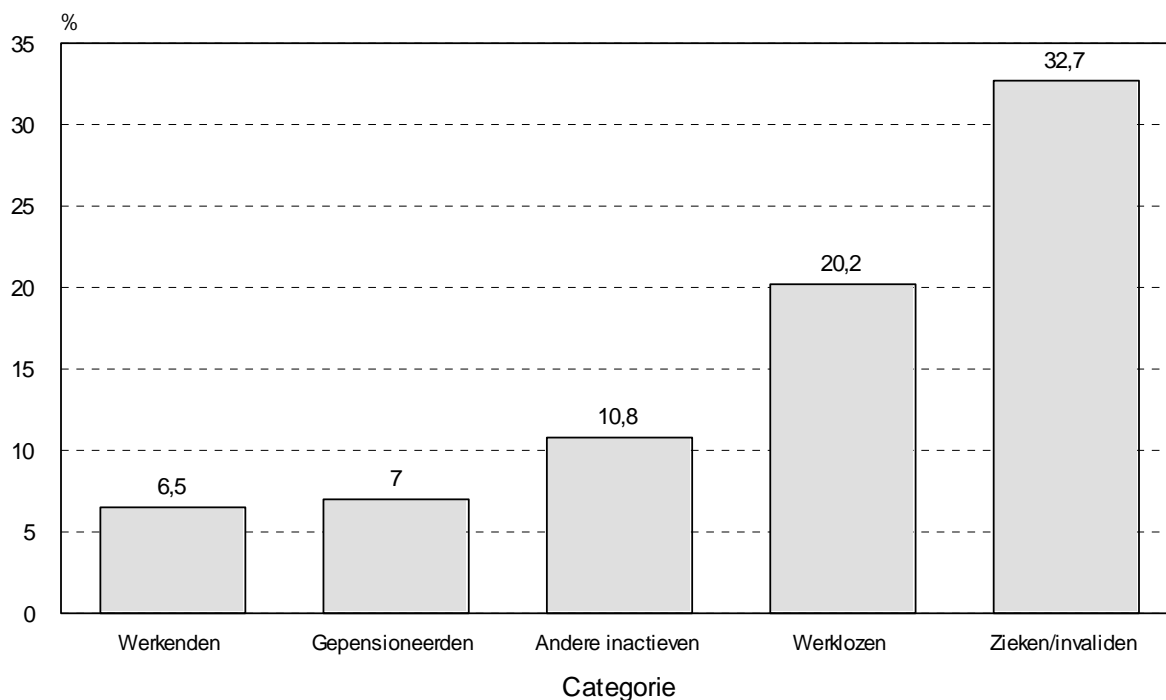
² De gezondheidsverwachting is een schatting van het aantal jaren die men nog kan leven in goede gezondheid op een bepaalde leeftijd. De indicator wordt berekend aan de hand van enerzijds mortaliteitsgegevens van een populatie en anderzijds gegevens over het voorkomen van morbiditeit in die populatie.

gedifferentieerd wordt naar leeftijdsgroepen, zodat ook het Belgisch Nationaal Actieplan Sociale Insluiting een leeftijdsspecifieke dimensie krijgt. De toegankelijkheid van de zorg kan gevrijwaard worden door de sociale franchise en de maximumfactuur.



Bron: Belgisch Nationaal actieplan sociale insluiting 2003-2005

Figuur 5.24 Percentage personen die leven in een huishouden waar de referentiepersoon en/of enig ander lid van het huishouden in het voorbije jaar gezondheidszorgen heeft moeten uit- of afstellen om financiële reden



Bron: Belgisch Nationaal actieplan sociale insluiting 2003-2005

Figuur 5.25 Percentage personen (15 jaar +) die leven in een huishouden waar de referentiepersoon en/of enig ander lid van het huishouden in het voorbije jaar gezondheidszorgen heeft moeten uit- of afstellen om financiële redenen naar activiteitenstatus, België, 2001

2.3 Van sociale en fiscale franchise over maximumfactuur in België naar deze in Vlaanderen

2.3.1 Regelgeving

Het moduleren van remgelden en franchise in functie van enerzijds draagkracht en anderzijds het vrijwaren van de toegankelijkheid van zowel de eerste zorg (preventieve karakter) als de langdurige zorg, is al lang een punt van discussie. (Zie o.m. in de jaren '80 in België: Pacolet, Wouters, Decoster, Nicaise). Het differentiëren tussen WIGW en PUG is één voorbeeld maar blijkbaar onvoldoende om de toegankelijkheid te vrijwaren door een cumulatie van remgelden.

In 1994 werd het systeem van de sociale en fiscale franchise ingevoerd met als hoofdbedoeling voor sociaal zwakkeren de financiële toegankelijkheid van de ziekteverzekering te vergroten. Begin de jaren '90 waren er immers diverse verhogingen geweest van de eigen bijdragen in de ziekteverzekering.

De **Sociale Franchise** voorzag in een beperking van het remgeld voor personen met een WIGW-statuut³ tot zo'n 372 euro (15 000 BEF). Dit wil zeggen dat bij het bereiken van dit bedrag de verzekerde gedurende dat lopende kalenderjaar voor de resterende gezondheidszorgen een terugbetaling van 100 % genoot. Voor de berekening van het drempelbedrag werden wel niet de eigen bijdragen voor geneesmiddelen of de eigen bijdragen voor het verblijf in een ROB, RVT, PVT of voorziening voor beschut wonen opgenomen.

De **Fiscale Franchise** was bedoeld voor alle fiscale gezinnen voor wie er een fiscale vrijstelling was voorzien van het remgeld dat gerelateerd was aan het bruto-inkomen. Zo waren er 4 inkomenscategorieën bepaald waarvoor telkens een ander drempelbedrag werd voorzien. Gaande van de laagste inkomensklasse: van 0 tot 13 336,65 euro belastbaar bruto-inkomen met een drempelbedrag van 372 euro (idem als sociale franchise) tot de hoogste inkomensklasse: vanaf 34 977,76 euro met een drempelbedrag van 1 239,47 euro. Het bedrag dat aan remgelden werd betaald boven het drempelbedrag, kon dan via een aftrek bij het indienen van de belastingsaangifte worden gecupereerd. Deze terugbetaling door de fiscus heeft wel tot gevolg dat men ongeveer twee jaar moest wachten op de terugbetaling van zijn remgelden. Het RIZIV zorgde achteraf voor de terugbetaling aan de fiscus.

Het systeem van de sociale en fiscale franchise werd vervangen door de wet van 5 juni 2002, die het systeem van de maximumfactuur (MAF) invoerde. De regeling van de MAF is net zoals de sociale en fiscale franchise een beschermingsmaatregel tegen een cumulatie van kosten voor geneeskundige verstrekkingen, waarbij men voorziet in een beperking van de uitgaven voor deze verstrekkingen i.f.v. het inkomen. In het systeem van de MAF zijn er drie subsystemen voorzien:

- De **sociale MAF**: voor gezinnen die behoren tot een sociale categorie (met een snelle terugbetaling door het ziekenfonds);
De sociale MAF is van toepassing wanneer een van de rechthebbenden van een gezin behoort tot een sociale categorie zoals het recht op de verhoogde tegemoetkoming, het recht op een tegemoetkoming voor gehandicapten, ... Voor dergelijke gezinnen bedraagt het remgeldplafond 450 euro.
- De **inkomens MAF**: voor gezinnen met een laag of bescheiden inkomen (eveneens snelle terugbetaling door het ziekenfonds);
Met een laag inkomen bedoelt men gezinnen met een netto-belastbaar inkomen tot 13 956,17 euro. Zij hebben ook een remgeldplafond van 450 euro. Met een bescheiden inkomen bedoelt men gezinnen met een inkomen van 13 956,18 euro tot 21 455,00 euro. Voor hen is er een remgeldplafond voorzien van 650 euro.

³ Bij de invoering van de Sociale Franchise werd het WIGW-statuut enkel toegekend aan weduwen, invaliden, gepensioneerden en wezen met een laag inkomen. Sinds 1997 werden echter ook andere groepen in het WIGW-statuut opgenomen o.a. bestaansminimumtrekkers en werklozen.

- De **fiscale MAF**: voor gezinnen die niet tot de twee voorgaande categorieën behoren (met een uitgestelde terugbetaling door de fiscus).

Men voorziet hier 6 inkomensklassen, waarbij bijvoorbeeld de hoogste inkomensklasse begint vanaf 51 658,66 euro. Voor hen is er een remgeldplafond van 2 500 euro.

Wat nieuw is, is dat in het systeem van het MAF ook de remgelden voor geneesmiddelen uit de categorie A, B en C worden meegerekend voor het bepalen van het totale remgeld. Ook voor kinderen en chronische zieken zijn er aparte voorzieningen binnen de MAF waardoor ze sneller onder het systeem van de sociale MAF kunnen vallen (CM, 2003).

Wat ook nieuw is, is dat men het inkomen van het ‘feitelijk gezin’ (ook wel het ‘sociologische gezin’ genoemd) in rekening neemt in plaats van het ‘mutualistisch gezin’, dit zijn alle personen die onder één dak wonen zoals blijkt uit het Rijksregister van de natuurlijke personen.

Ook op **Vlaams niveau** denkt men aan het invoeren van een maximumfactuur. Zo wil volgens het recente Vlaamse regeerakkoord Vlaanderen een toereikend, efficiënt, effectief en voor iedereen toegankelijk, betaalbaar en kwaliteitsvol zorgaanbod waarborgen. Eén van de actiepunten hieromtrent is ‘het werken aan de gefaseerde invoering van een maximumfactuur voor zorg die beschermt tegen onaanvaardbaar hoge kosten in vergelijking met de draagkracht’. Men wil dit laten gepaard gaan met de controle van de gebruikersprijzen in de zorg.

Tevens stelt de Vlaamse overheid in haar regeringsverklaring dat de financiële ontwikkelingen in de zorgverzekering nauwlettend zullen opgevolgd worden zowel wat de inkomsten als wat de uitgaven betreft. Men wil hierbij rekening houden met het feit dat de ‘financieringswijze via bijdragen haar limiet bereikt heeft’ (Vlaams regeerakkoord, 2004).

Wij zullen in volgend hoofdstuk de totale remgelden in de gezondheidszorg en de ouderenzorg ramen, en komen tot de vaststelling dat m.n. in de RIZIV-berekeningen de dagprijs voor de rusthuissector niet eens wordt berekend en blijkbaar niet wordt beschouwd als een remgeld. Qua omvang is deze post alleen al (dagprijs voor ROB en RVT) even groot als de overige remgelden in de gezondheidszorg. De uitdaging voor de MAF zal dan ook zijn of men naar de toekomst toe deze belangrijke post in de ouderenzorg al dan niet zal mee nemen. Het alternatief is dat men dit als een ‘niet-medische’ kost beschouwt. Dan zal de uitdaging voor de Vlaamse Overheid bijvoorbeeld zijn of deze kost in haar ‘perimeter’ van de maximumfactuur zal kunnen opgenomen worden.

2.3.2 De effectiviteit van de MAF

De omvang van de uitgaven voor sociale en fiscale franchise bedroegen in 2001 in totaal zo’n 49 miljoen euro (cf. onderstaande tabel).

Tabel 5.11 Terugstorting van het remgeld in het kader van de sociale en fiscale franchise (in duizenden euro)

	1998	1999	2000	2001
Sociale franchise	17 754	17 157	18 223	23 622
Fiscale franchise		26 703	25 069	25 464
Totaal		43 860	43 292	49 086

Bron: RIZIV dienst voor geneeskundige controle (2004), Statistieken van het RIZIV, www.Riziv.be

De uitgaven voor de sociale en fiscale franchise waren beduidend lager dan de huidige uitgaven van de maximumfactuur. In 2003 bedroegen de totale Riziv-uitgaven voor de MAF (dus de sociale en de inkomensMAF, zonder de fiscale MAF) zo'n 150 miljoen euro (zie onderstaande tabel). Dit heeft ondermeer te maken met het feit dat de kosten die in aanmerking worden genomen zijn uitgebreid tot de medicatie (categorie A en B, en vanaf 2003 ook categorie C) en zorgen zoals opname in een psychiatrische voorziening.

Volgens het Riziv hebben de hoge uitgaven voor de sociale en inkomensMAF in 2003 eveneens te maken met het feit dat de meeste verzekeringsinstellingen administratieve problemen gekend hebben bij de toepassing van de maximumfactuur in de loop van het dienstjaar 2002. Daardoor werd een pakket aan uitgaven niet geboekt in 2002 maar wel in 2003. Deze transfer wordt door het Riziv geraamd op ongeveer 29 miljoen euro. In feite kunnen we dus de cijfers in onderstaande tabel corrigeren: voor 2002 waren de uitgaven voor de maximumfactuur zo'n 84 miljoen euro, en in 2003 zo'n 121 miljoen euro.

Tabel 5.12 Evolutie van de uitgaven van de ziekteverzekering voor de regeling van de maximumfactuur (in duizenden euro).

	2002	2003	1 ^{ste} sem 2004
Sociale en inkomens MAF ¹	35.330 ²	148.419 ²	105.955
Sociale franchise ³	19.765	1.962	1.202
<i>Subtotaal sociale franchise en MAF</i>	<i>55.094²</i>	<i>150.381²</i>	<i>107.157</i>
Fiscale franchise en fiscale MAF Riziv	26.252	54.484	33.052
Fiscale franchise en fiscale MAF DOSZ + HKVZ ⁴	39	82	50
<i>Subtotaal fiscale franchise en fiscale MAF</i>	<i>26.291</i>	<i>54.566</i>	<i>33.102</i>
Totaal	81.385	204.947	140.258

- * 1. Hierin zijn ook de cijfers van een eenmalige aanpassing inbegrepen die diende om de wisseling van het systeem van sociale franchise naar sociale en inkomens MAF te overbruggen.
2. Omwille van boekingen van de uitgaven van 2002 in het jaar 2003, zijn de werkelijke uitgaven voor de sociale en inkomens MAF in 2002 hoger (zo'n 84 mio euro) en de uitgaven voor 2003 lager (zo'n 121 mio euro).
3. Vermits er een verjaringstermijn is van 2 jaar, en het systeem van de sociale en fiscale franchise in voege was tot en met 2001, kunnen er ook nadien nog terugbetalingen van remgelden gebeuren volgens het systeem van de sociale en fiscale franchise.
4. Voor de volledigheid hebben we ook de cijfers weergegeven van de uitgaven die de Dienst voor Overzeese Sociale Zekerheid (DOSZ) en de Hulpkas Voor Zeevarenden (HKZV) doen in het kader van de fiscale franchise.

Bron: RIZIV, jaarverslagen 2002, 2003; RIZIV financiële dienst oktober 2004.

Een ander belangrijk verschil tussen het systeem van de sociale franchise en de MAF is dat bij de MAF de sociale bescherming wordt georganiseerd in functie van het inkomen in plaats van in functie van sociale categorieën (bijvoorbeeld mensen met een vervangingsinkomen). Alle gezinnen met een laag inkomen zullen met andere woorden kunnen genieten van de maatregel, ongeacht hun sociale categorie (Van Paepegem e.a., 2001).

Door de introductie van de MAF betaalt bijna 10% van de gezinnen een kleiner bedrag aan eigen bijdragen. In absolute termen uitgedrukt gaat het om iets meer dan 400 000 gezinnen. De gemiddelde vermindering bedraagt voor deze mensen zo'n 135 euro met een uitschieter tot bijna 1 000 euro. Schokkaert e.a. (2004) onderzochten het profiel van de 'winnaars' van de MAF. Zij kwamen tot de vaststelling dat het vooral om mensen met een vervangingsinkomen en ouderen gaat. Ook hebben de winnaars gemiddeld genomen een lager inkomen en zijn ze sterker in Wallonië geconcentreerd. Het opvallendste resultaat is wellicht dat relatief veel grotere gezinnen bij de winnaars horen. Dit hangt volgens de onderzoekers ongetwijfeld samen met de overschakeling van mutualistische naar sociologische gezinnen.

Schokkaert e.a. (2004) stellen dat - wanneer er via de MAF wordt voorzien dat ieder gezin nog maar een maximumbedrag aan remgelden moet betalen dat varieert in functie van het inkomen - de vraag kan gesteld worden of het systeem van voorkeurregeling moet worden behouden. Wanneer immers de gezinnen die nu genieten van de voorkeurregeling boven de maximumdrempel uitkomen, kunnen zij zoals iedereen van het systeem van de MAF genieten. Wanneer zij niet boven de maximumdrempel uitkomen, kan er volgens de onderzoekers de vraag gesteld worden of het nodig is om hun een voorkeurbehandeling te geven. Zij geven argumenten om de voorkeurregeling voor sociale groepen wel te behouden.

2.4 Dreigende dualisering? Rantsoenering naar leeftijd?

Nomen est omen. 'Ageism' op basis van leeftijd, rantsoenering van de zorg aan diegenen waarvoor uiteindelijk de ziekteverzekering is ontworpen, voornamelijk aan diegenen die zij nodig heeft, zou het radicaal falen van het systeem impliceren. Er zijn geen tekenen dat de Belgische ziekteverzekering dermate zou tekort schieten, niet alleen zou het ethisch totaal verwerpelijk zijn, maar, en het is een argument van tweede orde, ook nog totaal overbodig gezien de draagkracht en de rijkdom van onze huidige en toekomstige economie. Rantsoenering in de zorg is nog niet aan de orde in België. Toch zijn wij verrast dat de ziekteverzekeraars zelf hun ongerustheid moeten verwoorden over het feit dat door rantsoenering van de zorg de betaalbaarheid zou verzekerd worden. J. Hermesse stelt 'door die zwaar zieke patiënten te weigeren dan wel uit te sluiten, kan de verzekeraar zijn rendabiliteit gemakkelijk verhogen'. Maar het is juist voor die geconcentreerde zorgbehoeften dat het ziekteverzekeringssysteem is ontworpen. Ook de Socialistische Mutualiteiten wensen 'voor alle duidelijkheid' te stellen (G. Peeters, in Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2004, p. 337): 'wanneer het gaat over het 'afstemmen van de zorg' aan de zich wijzigende noden van de 'vergrijzing', dan betekent dit niet het overwegen van leeftijdsgrenzen'. De Socialistische Mutualiteit is gekant tegen elke vorm van leeftijdsgrens in de toegang tot de zorg en inzake terugbetalingen binnen de ziekteverzekering: 'Alle senioren moeten toegang blijven hebben tot alle therapeutische mogelijkheden.' P. Gillet en L. Bonneux stellen ook in hun getuigenis voor de Kamer van Volksvertegenwoordigers (2004, p. 265) dat de 'stijgende levensverwachting leidt onvermijdelijk tot grotere behoeften inzake gezondheidszorg. Bij die feitelijke toestand rijzen vanzelfsprekend een reeks ethische knelpunten in een samenleving waar de middelen niet onbeperkt zijn, met name wat de inzake gezondheidszorg te stellen prioriteiten betreft.'

Laat ons hopen, en wij treden hier even uit onze rol als onderzoeker, dat deze voortekens van zich duidelijk afzetten tegen rantsoenering, niet een onderliggende stroom aankondigen van voorstellen in het maatschappelijke debat in de andere richting.

3. Vermarkting en privatisering

Het HIVA heeft een uitgebreide traditie in het inventariseren van deze voorzieningen voor ouderen, maar concentreerde zich vooral op de voorzieningen die in de sociale bescherming te situeren zijn. In dit domein, soms complementair en soms concurrentieel, komt een groeiend segment van marktoplossingen naar voren. Hier zal ook de groeiende discussie van de 'vermarkting' in de zorg kunnen gesitueerd worden. Ook de vrees voor een verregaande privatisering is aan de orde. In deze paragraaf brengen wij de recente evidentie samen.

3.1 Aandeel privé/publiek in de gezondheidszorg en de ouderenzorg

In het inleidende hoofdstuk schetsten wij dat de privaat-publieke mix in de zorgsector vanuit twee standpunten kan bekeken worden: er is de financieringszijde en de organisatievorm. De financieringszijde beschrijft in welke mate de zorg door de overheid of de sociale zekerheid wordt gedekt, of vanuit private verzekering en 'out of the pocket'. Soms kan ook de verplichte verzekering door private of non-profit organisaties worden uitgevoerd, wat de specifieke plaats van de mutualiteiten in België schetst, en zelfs de stijgende rol die private verzekeraars spelen in het voorzien van aanvullende verzekeringen. De organisatiezijde bekijkt in welke mate de aanbieder private of publieke organisaties zijn, en in de private sector kan nog het onderscheid gemaakt worden tussen private non-profit en de zogenaamde for-profitsector of commerciële aanbieders. In de gezondheidszorg is in de for-profitsector vooral de groep van zorgverstrekkers – vrije beroepen te situeren, die met het statuut van zelfstandige een belangrijk, en zelfs aanzienlijke groeiend segment uitmaken. Onder privatisering kan zowel een verschuiving naar meer private financiering als naar private aanbieders verstaan worden. Hun activiteiten blijven echter vooral gefinancierd door de overheid in casu de ziekteverzekering, zodat amper van echte privatisering kan gesproken worden. Voordelen van privatisering zouden zowel op het kostenvlak als op het (daarmee samenhangende) concurrentieniveau kunnen gesitueerd worden.

De macro-economische gezondheidsrekeningen zullen in eerste instantie een beeld opleveren naar de toekomst toe van de financieringsstructuur van de gezondheidszorg en de ouderenzorg. Voor de gezondheidssector in België en voor welzijn in Vlaanderen, hebben wij in het verleden zelf een eerste analyse gemaakt van deze financieringsstructuur (Pacolet e.a., 2001, ook geciteerd in J. Kesenne, 2004). Deze analyse levert volgend beeld op.

De totale bestedingen voor gezondheidszorg in België bedragen in 1997 ongeveer 720 miljard BEF, waarvan een 100 miljard in de rusthuissector, die echter ook tot de welzijnssector kan worden geteld. De financieringsmiddelen zijn hoofdzakelijk afkomstig van het RIZIV, eigen bijdragen en federale en lokale middelen. In deze

definitie worden zowel uitgaven voor medische goederen als de for-profitverstrekkers van de gezondheidszorg opgenomen. Verder opgesplitst naar de belangrijkste deelsectoren en naar organisatievorm blijkt dat de intramurale zorg (met inbegrip van 100 miljard ROB/RVT) goed is voor ongeveer de helft van de bestedingen, terwijl de extramurale zorg en medische goederen staan voor respectievelijk 160 en 120 miljard BEF.

Tabel 5.13 Bestedingen in de gezondheidszorg in België, 1997, in miljoenen BEF

	Federale overheid	Gemeen- schappen	Lokale overheid	RIZIV	Eigen bijdragen	Totaal
Intramurale zorg	38 042,7	46,0	35 426,7	215 929,8	61 502,1	350 947,3
Extramurale zorg	665,3	2 529,0	50,7	125 147,6	30 630,8	159 023,5
Collectieve preventie	1 143,3	2 676,3	39 301,4	-	39,5	43 160,5
Medische goederen	-	-	2,3	68 361,8	51 274,7	119 638,7
Diverse diensten	7 050,6	371,1	5,7	34 954,6	61,6	42 443,5
Niet te verdelen	-	106,6	4 501,1	-	-	4 616,7
Totaal	46 901,9	5 729,0	79 296,8	444 393,8	143 508,7	719 830,2

Bron: Pacolet J., e.a., 2001

Voor drie andere belangrijke non-profitsectoren hebben wij in deze studie verder de bestedingen voor Vlaanderen in kaart gebracht voor 1997. Opvallend zijn de verschillende accenten in de financiering: de sector onderwijs krijgt voornamelijk gemeenschapsgelden maar niet te vergeten zijn ook de federale uitgaven voor de financiering van de pensioenen, en een deel lokale en eigen middelen. De socioculturele sector is in aanzienlijke mate (2/3) een lokaal gefinancierde sector, naast de financiering door de Vlaamse Gemeenschap (1/3). De sector welzijn kent tenslotte de meest gespreide financiering, met in dalende orde van belangrijkheid de Vlaamse Gemeenschap, eigen bijdragen, lokale overheden en tenslotte het RIZIV. Dit laatste betreft vooral de financiering van de rusthuissector die ook onder deze welzijnssector wordt ondergebracht. Het is overigens voornamelijk in deze rustoordsector dat een commercieel segment zich bij de aanbieders manifesteert.

Tabel 5.14 Bestedingen in de non-profit in 1997, in miljard BEF en in %, naar financiering

	Federale overheid	Gemeen- schappen	Lokale overheid	RIZIV	Eigen bijdragen	Totaal
<i>In mia BEF</i>						
België						
Gezondheidszorg	49,6	5,7	44,8	416,5	105,1	618,9
<i>In %</i>						
België						
Gezondheidszorg	7,6	0,9	7,2	67,3	17,0	100

Bron: Pacolet J., e.a., 2001

Bovenstaande tabellen geven de bestedingen in de zorgsector naar financieringsbron. Tenslotte geven wij ook de verdeling van deze bestedingen naar eigendomsstructuur van de verstrekkers, de voorzieningen waar de middelen terecht komen. Enkel voor de gezondheidssector valt nu reeds een belangrijk segment van de for-profit op. Wij schatten het aandeel van de private en publieke non-profitsector op ongeveer 27% respectievelijk 28% van de bestedingen, terwijl een aanzienlijk deel, 44% van de gezondheidszorguitgaven in de commerciële sector (artsen, farmaceutische verstrekkingen) terecht komt. Om die reden kan een analyse van de gezondheidszorg niet beperkt blijven tot alleen het aandeel van de non-profit.⁴ Ook in de welzijnssector is er (met name in de ouderenzorg) een beperkt commercieel segment, maar daarnaast is het grootste deel van de bestedingen terug te vinden in de private non-profit (nl. 61,4%).

Tabel 5.15 Aandeel van de bestedingen in de zorgsectoren privé/publiek, 1997, naar organisatievorm

	Privé-VZW	Commercieel	Publiek
<i>Vlaanderen</i>			
Welzijn	61,4	2,9	35,7
<i>België</i>			
Gezondheidszorg (incl. ROB/RVT)	27,3	44,1	28,6

Bron: Pacolet J., e.a., 2001

⁴ Wanneer L. Salamon e.a. in 1996 spreken over 'The emerging nonprofit sector', publiceert Burton A. Weisbrod in 1998 'To profit or not to profit. The commercial transformation of the Nonprofit Sector'.

In het verleden hebben wij in opdracht van de KBS en van de Vlaamse overheid al een eerste proeve gemaakt van satellietrekeningen voor de zorgsector, in casus op zoek naar het 'profijt van de non-profit' of 'de economische betekenis (in geldtermen en in termen van tewerkstelling) van de sector'.⁵ Het laat toe de evolutie in de tijd verder in te schatten.

Voor Vlaanderen vergelijken wij de welzijnszorguitgaven tussen 1988 en 1997. Het BBP voor Vlaanderen steeg in die periode reëel met 30% en nominaal met 62%; de prijsindex steeg met 26%. De nominale welzijnszorguitgaven in Vlaanderen stegen van 56 naar 141 miljard BEF of met 153%, waarbij de enige uitschieters (naar beneden) zijn de bijzondere jeugdbijstand (maar 48%) en de ouderenzorg zonder huisvesting of de thuiszorg die maar 73% toenam. Deze laatste observatie is een voorbeeld waarom dergelijke macrostatistieken nodig zijn: zij illustreert dat ondanks een discours van 'voorrang aan de thuiszorg', de sector minder expansief was dan de rest (soms ook periodes kende van rantsoenering) zodanig dat wij ook vandaag nog kunnen stellen dat de thuiszorg in de ouderenzorg relatief minder ontwikkeld is. De macrostatistieken spreken dit niet tegen.

Qua financieringsbron is de minst grote stijging te noteren in de eigen bijdragen (onder meer voor de ouderenzorg, maar ook in de andere (meer expansieve) sectoren als gehandicaptenzorg waar de eigen bijdrage minder belangrijk is), terwijl de budgetten van vooral de lagere overheden sterk toenamen, in mindere mate gevolgd door het RIZIV. Het budget van de Vlaamse Gemeenschap steeg gemiddeld. In belangrijke mate werden lagere eigen bijdragen voor de gebruiker gefinancierd door meer RIZIV-middelen.

⁵ Wouters R., Spinnewyn H. o.l.v. Pacolet J. (1988), Het profijt van de non-profit. De economische betekenis van de gezondheids- en welzijnszorg. Onderzoeksrapport, HIVA/Koning Boudewijnstichting, Leuven/Brussel. Spinnewyn H. & Pacolet J. (1990), Economische betekenis van de welzijnszorg in Vlaanderen, HIVA-K.U.Leuven, Leuven. Spinnewyn H. & Pacolet J. (1993), Financiële stromen en werkgelegenheid in de gezondheidszorg in Vlaanderen, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.

Tabel 5.16 Vergelijking van de uitgaven in de welzijnszorg in Vlaanderen 1988-1997

	1988 in mia BEF	1997 in mia BEF	index 1988=100
Bejaarden	31,7	71,3	224,6
Met huisvesting	23,2	57,5	248,1
Zonder huisvesting	7,5	13,1	173,3
Zorg voor personen met een handicap	9,8	36,7	375,6
Bijzondere jeugdbijstand	3,9	5,8	147,9
Kinderzorg en gezinsondersteuning	5,1	12,6	244,4
Overig welzijnswerk	5,2	12,3	238,0
Totaal	55,7	140,8	252,8
in % BBP	1,8	2,8	

Bron: Pacolet J., e.a., 2001

Voor de gezondheidszorg vergelijken wij de cijfers voor België tussen 1987 en 1997. Zonder de rusthuissector (en ook zonder preventie en administratie) stijgen de bestedingen voor gezondheidszorg van 346 miljard naar 528 miljard BEF. Dit is een toename van 53%. Gecorrigeerd met de inflatie over die periode - wij nemen de algemene prijsindex, maar in feite moeten wij de prijsevolutie van de sector hanteren⁶ -, is dit een reële toename van 21% of jaarlijks 1,9%. De rusthuissector kende wel een toename van 147% zodat de jaarlijkse groei van de gezondheidszorg inclusief deze sector 2,6% is. Het RIZIV-budget gevat in deze berekeningen steeg met respectievelijk 52% en 71% zonder en met ROB/RVT. De verdeling over extramurale en intramurale zorg is een raming en moet voorzichtig geïnterpreteerd worden: blijkbaar stijgt de intramurale sector minder sterk maar op het eerste zicht blijven de verhoudingen intramuraal/extramuraal/medische goederen eerder constant over de voorbije 10 jaar. Over de beschouwde 10 jaar stegen de gezondheidsuitgaven in nominale termen ongeveer 53% zonder en 63% met de rusthuissector. Wanneer enkel de RIZIV-budgetten worden bekeken dan gaan de RIZIV-middelen met inbegrip van de rusthuissector zelfs 70% stijgen, mede onder invloed van een betere (maar nog onvolledige) tenlastenneming in deze sector.

⁶ Sectorspecifieke prijsevoluties identificeren is ook een belangrijk aandachtspunt bij de constructie van satellietrekeningen, waar wij niet eens aan toe kwamen maar waarvan het belang hiermee wel gesignaleerd wordt bij elke vergelijking in de tijd (Zie OESO handboek satellietrekeningen gezondheidszorg en ook Eurostat handboek over volume- en prijsindicatoren in de nationale rekeningen).

Tabel 5.17 Vergelijking van de uitgaven in de gezondheidszorg in België 1987-1997

	1987 in mia BEF	1997 in mia BEF	index 1987=100
Intramuraal	129,9	187,1	144
Extramuraal	130,1	206,9	159
Medische goederen	86,2	134,7	156
Totaal	346,2	528,7	153
in % BBP	6,5	6,1	
ROB/RVT-sector	40,9	100,9	247
Gezondheidszorg incl. ROB/RVT	387,1	629,6	163
in % BBP	7,3	7,2	
RIZIV-middelen	255,1	387	152
RIZIV-middelen incl. ROB/RVT	259	444	171

Bron: Pacolet J., e.a., 2001

Tabel 5.18 Nominale en reële evolutie van uitgaven voor gezondheid in België, 1987-1997

	1987 index	1997 index	Gemiddelde jaarlijkse groei in %
BBP nominaal	100	164,1	5,1
BBP reëel	100	130,3	2,7
Gezondheid nominaal	100	153	4,3
Gezondheid reëel	100	121,2	1,9
Gezondheidszorg incl. ROB/RVT nominaal		162,6	5,0
Gezondheidszorg incl. ROB/RVT reëel		129,1	2,6

Bron: Eigen berekeningen HIVA/K.U.Leuven

Wel valt op dat de eigen bijdragen sterker stegen (dubbel zo sterk) dan de RIZIV-financiering (+89% tegenover +47%), en dit vooral in de extramurale sector. Daarmee ramen wij dat het aandeel van de eigen bijdragen gestegen is van 16% naar 20%. In een sector intramurale ouderenzorg is dat aandeel aan het dalen, zodanig dat welzijn en gezondheid op dat vlak naar elkaar toe groeien. Merk op dat in deze periode de zorguitgaven niet sterker stijgen dan het BBP, wat ook bevestigd wordt door het constant blijven van het aandeel van de zorguitgaven in het BBP. In volgend hoofdstuk geven wij meer recente evoluties in deze uitgaven (1994 – 2004).

3.2 Aanvullende verzekeringen

3.2.1 Aanvullende pensioenvoorzieningen

In tegenstelling met de discussie over de pensioenvoorzieningen zijn in België de aanvullende verzekeringen in de ziekteverzekering nog beperkt gebleven.

In de pensioensector is thans ongeveer 50% gedekt door een aanvullende pensioenregeling, en de ambitie van de WAP (Wet op de Aanvullende Pensioenen) is om dit percentage op korte termijn op 75% te brengen (R. Dhondt, in Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2004, p. 236). De pensioenstelsels van alleen maar de tweede pijler nemen de vorm aan van pensioenfondsen en groepsverzekeringen van het type tak 21 (voornamelijk in vastrentend papier belegd) of tak 23 (voornamelijk gekoppeld aan beleggingsfondsen in risicodragend papier belegd) (Ibidem, p. 240). Zo telt de verzekeringssector anno 2002 een 1,9 miljoen contracten voor werknemers voor een pensioenfonds of groepsverzekering (Dhondt, 2004, p. 250), terwijl diegenen die thans een uitkering genieten nog beperkt is tot een 10 % (Pacolet, 2004). Ook het totale bedrag aan uitkeringen illustreert het aanzienlijke belang: in 2002 waren de prestaties voor het wettelijke pensioen 13,3 miljard euro terwijl de uitkeringen in de tweede pijler opliepen tot 3,8 miljard euro of al 28% van de totale uitkeringen. Gezien dit voornamelijk bij een beperkte groep terecht komt bij diegenen die vroeger een groepsverzekering hadden, illustreert dit nog meer het aanzienlijke belang van de tweede pijler voor deze veelal hoge inkomensgroepen in hun totale pensioenvoorziening. Er moet bij vermeld worden dat de meeste aanvullende pensioenen niet in de vorm van renten maar in de vorm van kapitaal worden uitgekeerd, alhoewel de wetgever dit probeert in de andere richting te duwen.

Hier zou nog het aanvullende pensioen in de derde pijler, het individueel levensverzekeringssparen, pensioensparen en lange termijnsparen kunnen aan toegevoegd worden (zie Pacolet, Bouten).

3.2.2 Aanvullende ziekteverzekeringen

In de ziekteverzekering is ook een langzame maar minder spectaculaire opmars bezig van de aanvullende ziektekostenverzekeringen. Voornamelijk de hospitalisatieverzekering vervult deze rol, alhoewel ook geruime tijd een discussie is gevoerd in welke mate ook in de 'long term care', de kosten van de ouderenzorg voornamelijk, private of bedrijfsgewijze oplossingen dienden gezocht te worden (zie verder discussie over de zorgverzekering).

In een recente Europese inventaris van de vrijwillige ziektekostenverzekeringen wordt het onderscheid gemaakt tussen drie functies voor deze vrijwillige ziektekostenverzekeringen (Mossialos, Thomson, 2002):

1. Substituerende ziektekostenverzekeringen voor die groepen die niet gedekt zijn door de wettelijke ziekteverzekering, of voor risico's die niet gedekt zijn, Voor België situeren zich hier vooral de verzekering kleine risico's voor de zelfstandigen.
2. Complementaire verzekeringen: die een aantal risico's bijkomend verzekeren voor de diensten die uitgesloten zijn of niet volledig gedekt zijn in de verplichte ziekteverzekering. Voor België vallen hieronder de verzekeringen die de terugbetaling van remgelden en eigen bijdragen verzekeren.
3. Supplementaire verzekeringen: die bepaalde kosten verzekeren 'die de gebruiker additionele keuzes biedt voor betere accommodatie en voorzieningen, en niet zozeer betere klinische kwaliteit van de zorg, maar ook wel - vooral dat waar er lange wachtlijsten zijn - een snellere toegang tot de zorg' (Mossialos, Thomson, 2002, p. 59).

Voor de situering van de diverse aspecten in Europees perspectief verwijzen wij naar de Europese studie. Hierna vatten wij enkel de Belgische karakteristiek samen.

Tabel 5.19 Karakteristieken van de aanvullende ziektekostenverzekeringen in België

Aandeel private uitgaven in totaal ziekteverzekeringskosten	10%
Aandeel aanvullende verzekeringen in totale uitgaven	2%
OOP (Out of Pocket)	10%
Omvang premie-inkomsten	317 miljoen euro (1999) of 0,1% BBP.
Substituerende	7,1% van de totale bevolking of 742 552 zelfstandigen
Complementaire: voor remgelden en 'carer cost- loss of independence'	30-50% van de totale bevolking
Supplementaire: supplementaire hospitaalkosten	
Organisatie	Sommige commerciële polissen zijn door het bedrijf aangekocht, en zijn soms ook betaald door werkgevers. Maar alle polissen bij de mutualiteiten en ook aantal private polissen zijn betaald door de verzekerde zelf.
Fiscale stimuli en remmen	Kosten groepspolissen zijn aftrekbaar voor de werkgever; de substituerende polissen bij de mutualiteiten worden deels gesubsidieerd (oorspronkelijk 20% van premie-incasso) door de overheid en de bijdragen zijn aftrekbaar voor de zelfstandigen; Commerciële polissen zijn onderhevig aan verzekeringstaks van 9,25% op de premie; en voor de hospitalatievergoeding boven 12,50 euro per dag is een RIZIV bijdrage verschuldigd van 10%.
Prijszetting	Mutualiteiten bepalen prijs in functie van gezinsgrootte en leeftijd; dekkingsgraad is wettelijk bepaald; commerciële polissen houden ook rekening met geslacht, regio, franchise, dekkingsgraad.
Gebruik medische informatie	Sommige mutualiteiten gebruiken een medische vragenlijst, de commerciële verzekeraars gebruiken medische vragenlijst.
Leeftijdslimiet	65
Uitgesloten	Psychiatrie en LTC (vast bedrag), zowel wat de additionele kosten betreft als de eigen bijdrage; In de commerciële polissen zijn vroegere risico's uitgesloten, vruchtbaarheidsbehandeling en sportongelukken
Wachttijd	Mutualiteit 6 maand, 9-10 maand voor bevalling
Selectie dienstverstrekkers	Niet mogelijk omwille van vrije keuze zorgverstrekker
Verhouding uitkering/premie	Gemiddeld 74% in 1998; 60% voor de commerciële polissen individueel, 89% voor de groepsolissen.
Administratiekosten	26% voor de individuele commerciële polissen, 27% voor de groepsolissen, 4,8% voor de wettelijke ziekteverzekering.
Genetische testen/informatie	België was één van de eerste om wettelijk het gebruik te verbieden: verzekerde mag/moet de resultaten niet bekendmaken, de verzekeraar mag de testen niet uitvoeren

Bron: Mossialos, p. 21, 24, 26, 61, 67, 69, 85, 87, 88, 91, 104, gebaseerd op Hermesse, 2001

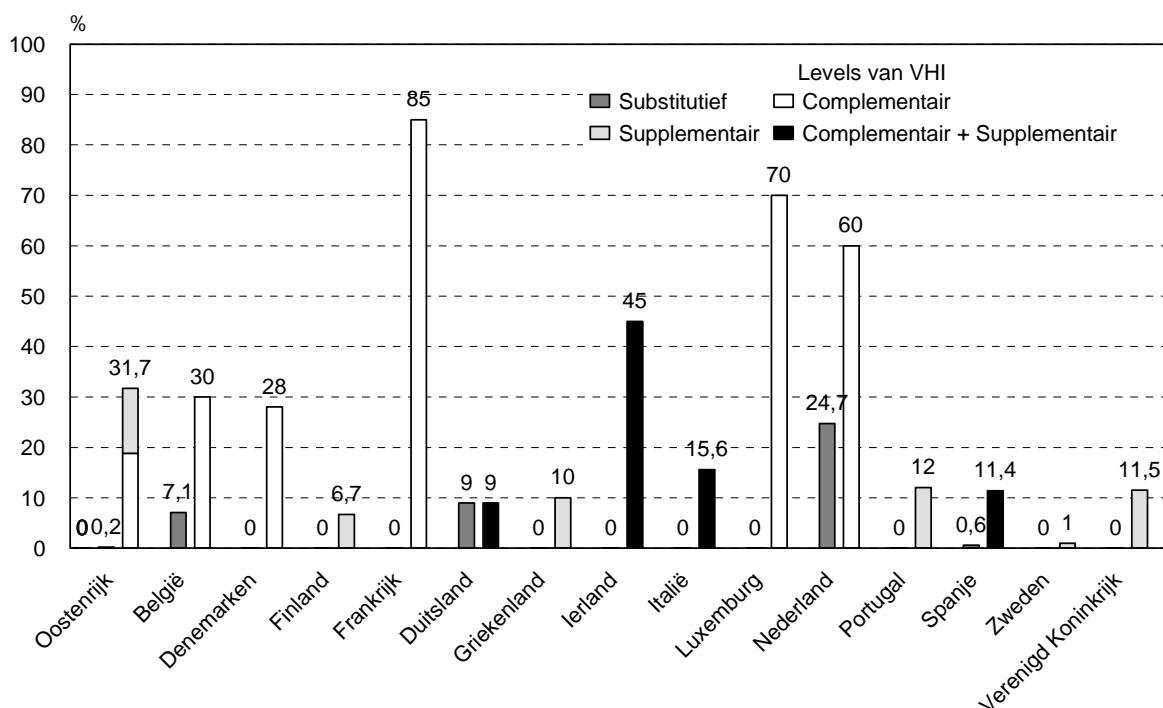
Met een omvang van 317 miljoen euro premie-inkomsten of 0,1% is dit niet relatief onbelangrijk, ondanks het feit dat de kleine risico's voor zelfstandigen hierin vervat zijn. In de twee Europese landen waar de aanvullende ziekteverzekeringen

belangrijk zijn (Nederland en Duitsland) is hun relatief aandeel respectievelijk 1,3 (Nederland) en 1% (Duitsland) van het BBP (Mossialos, 2002, p. 26).

Er is vooreerst het relatieve grote belang van de substituerende ziektekostenverzekering die 7% van de bevolking dekt, en dus vooral de zelfstandigen bereikt, die voor 75% deze risico's verzekeren. De zelfstandigengroep maakt ongeveer 10% uit van de Belgische bevolking (Hermesse, 2001 geciteerd in Mossialos en Thomson, 2002, p. 46). De overigen hebben geen verzekering genomen, hetzij omdat zij jong zijn en het risico laag inschatten, ofwel omdat zij voldoende inkomen hebben om het risico zelf te dragen, hetzij te arm en niet genoeg vooruitziend om de verzekering te nemen. Enkel in Nederland en in Duitsland is er een relatief grote groep die deze private ziektekostenverzekering heeft (9% in Duitsland, tot zelfs 25% in Nederland + 4,2% WTZ-Wet op de toegang tot de ziekteverzekering (Mossialos, p. 28)). In Nederland wenst men in de recente herziening van het stelsel voor de ziekteverzekering de totale bevolking te dekken in een basisziekteverzekering (zie verder hoofdstuk 7).⁷ België heeft recent een gelijkaardige beslissing genomen voor de verzekering kleine risico's van de zelfstandigen. De zogenaamde complementaire en supplementaire ziektekostenverzekeringen variëren van quasi-onbestaande in Zweden tot 94% in Frankrijk (Ibidem, p. 28), hoewel betrouwbare cijfers ook hier schaars zijn.⁸

⁷ De AWBZ voor de uitzonderlijke kosten geldt overigens wel voor de totale bevolking; in Duitsland heeft de Pflegeversicherung dezelfde structuur aangenomen als de ziekteverzekering, met name diegene die een private ziekteverzekering hebben moeten ook een private zorgverzekering nemen.

⁸ Zo is de dekkinggraad voor de vrijwillige ziekteverzekering in Frankrijk in het ene geval meer dan 89% en in de andere tabel bij Mossialos 30%; de situatie in Frankrijk illustreerde wel hoe dat een politiek van meer remgelden leidde tot een herverzekering in deze aanvullende verzekeringen, zodat het remmend effect kan verdwijnen (Mossialos, Thomson, 2004, p. 27).



1. België: de complementaire VHI varieert van 30 tot 50%
2. Finland: de supplementaire VHI voor kinderen < 7 jaar bedraagt 34,8%, voor kinderen van 7 tot 17 jaar: 25,7%
3. Frankrijk: de complementaire VHI voor 2000 wordt geschat op 94%
4. Nederland: de complementaire VHI bedraagt meer dan 60%, hiervan hebben we geen exact cijfer.
5. Zweden: de supplementaire VHI kan variëren van 1 tot 1,5%.

Bron: Mossialos E. e.a. (2002), Voluntary Health Insurance in the European Union.

Figuur 5.26 Uitbouw van aanvullende ziekteverzekering in Europa (VHI - Voluntary Health Insurance) als een percentage van de totale bevolking.

Wat de pay-out ratio betreft is de verhouding uitkeringen/premies gunstiger voor de verzekerden in de groepspolissen: ofwel zijn de premies lager bij deze groepspolissen, ofwel is in de individuele polis het risico kleiner. Wat de administratiekosten betreft blijken deze met 27% bij de hoogste van Europa te liggen, en schril af te steken tegen de administratieve kosten van de wettelijke ziekteverzekering. Enkel Italië heeft nog een hogere premie. In landen waar de sector sterk ontwikkeld is (Nederland, Duitsland) ligt de administratiekost op 10 à 12% (Mossialos, Thomson, p. 93) en in tal van landen ligt hij eveneens binnen de marge van 10 à 15%. De hoge administratiekosten kunnen ook wijzen op gebrek aan efficiëntie en concurrentie in de verzekeringssector zelf.

Het oordeel over de aanvullende verzekering is niet onverdeeld positief voor de EU-landen. Zo zou het remgeldeffect weggenomen worden door de herverzekering, en in andere landen zou het tot een te grote capaciteit leiden,

omdat een bepaalde capaciteit moet gegarandeerd blijven voor de privaat verzekerden. Ook de administratieve kosten vallen steeds hoger uit dan in het wettelijke stelsel. Het valt op dat in al deze landen de aanvullende ziekteverzekering blijkbaar veel minder ver ging dan de aanvullende pensioenverzekering, en dat de keuzes voor de pensioenvorming blijkbaar niet automatisch gelden voor de ziekteverzekering. Verder zal blijken dat in de zorgverzekering de private verzekering nog minder van de grond kwam⁹.

Wij confronteren deze Europese evidentie met meer recente Belgische informatie. Wanneer we kijken naar de totale uitgaven voor de gezondheidszorg (zie volgende tabel) zien we dat in 2001 de overheid instaat voor 75,9% van de uitgaven en de patiënt voor 19,1% van de uitgaven. Het aandeel van de aanvullende privé-verzekeringen is goed voor 4,6%, en stijgt ook fors jaarlijks. De Beroepsvereniging voor Verzekeringsondernemers (het BVVO) berekende dat tussen 1998 en 2001 deze uitgaven zijn toegenomen met 31%, wat overeenstemt met een jaarlijkse stijging van gemiddeld 10%. Dit blijkt ook uit het almaar groeiend aantal verzekerden. Het BVVO telt ondertussen zo'n 6 miljoen Belgen met een aanvullende verzekering, waarvan 2 miljoen verzekerden bij de ziekenfondsen en 3,96 miljoen verzekerden bij de private verzekeraars. De penetratiegraad voor deze verzekering is blijkbaar veel hoger dan het Europees overzicht laat vermoeden, en benadert daarmee de aanvullende pensioenvorming. Qua volume blijft het belang echter beperkter. Wanneer de tweede pijler in de pensioenen oploopt tot 28% (zie boven) blijft het aandeel van de aanvullende ziekteverzekering (zoals blijkt in volgende tabel) op +/- 5% van de uitgaven. Het evenaart daarmee de omvang van de remgelden, maar dekt zij uiteraard niet.

Volgens de Controledienst op de Ziekenfondsen bedroeg het totale bedrag aan bijdragen voor de aanvullende hospitalisatieverzekeringen van de ziekenfondsen in 2002 zo'n 182 miljoen euro (CDZ, 2003).

⁹ Ook niet in de VSA, zie hoofdstuk 8.

Tabel 5.20 Overzicht van de uitgaven volgens dimensies (overheid, patiënt, werkgever en privaat) in miljoen euro

	1998	1999	2000	2001	
				Bedrag	%
Overheid	14 740,70	15 803,60	16 792,70	17 879,90	75,9%
Sociale zekerheid	12 263,00	13 108,40	13 862,60	14 877,30	63,2%
Federale overheid	1 326,30	1 364,60	1 451,30	1 354,50	5,8%
Gewesten en gemeenschappen	885,10	1 061,50	1 150,90	1 315,50	5,6%
Lokale overheden	266,30	269,10	327,90	332,60	1,4%
Patiënt	3 946,22	4 093,52	4 365,28	4 491,50	19,1%
Out-of-pocket	2 730,54	2 840,98	3 094,55	3 177,19	13,5%
Remgeld	1 262,95	1 296,40	1 314,02	1 363,40	5,8%
Terugstortingen remgeld	-47,27	-43,86	-43,29	-49,09	-0,2%
Werkgever*	99,16	99,58	100,00	100,42	0,4%
Privaat	819,82	888,80	953,52	1 077,17	4,6%
Privé-verzekeringen	290,20	356,30	392,20	453,30	1,9%
Ziekenfondsen	529,62	532,50	561,32	623,87	2,6%
Totaal	19 605,90	20 885,50	22 211,50	23 548,99	100,0%

* Het gaat hier om vergoedingen voor geneeskundige verzorging die een aantal grote bedrijven en multinationals rechtstreeks aan hun personeel toekennen.

Bron: BVVO Beroepsvereniging der verzekeringsondernemingen, 2004

Tot voor kort was in België de substituerende ziektekostenverzekering belangrijk omdat de kleine risico's voor de zelfstandigen niet gedekt waren. Dit bracht mee dat voor een 700 000 zelfstandigen, 75% een aanvullende ziekteverzekering namen.

In totaal waren er in België volgens het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen op 1 januari 2003 541 391 zelfstandigen in hoofdberoep, 150 861 in bijberoep en 58 916 zelfstandigen die nog actief waren na hun pensioenleeftijd. Samen vormen zij het aantal van 751 168 zelfstandigen. Daarenboven zijn er nog 44 089 helpers of helpsters. Deze personen staan een zelfstandige bij of vervangen hem, zonder tegenover hem door een arbeidsovereenkomst verbonden te zijn en vallen eveneens onder toepassing van het sociaal statuut van de zelfstandigen. Zelfstandigen en help(st)ers samen vormen in België een groep van 795 257 personen.

Moerman (2004) stelt dat momenteel 69% van de zelfstandigen een aanvullende verzekering via het ziekenfonds neemt voor kleine risico's, terwijl 11% anderen via het algemeen stelsel van loontrekkenden gedekt zijn. Schokkaert e.a. (2004) stelt dat 64% van de zelfstandigen een aanvullende verzekering neemt voor de kleine risico's.

Volgens de Controledienst voor de Ziekenfondsen (CDZ) waren er op 31 december 2002 potentieel 908 311 rechthebbenden, waaronder 556 609 gerechtigden zelfstandigen die een aanvullende verzekering voor kleine risico's zouden kunnen nemen¹⁰. De aansluitingsgraad van deze zelfstandigen bij de aanvullende verzekering voor kleine risico's varieert wat van ziekenfonds tot ziekenfonds (zie onderstaande tabel), en bedraagt gemiddeld bij de gerechtigden 71,76% (wat staat voor een kleine 400 000 gerechtigden) en 80,24% bij de rechthebbenden (wat staat voor een kleine 729 000 rechthebbenden). De bijdragen van deze zelfstandigen voor de verzekering van de kleine risico's bedroegen in 2002 zo'n 211 miljoen euro.

Tabel 5.21 Gemiddelde aansluitingsgraad bij de dienst voor geneeskundige verzorging 'kleine risico's voor gerechtigden en rechthebbenden, verdeeld per landsbond

Landsbond	Aansluitingsgraad	
	Gerechtigden	Rechthebbenden
100	76,82%	83,14%
200	68,38%	79,21%
300	67,17%	75,10%
400	71,55%	80,95%
500	65,94%	77,65%
Globaal	71,76%	80,24%

Bron: Controledienst voor de ziekenfondsen, jaarverslag 2003, p. 57.

De aanvullende verzekering voor de kleine risico's wordt genomen bij de ziekenfondsen zelf waar de zelfstandigen aangesloten zijn voor de grote risico's zodanig dat een groot deel van de aanvullende verzekering bij de mutualiteiten zelf is gesitueerd. De Commissie Cantillon die een herziening van de sociale zekerheid voor de zelfstandigen onderzocht concludeerde trouwens dat de kleine risico's door de wettelijke ziekteverzekering zouden worden overgenomen, wat trouwens nu voorzien is in de hervorming van het stelsel.

Tijdens de bijzondere ministerraad van 16 en 17 januari 2004 te Gembloux heeft de regering beslist om vanaf 1 juli 2006 de verplichte ziekteverzekering voor zelfstandigen uit te breiden met de 'kleine risico's'. De Hoge Raad van Financiën verwacht dan ook een daling van het aandeel van de verzekeringsmaatschappijen in de globale gezondheidsuitgaven (in 2007 zelfs met 32,7%), vermits vandaag al ruim 80% van de zelfstandigen aangesloten zijn bij de vrije aanvullende

¹⁰ Men telt hierbij enkel die categorieën van zelfstandigen die als zelfstandige een 'enige activiteit' uitoefenen of tot de 'kloostergemeenschappen' behoren, met uitsluiting van de invaliden en mindervaliden.

verzekering van de mutualiteiten of bij een andere verzekering (zie tabel hieronder).

Tabel 5.22 Hypothesen inzake de jaarlijkse wijziging van de uitgaven voor gezondheidszorg voor wat betreft de 'kleine risico's' in de zelfstandigenregeling

In procenten	2004	2005	2006	2007	2008
Sociale zekerheidsinstellingen, waarvan:					
- traditionele uitgaven voor geneeskundige zorgen	4,4	4,1	4,2	4,2	3,6
- met overheveling ligdagprijs van de FOD Volksgezondheid	12,6	4,1	4,2	4,2	3,6
- en met uitbreiding 'kleine risico's' in de zelfstandigenregeling	12,6	4,1	5,3	6,4	3,6
Private verzekeringsmaatschappijen	4,4	4,4	-10,7	-32,7	3,8

Bron: Hoge Raad van Financiën, Studiecommissie voor de vergrijzing, 2004

In 1987 berekenden wij 27,3 miljard BEF remgelden naast een totaal van RIZIV-bestedingen van 242 miljard, en nog eens 6,6 miljard vrije verzekering die ook nog eens 2,4 miljard remgelden impliceerden (verzekering kleine risico's voor zelfstandigen). De sector van de private verzekeringen was toen goed voor 4 miljard BEF ziektepolissen in 1986 (Wouters, Spinnewyn, Pacolet, 1988, p. 58-60). Zij herverzekerden een deel van de remgelden. In 1997 zijn de geschatte remgelden en supplementen 143 miljard BEF, waarvan een groot deel echter de dagprijs van het RVT en ROB is (samen 38 miljard BEF), autonome consumptie (31 miljard BEF) en private verzekering (9,7 miljard kleine risico's en 15,3 miljard herverzekerde supplementen zowel bij mutualiteiten als privé verzekeraars) (Pacolet, e.a. 2001, p. 137).

Voor 2002 bedraagt de aanvullende verzekering voor de kleine risico's bij de mutualiteiten 71% van de gerechtigden en 80% van de rechthebbenden (met inbegrip van de personen ten laste) wat neerkwam op 728 803 personen. Dit komt neer op 264 miljoen euro uitgaven, gefinancierd door 211 miljoen bijdragen en 55 miljoen overheidstoelagen. (Controledienst, p. 59). Het vormt een soort aanvullende verzekering die in feite volledig bij de private uitgaven zou moeten geteld worden, alhoewel zij door de mutualiteiten is georganiseerd. De functie is eigenlijk de substitutie van de wettelijke verzekering, en dit wordt bevestigd door het feit dat zij vanaf 2006 zal toegevoegd worden aan deze wettelijke verzekering.

In onderstaande overzichtstabel zien wij hoe de aanvullende verzekering voor kleine risico's in 1987 nog het belangrijkste deel uitmaakt van de aanvullende verzekering en met zijn 164 miljoen euro bijna 60% groter is dan de private verzekeringen. In 1999 is dit nog 240 miljoen euro, tegenover reeds 379 miljoen

private verzekeringen. In 2003 is de omvang voor kleine risico's nog 264 miljoen maar is de overige private verzekering (waarvan een deel ook door de mutualiteiten wordt aangeboden) gegroeid tot ongeveer 800 miljoen, het achtvoudige van de omvang in 1987. De aanvullende verzekering kleine risico's zal naar de toekomst toe volledig geïntegreerd zijn in de ziekteverzekering, met inbegrip dus van een aantal risico's uit de ouderenzorg m.n. de ROB's en de thuisverpleging. Twee observaties kunnen hieraan nog gekoppeld worden: het valt hier op dat de rusthuisforfaits en de thuisverpleging nog lang in de kleine risico's zijn gecatalogeerd, terwijl internationaal ook deze LTC meer in de verplichte verzekering zat, met een hoge dekkingsgraad.

Tevens valt het op dat de overige aanvullende verzekering, alhoewel een groot bereik van 60% van de bevolking, weliswaar een enorme expansie kende, maar toch een beperkt volume heeft van nu ongeveer 0,8 miljard euro of nog geen 4% van de totale gezondheidszorgbestedingen. Dat dit zo laag is, is mede te verklaren doordat de eigen bijdragen relatief beperkt bleven. Indien via de maximumfactuur (die een sociaal correctief was voor chronische zieken) de rem zou weggenomen worden om de remgelden voor de andere inkomensgroepen te verhogen, bestaat het gevaar wel dat deze private verzekeringen in belang zullen toenemen. Grotere selectiviteit in de verplichte ziekteverzekering leidt automatisch tot grotere privatisering. Het mag ons dan ook niet verbazen dat wij bij het BVVO kunnen lezen dat zij de MAF en deze grotere remgelden als verkoopsargument naar het publiek toe gebruiken om voor de aanvullende verzekering te pleiten (BVVO, 2002, p. 11 e.v.).

Tabel 5.23 Aanvullende verzekeringen in de Belgische gezondheidszorg, 1987 – 2002, Synthese

	Totaal remgeld	Totaal RIZIV bested.	Volksges- ondheid	Vrije verzek.	Remgeld Vrije verzek.	Tot. kl. ris. ^{1,2}	Private verz.
<i>Situatie rond 1987</i>							
in miljard BEF	27,3	242	21,4	6,6	2,4	9	4
waarvan ROB	0,491	4,083					
waarvan TVP ¹	0,736	6,126					
in miljoen euro	677	5 999	530	164	59	223	99
<i>Situatie rond 1999</i>							
in miljard BEF	143			9,7			15,3
waarvan dagprijs ROB/RVT	38						
Autonome consumptie	31						
in miljoen euro	3 545	10 356		240			379
<i>Situatie 2002</i>							
In miljoen euro	1 390,27 ⁴	14 158					
ROB/RVT	1 401	1 110,3					
Aanv. verz. Kl. ris.				264 ⁵			
Totaal private verzek. (mut. + privé) (2001)							1 077,17 ⁶
<i>Situatie 2006</i>							
Totaal kl. ris.						202 ³	
<i>Situatie 2007</i>							
Totaal kl. ris.		423 ⁷					

1 Kl. ris. = Kleine risico's
TVP = Thuisverpleging

2 Totaal kleine risico's = de vrije verzekering + het remgeld van de vrije verzekering

3 De integratie van de kleine risico's van de zelfstandigen in de verplichtte ziekteverzekering gaat in op 1 juli 2006, het hier begrote bedrag heeft dus maar betrekking op een half jaar.

4 Zonder dagprijs ROB/RVT

5 Per verzekerde bedroeg de vergoeding kleine risico's in totaal 361,89 euro, waarvan 9,82 euro voor de ROB's, en 20,52 euro voor de thuisverpleging. Het totale uitgekeerde bedrag aan kleine risico's bedroeg 264 miljoen euro, waarvan 7 miljoen euro voor de ROB's en 15 miljoen euro voor de thuisverpleging.

6 Met inbegrip van de kleine risico's.

7 Deze uitgave zal volledig geïntegreerd zijn in de verplichtte ziekteverzekering.

Bron: Controledienst voor de Ziekenfondsen, Jaarverslag 2003, p. 62; Wouters, Spinnewyn, Pacolet, 1988; Pacolet e.a. 2001; Persmededeling Eerste minister 02/02/2004

3.3 Relatief belang publiek/privaat aanbod voor ouderenvoorzieningen

In internationaal perspectief is de Belgische non-profit sector (samen met deze in Nederland en Israël) uitzonderlijk hoog ontwikkeld (zie Salomon L. e.a.). Maar ook de publieke sector is uitermate goed uitgebouwd. In sommige landen is de productie van gezondheidszorg en welzijn veel meer de rol van overheidsdiensten. In nog andere landen (ondermeer de V.S.A.) is de commerciële of private 'for profit' sector een belangrijke aanbieder.

De informatie over de opsplitsing van de zorgsector naar type verstrekker is niet systematisch voorhanden. In de jaren negentig maakten wij een eigen inschatting van deze gezondheidssector en ouderenzorgsector in het kader van een internationaal project over de non-profit (Pacolet e.a., 2001).¹¹ Het relatief belang van de private en publieke non-profit sector (vooral lokale openbare besturen) kan verder opgevolgd worden op basis van de werkgelegenheid (zie J. Pacolet, V. Coudron, 2004).

Het relatieve belang van de drie types verstrekkers in de totale bestedingen is te vinden in tabel 5.15. De gezondheidssector is in sterke mate reeds gedomineerd door private verstrekkers en aanbieders. In de welzijnszorg en ook in de ouderenzorg is dit helemaal niet het geval. Dit blijkt ook uit verdere informatie over een aantal diensten voor ouderen.

Wij geven hierna het relatieve belang van de drie types aanbieders, in een aantal voorzieningen, zowel qua aantal verstrekkers als qua output. Zo blijkt uit onderstaande tabel dat het aantal commerciële aanbieders in de rusthuissector in Vlaanderen weliswaar $\frac{1}{4}$ is van het totaal, maar hun aandeel in het aantal bedden is maar 14%. Het zijn en blijven vooral kleinere instellingen. In de gezinszorg zijn de publieke verstrekkers (ook vanuit hun verplichting om hun aanbod te verzekeren) het talrijkst (tot 85% van de diensten in Vlaanderen) maar hun aandeel is omgekeerd evenredig. De publieke non-profit beschikt over 17% van de gepresteerde uren in Vlaanderen en 27% in Wallonië.

¹¹ Thans is het Instituut voor de Nationale Rekeningen ook gestart met het opstellen van satellietrekeningen voor de non-profitsector, maar daarbij wordt enkel de private non-profit beschreven, zodat belangrijke aanbieders in de Belgische zorgsector (de publieke non-profit en de zelfstandigen) buiten het gezichtsveld blijven.

Tabel 5.24 Evolutie van het aantal instellingen en het aantal bedden in de ouderenzorg, naar gemeenschap en naar eigendomstructuur, 1988-2001

	1988		1998		2001	
	Aantal	%aandeel	Aantal	%aandeel	Aantal	%aandeel
Vlaanderen						
<i>Rusthuizen (ROB+RVT)</i>						
Aantal instellingen						
Publiek	242	32,4	243	30,9	241	31,5
Vzw	296	39,6	322	41,0	331	43,2
Privaat	209	28,0	221	28,1	194	25,3
Totaal	747	100,0	786	100,0	766	100,0
Aantal bedden						
Publiek	20 610	42,7	22 289	39,4	23 169	38,9
Vzw	21 232	44,0	26 267	46,4	27 916	46,9
Privaat	6 448	13,4	8 071	14,3	8 401	14,1
Totaal	48 290	100,0	56 627	100,0	62 328	100,0
<i>Thuisverpleging</i>						
Aantal verstrekkingen			76 045 195			
<i>Gezins-en bejaardenhulp</i>						
Aantal diensten						
Vzw	29	20,3	24	15,8	19	12,7
OCMW	114	79,7	128	84,2	131	87,3
Totaal	143	100,0	152	100,0	150	100,0
Aantal geprest. uren						
Vzw			10 099 779	82,6		
OCMW			2 124 411	17,4		
Totaal	10 290 000 ¹		12 224 190	100,0	13 288 574	
Wallonië						
<i>Rusthuizen (ROB+RVT)</i>						
Aantal instellingen						
Publiek						
Vzw						
Privaat						
Totaal					841	
Aantal bedden						
Publiek						
Vzw						
Privaat						
Totaal	40 112 ²		58 055 ²		59 891	
<i>Thuisverpleging</i>						
Aantal verstrekkingen						
<i>Gezins-en bejaardenhulp</i>						
Aantal diensten						
Vzw			28	35,0		
OCMW			52	65,0		
Totaal			80	100,0	85	
Aantal geprest. uren						
Vzw			3 747 500	72,9		
OCMW			1 393 500	27,1		
Totaal	4 235 000 ³		5 141 000	100,0	5 353 752 ⁴	

1. 1991 uit Gilain B. & Nyssens M. (2001), Belgique: l'histoire d'un partenariat associatif-public, p.55

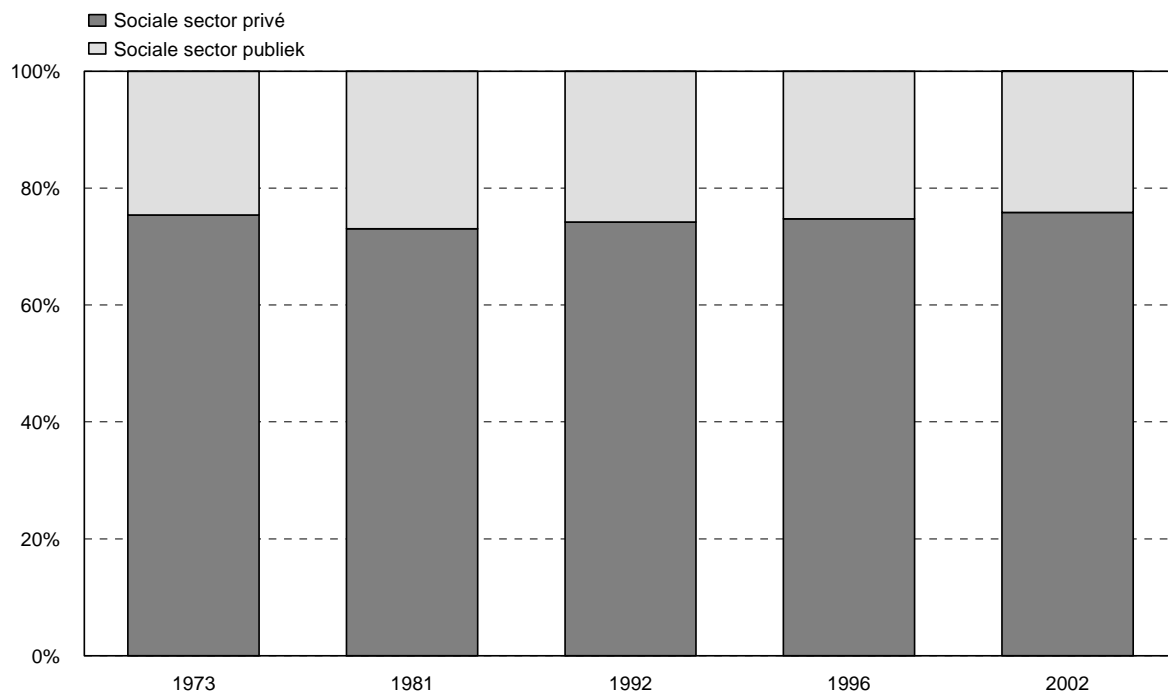
2. 1989

3. 1991

4. Letont V. en Van Daele A. (2004) Proxima-project: de sector van de thuiszorg in het Waalse gewest, UMH

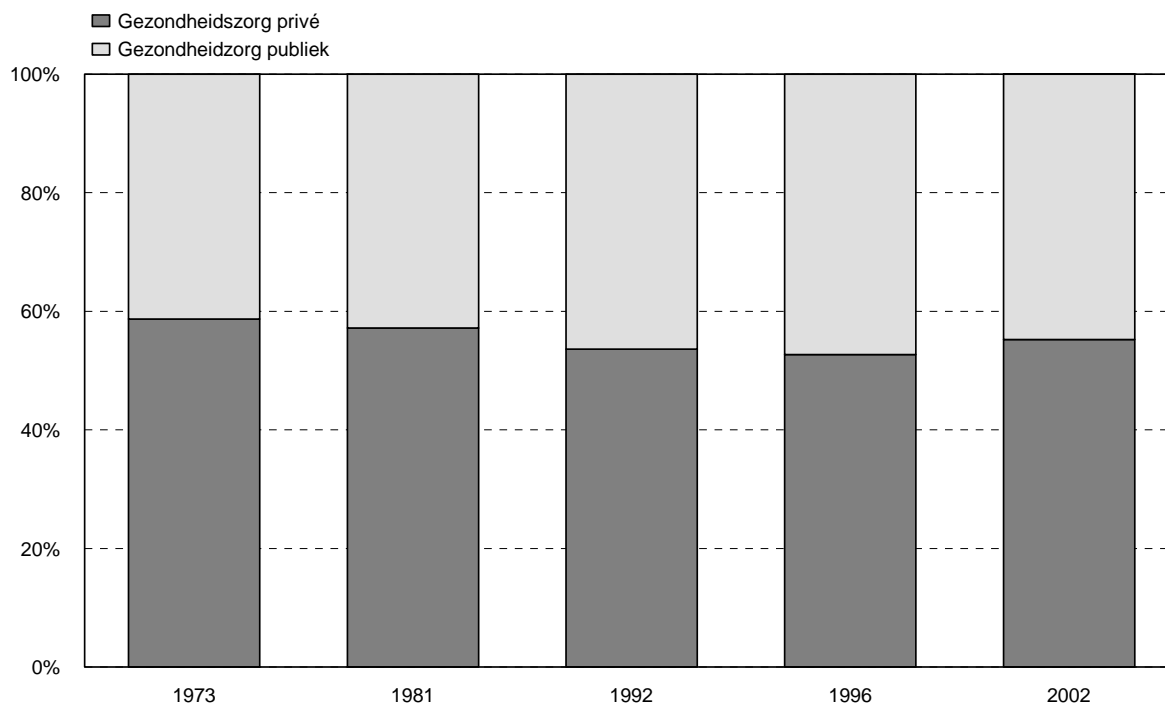
Bron: Pacolet J., Nijkamp P., Spinnewijn H. e.a., HIVA-Vrije Universiteit Amsterdam, 1991

Uit de evolutie van de tewerkstelling in zowel het private als het publieke segment van respectievelijk de gezondheidszorg en de welzijnszorg (zie figuren hierna) blijkt het groter gewicht van de publieke sector in de gezondheidszorg (openbare ziekenhuizen) en het groter gewicht van de private (non-profit) in de welzijnssector (Pacolet, Coudron, 2004). Belangrijk in deze grafiek is evenwel dat de voorbije 30 jaar beide types aanbieders hun relatief marktaandeel consolideren, en dus een parallelle ontwikkeling kennen (Ibidem).



Bron: Berekeningen Hiva op basis van RSZ gedecentraliseerde statistieken Zie J. Pacolet, V. Coudron, 2004.

Figuur 5.27 Sector welzijn: evolutie van aandeel tewerkstelling in publieke en privé sector, België, 1973-2002



Bron: Berekeningen HIVA/K.U.Leuven op basis van RSZ gedecentraliseerde statistieken. Zie J. Pacolet, V. Coudron, 2004.

Figuur 5.28 Sector gezondheid: evolutie van aandeel tewerkstelling in publieke en privé sector, België, 1973-2002

3.4 Vermarkting in de zorg

In 1992 zou in de Europese Unie de interne markt een feit zijn, wat betekende dat alle barrières die het vrije verkeer van goederen, diensten en personen zou hinderen, zouden worden weggewerkt. Hierdoor zouden de voordelen van de grote interne markt en het goed functioneren van de marktwerking een feit zijn. 'The Cost of Non Europe' werd immers hoog ingeschat. De creatie van één munt zou daarin een belangrijke bijkomende factor zijn van marktintegratie (kosten reduceren, prijsconcurrentie via prijsvergelijking bevorderen). Ook in de publieke diensten zou deze marktwerking zich dienen te realiseren, gaande van de openbare diensten tot de gezondheidszorg en de persoonlijke zorg. Het nam nog eens meer dan 10 jaar in beslag en ook een discussie in het kader van de GATS, om de zorgsector te mobiliseren over deze implicaties van vrijhandel en economische integratie. Want concurrentie kan kostenverlagend zijn, maar kan ook 'cut throat competition' veroorzaken, waarbij de zorgkwaliteit in het gedrang komt.

'Levelling the playing field' en 'ownership does not matter' zijn uitspraken die in deze discussie opgang maken. In weze is het een opgeklopt fenomeen. De Belgische zorgsector is al van oudsher een gemengde sector, waar privé non-profit en publiek initiatief, maar ook zogenaamd commercieel initiatief, samen optreden en kunnen optreden. Vermoedelijk zal de concurrentie toenemen. De overheid

moet voor gelijke subsidies gelijke verplichtingen opleggen, en bij kwetsbare groepen de kwaliteitseisen verder verbeteren. Voor sommige groepen, waar de privatisering zeer ver is gegaan (vrije beroepen als artsen bijvoorbeeld) bestaat er in het beroep een eigen strikte deontologie en een controle- en sanctiesysteem, wat de overheid echter niet vrijkoopt om zelf finaal de beschermer in laatste instantie te zijn van volksgezondheid en welzijn, patiënten- en consumentenrechten, recht op informatie. Het zijn deze laatste aandachtspunten die aan belang winnen.¹² De (late) opkomst van patiëntenrechten is hierin dan zowel hoopgevend (dat het er is) als verontrustend (dat het er nu pas is). De eigen controle op kwaliteit via charters van patiëntenrechten kan dit beleid alleen maar versterken, en verdient dus verder geoperationaliseerd te worden. Het VVI heeft onlangs bijvoorbeeld een eerste aanzet van dergelijk charter uitgewerkt voor de rusthuizen, en ook Europees is bijvoorbeeld in deze rusthuissector en voorzieningen voor ouderen aandacht voor dergelijk charter.

Voorals in Vlaanderen is er een groeiende aandacht voor deze vermarkting en voor ondernemerschap in de zorg. De SERV formuleerde onlangs een advies over deze veralgemening van de interne markt spelregels naar de gezondheidszorg en de ouderenzorg. Gevreesd wordt dat buitenlandse aanbieders die gecontroleerd worden in het moederland, gaan opereren volgens de regels van het moederland. Zo zouden er 25 verschillende types aanbieders kunnen zijn, die in het gastland gaan opereren zonder duidelijke garanties van aangepastheid aan de eisen van dat gastland.

4 Kwaliteit van het aanbod van de zorg

Onder kwaliteit verstaan wij bijvoorbeeld in de rusthuissector: plaats om deels eigen meubels te zetten, familie te ontvangen, voor de talrijker wordende groep van demente bewoners, plaats voor de herinnering aan het verleden, de materiële reminiscenties voor hen die hun verleden vergeten hebben maar voor wie de koestering van de herinnering even belangrijk is als voor alle anderen die de film van het leven nog op het netvlies hebben.

4.1 Aandacht voor kwaliteit in het algemene gezondheidsbeleid

Tot de jaren '90 was de aandacht voor kwaliteit vooral beperkt tot aandacht voor statische aspecten van kwaliteit die zich vooral richten op infrastructurele aspecten. Getuige hiervan is bijvoorbeeld de ontwikkeling van de uitgebreide normering waaraan rusthuizen en serviceflats moeten voldoen, de normering van

¹² Een voorbeeld daarvan is te vinden in de Europese vergelijkende studie van 'Voluntary health insurance' (Mossialos, Thomson, 2002) waar een hoofdstuk wordt gewijd aan de implicaties van de interne markt, maar waar ook de aspecten van consumenteninformatie en bescherming aan de orde komen.

de ziekenhuizen,.. . Vanaf de jaren negentig is er een toenemende aandacht voor kwaliteitsverzekering en worden er minimale kwaliteitsvoorwaarden ontwikkeld waarbij de patiënt alsmaar meer centraal komt te staan. Dit vindt onder andere zijn neerslag in de ontwikkeling van het kwaliteitsdecreet (zie verder) (Aelvoet, 2002).

Eén van de vier pijlers van het huidige federale gezondheidsbeleid zoals geformuleerd door Minister Demotte is het 'met alle veldwerkers uitstippelen van een coherent gezondheidsbeleid dat op drie principes berust.' Eén van deze principes waarop deze pijler steunt is het bevorderen van de kwaliteit van de verzorging (Demotte, 2004). Een tweede pijler¹³ bestaat uit de uitbouw van elf prioritaire werkterreinen. Het derde prioritaire werkterrein verwijst hierbij expliciet naar kwaliteit van zorg: 'Het bestrijden van de al dan niet bewuste slechte praktijken van alle zorgverleners en verzorgingsinstellingen, dankzij een betere analyse inzake 'kwaliteit' van de verstrekkingen en een grotere responsabilisering van de betrokken zorgverleners'. Concreet formuleert de minister hiervoor drie actiepunten:

- De evaluatie van de kwaliteit van de verstrekte verzorging dient als basis te gelden voor elk beleid tot responsabilisering van de zorgverleners;
- Zorgverleners dienen zelf bereid te zijn om hun eigen praktijk door gelijken te laten evalueren ('peer-review');
- De verzekeringsinstellingen dienen deze acties van de zorgverleners te ondersteunen door hun advies en statistische info te verstrekken.

Om praktijken naar kwaliteit te kunnen beoordelen zijn echter ook maatstaven nodig. Hiervoor wordt de bestaande wetenschappelijke informatie over de beste praktijken voor het beroep voorgesteld zoals: de EBM (Evidence Based Medecine), de AGP's (Aanbevelingen Goede Praktijken) en de EBN (Evidence Based Nursing).

Naast deze peer-review zal men ook zorgverleners en verzorgingsinstellingen financieel blijven responsabiliseren zodat niet alleen misbruiken worden bestraft, maar ook niet-passende praktijken worden rechtgezet.

¹³ De derde pijler bestaat uit het aanpakken van de vijf grote zwakke punten binnen het gezondheidssysteem: de complexiteit van de beslissingsprocessen in het uitvoeren van het gezondheidsbeleid, het onvoldoende ontwikkelde en gecoördineerde preventiebeleid, het veelvuldige onaangepast beroep doen op de zorgvoorzieningen, het niet altijd afgestemd zijn van de zorgorganisatie op de patiëntenoden en het niet-optimale aanbod van de geneeskundige verzorging. De vierde pijler behelst het versterken van de sterke punten in ons gezondheidssysteem, met name: redelijkheid van de zorgkosten voor een kwaliteit vergelijkbaar met deze van de buurlanden, grote solidariteit in de financiering van de zorg, een verplichte verzekering die nagenoeg de hele bevolking dekt, een ruim verzekerde toegankelijkheid tot kwaliteitsverzorging (Demotte, 2004).

4.2 De kwaliteitswetgeving

Het decreet inzake de kwaliteitszorg in de welzijnsvoorzieningen in Vlaanderen van 29 april 1997 bevat een aantal minimale kwaliteitscriteria waaraan welzijnsvoorzieningen zeker moeten voldoen. Er werd met andere woorden voor de eerste maal een kader aangereikt waarbinnen de voorzieningen aan kwaliteit konden werken. Nadien is dit kader per sector verder gespecificeerd.

Zo werden er door het ministerieel besluit van 10 december 2001 voor de rusthuizen, de centra voor dagverzorging, de centra voor kortverblijf, de serviceflats en de woningcomplexen met dienstverlening specifieke minimale kwaliteitseisen vastgelegd en dit op vijf domeinen:

- Gebruikersgericht: bv. richtlijnen voor het respecteren van de privacy van de bewoners, richtlijnen voor het respecteren van de autonomie, waardigheid, het voorzien van een klachtenrecht,...;
- Continuïteit: richtlijnen over bezetting, opvolging en doorverwijzing;
- Maatschappelijke aanvaardbaarheid: de voorziening dient initiatieven te nemen opdat universeel aanvaarde waarden en rechten kunnen worden gewaarborgd;
- Doeltreffendheid: voorzieningen dienen een opdrachtverklaring op te stellen en de kernprocessen in kaart te brengen welke regelmatig dienen te worden bijgestuurd;
- Doelmatigheid: er worden eisen gesteld inzake de organisatie van het interne en externe overleg, inzake personeelskwalificaties en vorming,...

De wijze waarop deze minimale eisen zullen uitgewerkt worden dient iedere welzijnsvoorziening apart vast te leggen in een kwaliteitsplan en een kwaliteitshandboek dat zij dienen over te maken aan de overheid.

Parallel met het decreet op de welzijnsvoorzieningen werd er voor de Vlaamse gezondheidsvoorzieningen ook een kwaliteitsdecreet ontwikkeld (decreet van 25 februari 1997). Ook hier dienen de verzorgingsvoorzieningen een kwaliteitsplan en kwaliteitshandboek op te stellen en over te maken aan de overheid aan de hand van vooropgestelde minimale kwaliteitseisen.

Door het decreet van 17 oktober 2003 worden beide kwaliteitsdecreten samengevoegd tot het decreet betreffende de kwaliteit van de gezondheids- en welzijnsvoorzieningen.

4.3 Specifieke initiatieven inzake kwaliteit van zorg

4.3.1 Wet op de patiëntenrechten

Sinds 22 augustus 2002 is in de Belgische gezondheidszorg de wet inzake patiëntenrechten van toepassing. De wet is van toepassing op alle

gezondheidsberoepen zoals omschreven in het KB nr. 78 (bv. op artsen, verpleegkundigen,..).

In deze wet worden zeven individuele patiëntenrechten omschreven: het recht op kwaliteitsvolle dienstverlening, op vrije keuze van beroepsbeoefenaar, op informatie over de gezondheidstoestand, op toestemming na informatie, op een patiëntendossier (dossier, inzage, afschrift,..), op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer en tot slot het recht op het neerleggen van klachten bij de bevoegde ombudsfunctie. Tevens wordt er een federale commissie 'Rechten van de Patiënt' opgericht.

Voor het uitoefenen van de individuele patiëntenrechten kan de patiënt zich laten bijstaan door een vertrouwenspersoon. De wet bepaalt ook dat wanneer de patiënt meerderjarig is en zelf zijn rechten niet meer kan uitoefenen (bv. bij dementerende personen), hij zelf voorafgaandelijk en schriftelijk een vertegenwoordiger kan aanduiden voor de uitoefening van zijn rechten. Heeft de patiënt deze niet aangeduid of treedt deze persoon niet op, dan worden de samenwonende echtgenoot, de wettelijk samenwonende partner of de feitelijk samenwonende partner automatisch als vertegenwoordiger beschouwd. Als er helemaal geen vertegenwoordiger voor de patiënt te vinden is, moet de beroepsbeoefenaar de belangen van de patiënt behartigen (Claeys, 2002).

Vermits de patiënt het recht heeft een klacht neer te leggen wanneer deze rechten worden geschonden, valt of staat deze wet bijgevolg bij de goede organisatie van de ombudsfunctie. Het Koninklijk Besluit van 8 juli 2003 voorziet een interne ombudsdienst voor elk ziekenhuis. Daarnaast is er een federale ombudsdienst die werd opgericht binnen de Federale Commissie 'Rechten van de Patiënt', die klachten behandelt over ambulante zorgverstrekkers en ook toeziet op de werking van de ombudsdiensten in de ziekenhuizen (Vlaams Patiëntenplatform vzw).

Naast deze federale wet is er in Vlaanderen ook het voorstel van decreet inzake de gebruikerrechten in de welzijnszorg. Aangezien een aantal ouderenvoorzieningen in Vlaanderen erkend zijn als welzijnsvoorziening (bv. rusthuizen, dagverzorgingscentra) zou daar dus ook dit decreet van toepassing zijn. Van Den Heuvel (2003) pleit dan ook voor een goede afstemming tussen enerzijds de federale wet op de patiëntenrechten en anderzijds het Vlaamse voorstel van decreet inzake de gebruikersrechten in de welzijnszorg. Bovendien stelt Van Den Heuvel ook dat men in het voorstel van decreet inzake de gebruikersrechten (en ook in de wet op de patiëntenrechten) er van uit gaat dat de gebruiker van thuiszorg en ouderenvoorzieningen mondig en assertief is. Van Den Heuvel merkt echter op dat de gebruikers van thuis- en ouderenvoorzieningen in toenemende mate zorgbehoevend zijn, waardoor ze zich in een kwetsbare positie bevinden en niet altijd in de mogelijkheid zijn om op te komen voor hun rechten.

4.3.2 Andere initiatieven

Het Flemish Quality Indicator Project (FQIP) is een project dat in een groter internationaal project kadert en als bedoeling heeft het meet- en zichtbaar maken van klinische performantie met het oog op een continue bewaking en verbetering van de kwaliteit. Binnen het Vlaamse project worden twee sets van gevalideerde en betrouwbare indicatoren aangeboden: een set voor de acute zorg en een voor de psychiatrische zorg. De sets van indicatoren voor de chronische zorg en de thuiszorg dienen nog ontwikkeld te worden (CZV,2002).

Het interessante aan de ontwikkelde indicatoren is dat een gedeelte er van wellicht ook nu al zou kunnen gebruikt worden in de ouderenzorg. Indicatoren kunnen er gebruikt worden als een gids om de kwaliteit en het verantwoorde karakter van de zorg te meten en te evalueren. Voorbeelden van deze indicatoren zijn o.i.:

- het aantal gedocumenteerde valongelukken;
- het gebruik van bepaalde medicatie zoals sedativa;
- het voorkomen van decubitus (doorligwonden).

Het interessante aan dergelijke indicatoren is dus dat zij in een instelling of voorziening kunnen dienen om het eigen kwaliteitsbeleid vorm te geven. Uiteraard zijn er ondertussen ook heel wat andere instrumenten en modellen ontwikkeld die kunnen gebruikt worden.

Zo zijn er de ‘practical guidelines’ wat richtlijnen zijn voor de klinische praktijkvoering en die kwaliteitsbevorderend werken. Zij kunnen worden opgesteld door de overheid (bv. richtlijnen rond beperking van antibioticagebruik), door de financiers, door beroeps en/of wetenschappelijke verenigingen, of door lokale praktijkgroepen of ziekenhuizen. Dergelijke richtlijnen komen tot stand op basis van de ‘evidence based medicine’ met andere woorden door raadpleging van diverse wetenschappelijke literatuur en na voldoende overleg en afweging van alternatieven.

Ook voor verpleegkundigen wil men ‘guidelines’ en zorgprogramma’s (clinical pathways) invoeren voor een specifieke patiëntenkring waardoor de verpleegkundige expertise wordt ontwikkeld (gezondheidsdialogen minister Demotte).

Andere al bestaande kwaliteitsinitiatieven vinden we terug bij de artsen. Zo werd in de huisartsgeneeskunde het ‘Globaal Medisch Dossier’ ingevoerd, en werd voor alle artsen het systeem van ‘accreditering’ ingevoerd. Een ‘geaccrediteerd’ geneesheer geniet een hoger honorarium en de patiënt die hem raadpleegt, krijgt een groter gedeelte terugbetaald van de verplichte ziekteverzekering. Om te worden geaccrediteerd moet de geneesheer voldoen aan bepaalde voorwaarden, die meer bepaald te maken hebben met een minimale activiteit, een therapeutisch en matig voorschrijfgedrag, het bijhouden van een medisch dossier, een

voortgezette opleiding en een 'peer-review' in lokale groepen voor medische evaluatie (health.fgov, 2004).

4.4 Invoering opnameverklaring

Als extra informatie voor de patiënt is er het KB betreffende de opnameverklaring dat bepaalt dat ieder ziekenhuis vanaf 1 september 2004 bij opname en dagopname van een patiënt deze een opnameverklaring moet voorleggen waarin alle prijzen die kunnen worden aangerekend vermeld staan. Ook dient de patiënt via dit formulier te verklaren of hij tegen verbintenistarieven wenst verzorgd te worden en wat zijn kamerkeuze is.

De opnameverklaring doet dus dienst als een soort prijsbestek dat door de patiënt moet worden ondertekend en waardoor deze een zekere prijsgarantie krijgt. Deze voorafgaandelijke informatie aan de patiënt moet de transparantie van de prijzenpolitiek van het ziekenhuis ten goede komen waardoor de patiënt achteraf bij ontvangst van zijn ziekenhuisfactuur niet voor verrassingen komt te staan.

4.5 Beleidsparticipatie ouderen

Het Vlaamse Parlement keurde op 21 april 2004 het decreet ouderenparticipatie goed. Het decreet stimuleert een inclusief ouderenbeleid. Zo vereist het coördinatie op Vlaams niveau (er zou een minister worden aangesteld voor de coördinatie van het Vlaamse ouderenbeleid), richt het de Vlaamse Ouderenraad op en geeft het stimulansen voor de ontwikkeling van een lokaal ouderenbeleid. De jaarlijkse subsidie en voorwaarden voor het opmaken en uitvoeren van het jaarlijkse ouderenbeleidsplan zullen bepaald worden via uitvoeringsbesluiten.

Het decreet is dus mede een stimulans voor de oprichting (de verderzetting) van de lokale ouderenadviesraden. De lokale besturen krijgen nu ook voor het opmaken en het uitvoeren van hun lokale ouderenbeleidsplannen, ingebed in het lokaal sociaal beleidsplan, en de aanstelling van een lokaal ouderenbeleidscoördinator een jaarlijkse subsidie binnen de perken van de beschikbare begrotingskredieten (OOK, 2004).

4.6 Een eerste indicator van kwaliteit: het aantal éénpersoonkamers

Beschikbaarheid van de residentiële zorg (aantal plaatsen), aantal vierkante meter per persoon, aantal éénpersoonkamers en omvang en structuur van de personeelsomkadering van een rusthuissector zijn voldoende parameters om een redelijk idee te vormen van de uitbouw van de sector in België en internationaal. Deze informatie is nu nog allesbehalve beschikbaar. Wij geven hierna de informatie over het aandeel éénpersoonkamers en de gemiddelde dagprijs per type kamer.

Eenpersoonskamers blijken de meest aangeboden woonvorm te zijn; in België en Vlaanderen zijn respectievelijk 80% en 84% van de ter beschikking gestelde kamers van deze aard. Dit betekent evenzeer dat nog steeds 16 tot 20% van de rusthuiskamers géén éénpersoonskamer is! In Brussel waren er anno 2001 nog 12% drie- of nog meerpersoonskamers. Er waren maar 64% eenpersoonskamers. Dat betekent dat er een nog kleiner percentage van de personen verblijven in een éénpersoonskamer. Opvallend is ook dat het prijsverschil tussen de één- en meerpersoonskamers beperkt is (ongeveer 2 euro per verblijfsdag). In Vlaanderen is dat prijsverschil nog kleiner, maar is ook het aandeel meerpersoonskamers kleiner. Uit onderstaande tabel blijkt dat er geen grote verschillen bestaan wat de gemiddelde verblijfsdagprijs betreft tussen de verschillende soorten instellingen. De dagprijs van een meerpersoonskamer ligt steeds lager dan de dagprijs van een éénpersoonskamer. De dagprijzen zijn tussen 1998 en 2001 licht toegenomen. De gemiddelde dagprijs van een éénpersoonskamer ((minimum + maximum dagprijs)/2) steeg in België tussen 1998 en 2001 met 2,3%, in Vlaanderen met 3,3%.¹⁴

Merk ook dat in de ziekenhuissector meer en meer wordt aanvaard dat de huidige verwachtingen van de bevolking gaan naar beter comfort. (J. Hermesse in Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2004, p. 328): 'Het generatie-effect verklaart ook waarom de vergrijzing niet de hoofdoorzaak van de groei in de gezondheidszorg is. Kenmerkend ervoor is de vraag naar individuele kamers, bijvoorbeeld de sterk gestegen vraag naar individuele kamers in ziekenhuizen. Dat soort vraag weerspiegelt het toegenomen comfort in de woningen.' Hetzelfde is aan de orde in de rusthuizen. Enkel een inkomensbeperking en de beperkte subsidiëring en de regelgeving maken dat vooralsnog de serviceflat niet uitgroeit tot het RVT van de toekomst. Wij voorzien echter al jaren dat het rusthuis van de toekomst een voorziening zal zijn met het wooncomfort van een serviceflat en de zorgintensiteit van een RVT. Wij zien ook dat bijvoorbeeld in Vlaanderen de regelgeving nahinkt op de praktijk en dat elke nieuwe generatie van rusthuisvoorzieningen, weliswaar van een betere woonkwaliteit is, maar nahinkt op wat de wensen zullen zijn van de ouderen van morgen. Een massaal investeringsprogramma voor deze woonkwaliteit dient zich dan ook aan. Dit staat in schril contrast met stagnerende middelen in bijvoorbeeld het VIPA in Vlaanderen. In hoofdstuk 7 signaleren wij

¹⁴ We hanteren deze berekende gemiddelde dagprijs aangezien in de enquête Volksgezondheid bij de RVT's enkel de vraag gesteld werd naar de absolute minimale en maximale dagprijs per kamer, en niet naar de gemiddelde dagprijs. Wij kunnen daarom geen gewicht van voorkomen geven aan minimum en maximum.

dat bijvoorbeeld ook in het VK een 'upgrading' van de zorgsector zal dienen gepaard te gaan met meer investeringen in nieuwe infrastructuur.

Tabel 5.25 Gemiddelde verblijfsdagprijs in rust- en verzorgingstehuizen, per type kamer, per gewest, 1998 en 2001, in euro

	Totaal 1998		Openbaar 2001		Vzw 2001		Commercieel 2001		Totaal 2001		% -aandeel van type kamer per gewest (2001) *
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	
Eenpersoonskamer											
Brussel	34,28	38,62	34,12	35,32	35,97	43,87	36,24	44,00	34,99	39,17	63,68
Duitse Gemeenschap	35,30	35,10	37,10	52,10	0,00	0,00	29,90	33,71	35,29	47,50	82,38
Wallonië	28,21	32,15	28,01	31,32	29,02	33,91	30,06	34,21	28,48	32,40	73,38
Vlaanderen	33,84	36,29	34,45	36,77	35,92	38,32	33,94	37,50	34,97	37,46	84,25
België	32,60	35,52	32,52	35,18	34,61	37,67	32,94	36,95	33,35	36,33	80,48
Tweepersoonskamer											
Brussel	31,58	34,26	30,67	32,07	36,09	40,93	31,15	33,18	32,26	34,72	24,13
Duitse Gemeenschap	34,41	41,50	37,05	47,17	0,00	0,00	29,13	30,14	34,41	41,49	17,62
Wallonië	26,13	28,93	26,62	30,28	26,53	29,06	25,61	26,77	26,44	29,34	21,07
Vlaanderen	33,24	34,75	34,96	37,88	34,18	36,49	32,89	34,84	34,33	36,83	13,21
België	31,46	33,79	32,08	35,17	32,57	35,03	30,56	32,27	31,12	34,74	15,79
Driepersoonskamer											
Brussel	30,52	31,43	29,34	30,02	28,80	28,80	26,70	27,27	28,90	29,40	8,96
Duitse Gemeenschap	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Wallonië	25,04	28,16	26,53	29,37	24,84	26,45	24,58	24,71	25,93	28,21	4,01
Vlaanderen	30,99	31,93	32,27	33,60	32,56	32,93	30,48	30,48	32,07	32,90	1,16
België	28,98	30,61	29,76	31,59	29,87	30,59	28,71	28,80	29,65	30,94	2,26

* Het betreft hier het % van het totaal aantal kamers. Dit betekent dat in de meerpersoonskamers meer dan 1 persoon verblijven, wat maakt dat relatief gezien nog minder personen beschikbaar over een eenpersoonskamer. De RVT-enquête heeft betrekking op kamers van zuivere RVT-diensten, of gemengde ROB- en RVT-diensten.

Tabel 5.25 Gemiddelde verblijfsdagprijs in rust- en verzorgingstehuizen, per type kamer, per gewest, 1998 en 2001, in euro. Vervolg

	Totaal 1998		Openbaar 2001		Vzw 2001		Commercieel 2001		Totaal 2001		% -aandeel van type kamer per kamer per gewest (2001) *
	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	Min.	Max.	
Vierpersoonskamer											
Brussel	28,41	29,60	31,30	33,09	33,96	33,96	24,89	26,03	30,88	32,41	3,23
Duitse Gemeenschap	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Wallonië	25,98	27,37	27,90	30,25	24,37	25,19	26,19	26,19	26,83	28,62	1,55
Vlaanderen	31,04	31,95	32,24	33,16	31,33	31,49	31,05	31,05	31,80	32,37	1,32
België	29,18	30,27	30,67	32,17	29,33	29,67	29,61	29,71	30,18	31,21	1,46
Meerpersoonskamer (<4)											
Brussel	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Duitse Gemeenschap	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Wallonië	17,35	17,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Vlaanderen	30,00	30,00	30,00	30,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30,00	30,00	0,00
België	23,67	23,67	30,00	30,00	0,00	0,00	0,00	0,00	30,00	30,00	0,00

* Het betreft hier het % van het totaal aantal kamers. Dit betekent dat in de meerpersoonskamers meer dan 1 persoon verblijven, wat maakt dat relatief gezien nog minder personen beschikken over een eenpersoonskamer. De RVT-enquête heeft betrekking op kamers van zuivere RVT-diensten, of gemengde ROB- en RVT-diensten.

Bron: Feedback van de enquête in rust- en verzorgingstehuizen, 2001, p. 65-68 en eigen berekeningen op basis van de RVT-registratie 2001

4.7 De kost van gebrek aan kwaliteit

Midden jaren negentig werd in Frankrijk een onderzoek verricht naar de kost van de niet-kwaliteit in de zorg (coût de la non-qualité). De Europese Commissie verwijst er vandaag naar om de mogelijkheden te signaleren van kostenverlaging en kostenvermindering bij een goed georganiseerde zorg.

In een recente studie van het Centrum voor Ziekenhuiswetenschappen (CZV, K. Milissen, A. Vleugels en K. Debontridder) wordt vastgesteld dat ouderen na hun ontslag uit een ziekenhuis er vaker slechter aan toe zijn dan twee weken voor de opname, waarbij blijkt dat zelfredzaamheid, mobiliteit en mentale vaardigheden schade kunnen oplopen door de 'acute verwardheid, valpartijen en ondervoeding'.

Deze problemen zouden zich volgens Debontridder en Milissen vooral voordoen omdat ouderen bij opname in een ziekenhuis te weinig op een specifieke geriatrische dienst ('G-dienst') zouden terecht komen. Uit hun onderzoek door middel van een steekproefbevraging bij 48 ziekenhuizen blijkt dat 42 tot 93% van de ouderen niet terecht komt in een geriatrieafdeling waardoor ze vaak niet de nodige zorg krijgen. Hieraan gekoppeld ontstaan nadelige gevolgen voor de gezondheid en stijgende kosten voor de gezondheidszorg. Volgens de onderzoekers zouden mits uitbreiding van het aantal G-bedden 15% van de verwardheid, 30% van de valpartijen en 20% van de gevallen van ondervoeding kunnen worden voorkomen.

Uit tabel 5.1 en 5.2 blijkt dat in 2004 in Vlaanderen slechts 73% van de geprogrammeerde G-bedden zijn ingevuld, in Wallonië bedraagt dit percentage slechts 59%. In Brussel echter zijn er meer erkende dan geprogrammeerde G-bedden: het percentage bedraagt daar 123%.

Tevens pleiten de onderzoekers voor de goedkeuring van het voorstel van KB van 2001 betreffende het 'Geriatrisch zorgprogramma'. Het geriatrische zorgprogramma streeft ernaar om elke gehospitaliseerde patiënt met een geriatrisch profiel op te nemen in het programma. Voor elk van deze patiënten wordt dan een individueel multidisciplinair zorgenplan opgesteld. Naast de geriatrische hospitalisatieafdeling, bevat het zorgprogramma ook een geriatrische consultatiedienst, een geriatrisch dagziekenhuis en een interne- en externe liaisonfunctie (waarmee de geriatrische expertise van het multidisciplinaire team ook ten dienste gesteld wordt intern aan andere ziekenhuisdiensten, en extern aan bv. de huisarts of een ROB/RVT).

5. Samenwerking eerstelijnszorg/welzijnszorg-gezondheidszorg

Op *federaal niveau* werden de Geïntegreerde Diensten voor Thuisverzorging (GDT's) gerealiseerd om de samenwerking inzake de eerstelijnsgezondheidszorg

te realiseren. Deze GDT's kennen een geografisch afgebakend werkgebied. Er worden er 1 op 70 000 inwoners geprogrammeerd.

Het doel is vooral om de eerstelijnszorg te herwaarderen en te versterken via multidisciplinair overleg rond patiënten die gedurende ten minste 45 kalenderdagen voldoen aan de criteria van het A-, B- of C- forfait¹⁵. Het multidisciplinaire overleg dient minimaal te worden georganiseerd tussen de huisarts, de verpleegkundige en de patiënt of zijn mantelzorger. Eventueel kan de kinesist, logopedist of maatschappelijk werker ook deelnemen aan het overleg. Hun takenpakket is drieledig:

- Het evalueren van de zelfredzaamheid van de patiënt (hiertoe kan gekozen worden uit een lijst van evaluatie-instrumenten vastgelegd door het Riziv);
- Het uitwerken en de opvolging van het zorgenplan;
- Het maken van taakafspraken tussen zorg- en hulpverleners.

Voor dit multidisciplinaire overleg is er jaarlijks per patiënt een vergoeding voorzien: voor zowel het GDT voor de praktische ondersteuning als voor de betrokken hulpverleners die aan het overleg deelnamen.

Met het protocolakkoord van 25 juli 2001 wensen zowel de federale als de Vlaamse overheid de eerstelijnsgezondheidszorg te herwaarderen. Men wil een coherent, kwaliteitsvol en toegankelijk zorgaanbod op het meest aangewezen niveau realiseren.

Op *Vlaams niveau* is er sinds 2003 het kaderdecreet betreffende de eerstelijnsgezondheidszorg, waarvoor men momenteel werkt aan de uitvoeringsbesluiten. De vier initiatieven die hiermee worden genomen zijn de volgende (Rouselle e.a., 2002):

- Erkennen van (vaak al bestaande) samenwerkingsverbanden op niveau van de praktijkvoering. Het kan gaan van een netwerk van afzonderlijk gevestigde praktijken over monodisciplinaire groepspraktijken tot multidisciplinaire wijkgezondheidscentra. Met de erkenning en subsidiëring wil de Vlaamse Gemeenschap vooral de drempels tot het vormen van samenwerkingsverbanden verlagen zonder een bepaald type van samenwerking op te leggen. Dit wil ook zeggen dat de bovengenoemde GDT's alle als SIT (Samenwerkingsinitiatief in de Thuiszorg) en dus later ook als SEL (Samenwerkingsinitiatief Eerstelijnsgezondheidszorg) zullen erkend worden.
- Erkenning en subsidiëring van ondersteunende partnerorganisaties en netwerken (bv. rond dementie, palliatieve zorg, chronische ziekten,..). Deze

¹⁵ Het A-, B- en C-forfait staan voor een combinatie van Katz-scores die in de thuisverpleging gebruikt worden voor de aanduiding van de zorgbehoevendheid. In dit geval wil het zeggen dat het om matig tot zwaar zorgbehoevende personen gaat die minimaal gedeeltelijke hulp nodig hebben voor het zich wassen en kleden en het verplaatsen of het naar het toilet gaan.

organisaties vullen niet zelf de zorgbehoeften bij de zorgvrager in, maar geven wel de lokale zorgverlening de nodige ondersteuning.

- Oprichting Samenwerkingsinitiatieven Eerstelijnsgezondheidszorg (SEL's). Het gaat om VZW's waarin alle (vertegenwoordigers van) aanbieders van eerstelijnszorg werkzaam in een bepaald werkgebied worden verenigd om de eerstelijnsgezondheidszorg te optimaliseren. Ook de SEL's zullen dus zelf geen zorgen verstrekken aan cliënten. De minimumpartners van een SEL zijn: huisartsen, thuisverpleegkundigen, thuiszorgdiensten, CAW's van de ziekenfondsen, lokale dienstencentra en OCMW's. De afbakening van het werkgebied van een SEL, zal gebeuren volgens het decreet op de zorgregio's¹⁶. In totaal zullen er maximum 85 SEL's of groeperingen van SEL's in Vlaanderen worden erkend. Globaal gesproken zullen in Vlaanderen de SEL's de werkingsprincipes van de vroegere SIT's verder zetten en tevens zullen zij als GDT fungeren voor wat betreft de federaal gefinancierde opdrachten. Het is dus niet de bedoeling dat er een nieuwe structuur bijkomt. Het verschil tussen de SEL's en de GDT's ligt in het feit dat de GDT's ook diensten en verzorging omvatten. Dit is niet het geval bij de SEL's, die eigenlijk zuiver overlegplatformen zijn.
- Het regelen van de diensten maatschappelijk werk (DMW) in het kader van de ziekenfondsen. Zij zullen de huidige ingebouwde centra voor ambulante welzijnswerk (de zogenaamde ICAW's) vervangen. De bedoeling hiervan is om de expertise die deze ICAW's opbouwde ten aanzichte van ouderen, gehandicapten en zieken dichterbij de organisatie van de (eerstelijns)gezondheidszorg te brengen.

In het Vlaamse regeerakkoord 2004 - 2009 vinden we in een aantal actiepunten de aandacht voor samenwerking terug. Zo vinden we volgende punten terug:

- De aanmoediging van de samenwerking tussen de ziekenhuizen onderling en de samenwerking tussen de ziekenhuizen en de eerstelijnszorgverstrekkers;

¹⁶ Het doel van het indelen van Vlaanderen in zorgregio's was een optimale structuur op te zetten om de geïntegreerde diensten voor thuisverzorging (GDT's) te organiseren. De indeling van de regio's is gebeurd na een wetenschappelijke studie naar de natuurlijke stromen die er bij de bevolking bestaan als ze een beroep doet op een aantal diensten voor aankopen, vrije tijdsbesteding, onderwijs, gezondheid. De zorgregio's zijn dus niet opgebouwd vanuit het oogpunt van de zorgaanbieder, wel vanuit de 'zorgvrager'.

Vanuit het werkveld is er heel wat protest tegen deze indeling omdat ze nu ook gebruikt wordt voor de SEL's waardoor in een aantal regio's de bestaande zorgnetwerken worden uit elkaar getrokken (een aantal SIT-regio's komen niet overeen met de toekomstige SEL-regio's), en er over de bestuurlijke grenzen heen dient gewerkt te worden (zoals grensgemeentes van verschillende provincies die nu moeten gaan samenwerken). (Rouselle, 2003)

- Men wil de overlegstructuren vereenvoudigen en rationaliseren. Men wil zich hierbij specifiek richten op het overleg met en rond de zorggebruiker;
- In de ouderenzorg wil men open leef-, woon- en zorgcentra ontwikkelen en versterken op basis van de samenwerking tussen en de integratie van residentiële zorg en thuiszorg.

In 2002 waren er in Vlaanderen 23 Samenwerkingsinitiatieven in de Thuiszorg (SIT's) die in totaal de zorg van om en bij de 14 500 patiënten coördineerden (zie onderstaande tabel). De forse vermindering van het aantal SIT's ten opzichte van 1999 heeft vooral te maken met een aantal fusies van SIT's. Zo zijn al de aparte SIT's in zowel de provincie Limburg als de provincie Oost-Vlaanderen in 2000 gefusioneerd tot 2 grote SIT's.

Tabel 5.26 Samenwerkingsinitiatieven in de thuiszorg, evolutie van het aantal voorzieningen en aantal patiënten in Vlaanderen van 1999 tot 2002

	1999	2000	2001	2002
Aantal initiatieven	74	23 ¹	23	23
Aantal patiënten	11 106	14 313	14 500 ²	14 500 ²

1. In 2000 was er een daling van het totale aantal initiatieven ten gevolge van een fusiebeweging
2. Bij benadering

Bron: WVC Vlaanderen (2003) Welzijn en Volksgezondheid in Cijfers

HOOFDSTUK 6: FINANCIERING VAN DE GEZONDHEIDS- EN OUDERENZORG OP MICRO-, MESO- EN MACRONIVEAU

Wanneer politici, de publieke opinie, de zorgsector zelf als de patiënten en ouderen, zich ongerust maken over de ‘impact van de vergrijzing’, dan betreft dit vooral het gevolg van de gestegen kosten in de gezondheidszorg en de langdurige zorg. Analytisch kan men dit op het niveau van de patiënt, een voorziening, een sector of de totale overheid bekijken. In dit hoofdstuk brengen wij informatie op deze uiteenlopende niveaus samen om een zicht te krijgen op de totale kostprijs van de vergrijzing vandaag en morgen, en wat de determinanten zijn.

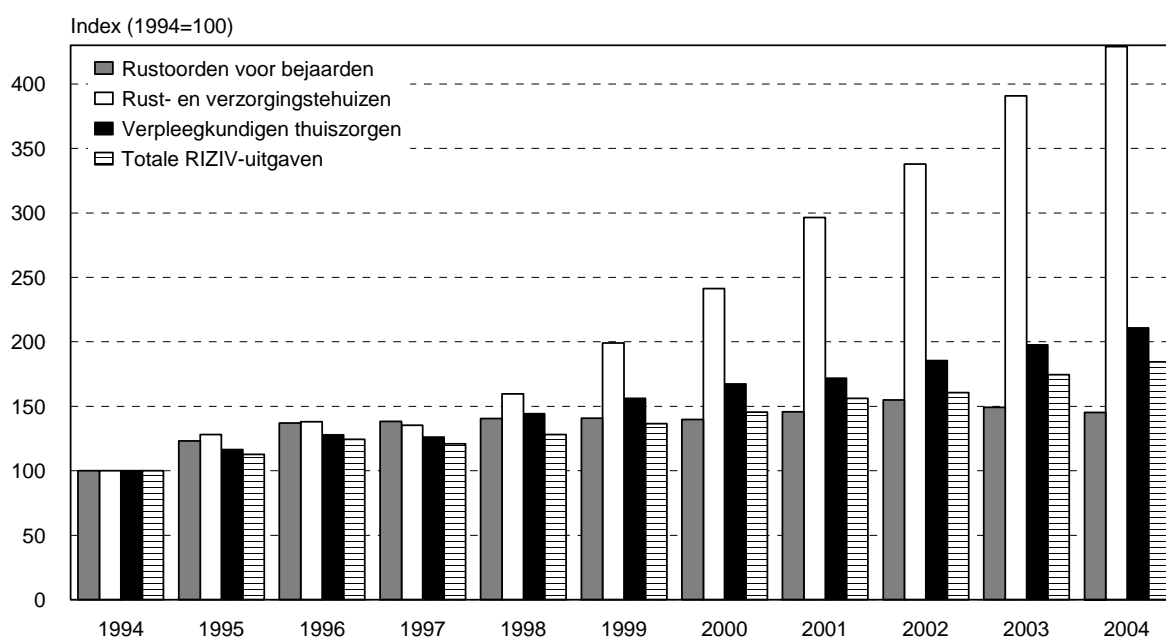
Het micro- en meso niveau verwijzen naar de determinanten van de kostprijs en de aard van de ten laste neming, die kunnen te maken hebben met karakteristieken van de oudere, of van de voorziening.¹ Hierbij wordt het belangrijke onderscheid tussen private en publieke uitgaven gehanteerd, met indien mogelijk de diverse deelcategorieën (centrale overheid, sociale zekerheid, eigen bijdragen, private verzekering,...) die vermeld zijn in bovenstaand schema 1 (in hoofdstuk 1). Zowel het niveau als de vorm van de overheidsfinanciering moeten aan bod komen, en ook de al dan niet groeiende omvang van de private en tweede-pijler producten in deze sector. Determinanten als omvang van de hulpbehoevende bevolking, opname van de zorg, wijze van financiering en finaal de graad van publieke financiering, zullen de totale bestedingen aan ouderenzorg (in gezondheid en LTC) en de totale publieke uitgaven bepalen.

¹ Recent ondermeer toegepast in J. Pacolet, G. Cattaert, Het silhouet van de bewoners achter de gevel van het woon- en zorgcentrum. Op zoek naar een wetenschappelijke objectivering van een nieuw financieringsmodel voor het woon- en zorgcentrum, HIVA, 2004.

1. Aandeel gezondheidszorguitgaven voor ouderen

1.1 Aandeel ouderenzorg in RIZIV-uitgaven

De voornaamste zorguitgaven voor ouderen zijn gesitueerd in de gezondheidszorg. In onderstaande grafiek wordt voor een recente periode de evolutie geschetst van de RIZIV-uitgaven in het algemeen en de uitgaven voor een aantal voorzieningen die specifiek naar de ouderenzorg zijn georiënteerd. Dit is reeds een eerste indicator van het groeiende belang van langdurige ouderenzorg in de gezondheidszorg. Dit aandeel steeg van 9% van het totaal RIZIV-budget in 1994 tot 12% in 2004. Onderstaande grafiek laat zien hoe dat de voorbije tien jaar de uitgaven die het meest gericht zijn op de ouderen, het sterkst stegen. De uitgaven voor ROB stagneerden maar werden gecompenseerd door een verviervoudiging van de RVT-uitgaven. De thuisverpleging kende een verdubbeling van de uitgaven, en overtreft daarmee nog de stijging van de totale RIZIV-uitgaven die ongeveer 80% belooft over de periode 1994-2004.



Bron: RIZIV-jaarverslagen

Figuur 6.1 RIZIV-uitgaven ROB, RVT en Verpleegkundige thuiszorgen en totale RIZIV-uitgaven, België, 1994-2004

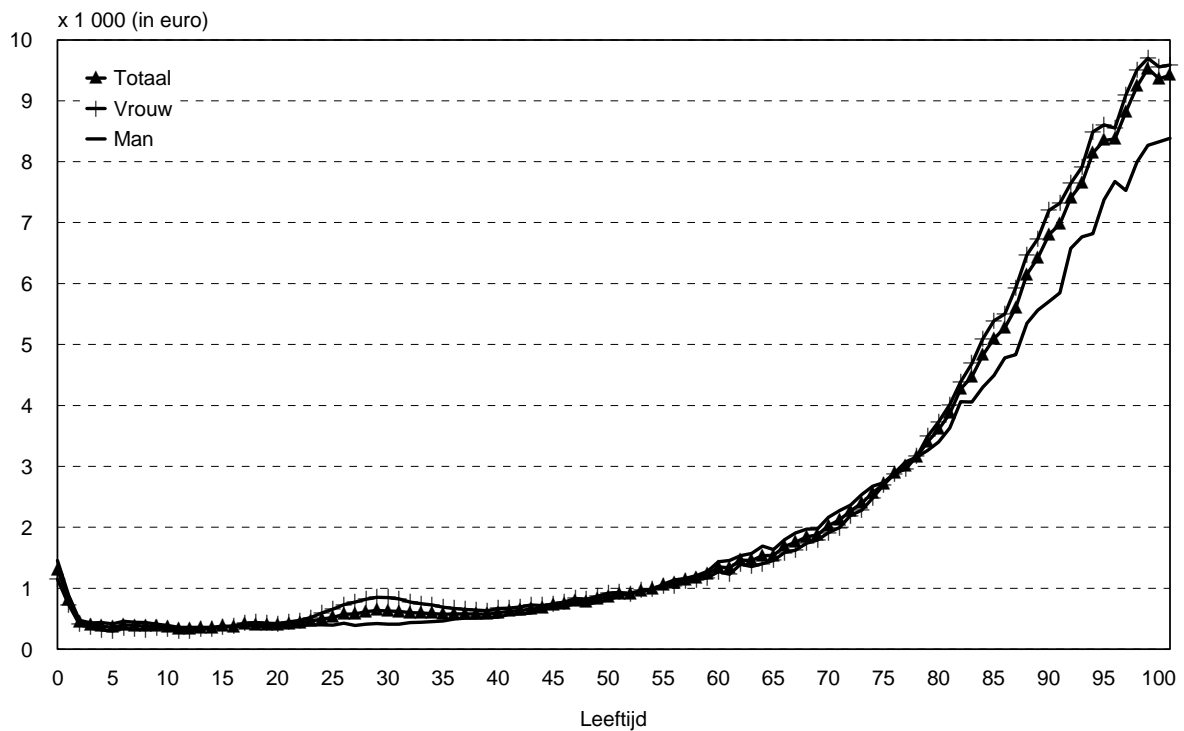
1.2 Totale RIZIV-uitgaven naar leeftijd

Maar deze voorstelling geeft geen volledig beeld van het groeiende aandeel van de zorg voor ouderen. Zowel intramurale als extramurale curatieve zorg, geneesmiddelen, rehabilitatie, alle gezondheidsuitgaven zijn in toenemende mate bestemd voor 65+ers, die een groter aandeel vormen van de totale bevolking.

Hieronder geven wij het leeftijdsprofiel van de totale zorguitgaven bij één grote mutualiteit, en de uitgaven per capita. Wij geven het totale profiel, en dit voor mannen en vrouwen afzonderlijk. Wij vertrekken van het leeftijdsprofiel van de uitgaven per capita, om via vermenigvuldiging met de bevolking van elke leeftijdscategorie, de totale uitgaven te berekenen. In bijlagen wordt het specifiek profiel voor de PUG en de voorkeurregeling opgenomen. Wij inspireren ons op informatie die op termijn in Europa zal worden gebruikt. Dit soort informatie zal op termijn standaard moeten worden.

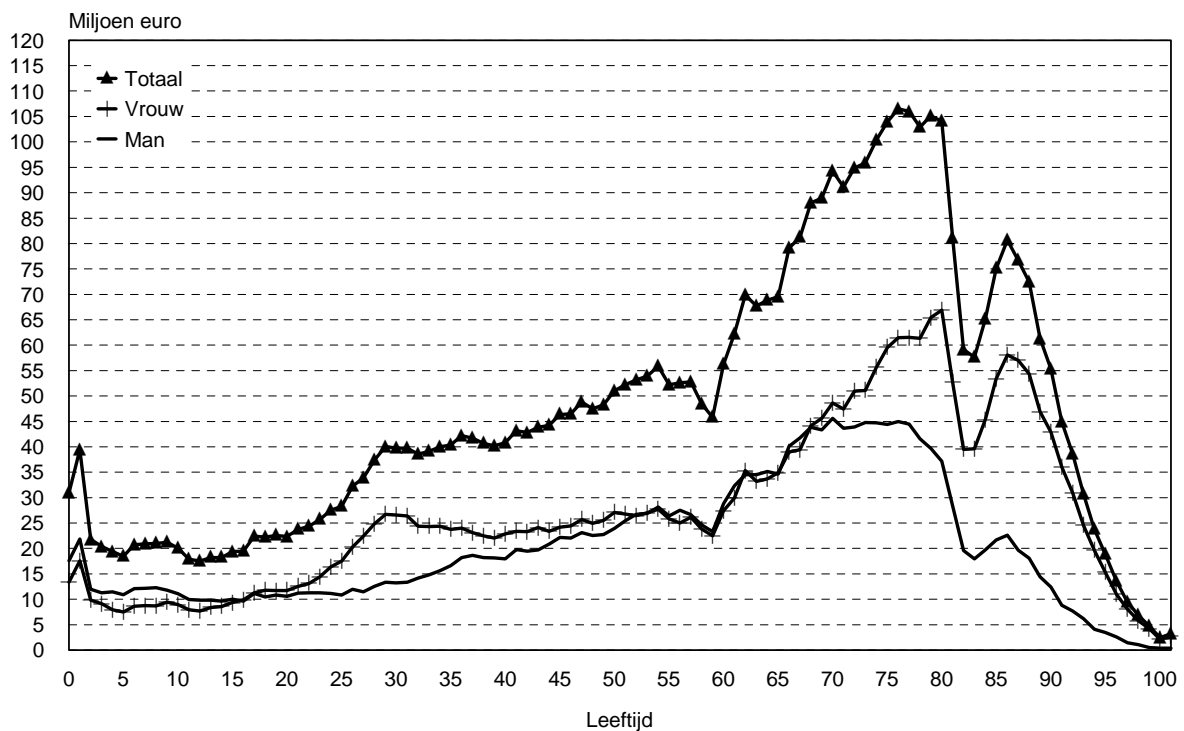
De gezondheidszorgrekeningen zouden volgens de richtlijnen van OESO en Eurostat op termijn immers moeten opgesplitst worden naar geslacht en leeftijd. Gezien de talrijke dimensies die de gezondheidszorgrekeningen impliceren (naar verstrekker, naar functie, naar type van financiering), is dit een bijkomende moeilijkheidsgraad. In een haalbaarheidsstudie voor Eurostat, waaraan ook België meewerkte (IGSS, CEPS, november 2003), wordt uitgeprobeerd in welke mate de lidstaten informatie kunnen geven, voor de diverse functies in de zorgrekeningen, over het leeftijdsprofiel.

Voor België werd enerzijds de analyse van de CM van de zorguitgaven naar leeftijd voor de periode 1990-2000 (CM, 2002) gebruikt, en aanvullende informatie van de gezondheidsuitgaven verzameld in het kader van de financiële verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen (C. Van De Voorde). De cijfers werden weergegeven voor de totale uitgaven en de gemiddelde uitgaven naar geslacht en naar leeftijd. De ene curve levert nuttige informatie op over welk deel van de totale uitgaven aan de diverse leeftijdscategorieën wordt besteed, en kan illustreren in welke mate systemen meer zorguitgaven naar ouderen oriënteren of niet. De andere curve illustreert de intensiteit van de zorg naarmate de leeftijd toeneemt. Wij geven voor de zorguitgaven in België beide curven. Voor internationale vergelijking zijn deze curven nog in een pilootfase.



Bron: Eigen berekeningen HIVA/K.U.Leuven op basis van CM-gegevens

Figuur 6.2 ZIV-uitgaven per capita per leeftijdsgroep, in euro, 2000



Bron: Eigen berekeningen HIVA/K.U.Leuven op basis van CM-gegevens

Figuur 6.3 Totale ZIV-uitgaven per leeftijdsgroep, in miljoen euro, 2000

De oppervlakte onder bovenstaande curven geeft de totale uitgaven weer naar leeftijd voor respectievelijk mannen en vrouwen en het totaal. Het is als het ware de bevolkingspiramide gewogen met de uitgaven per capita die in figuur 6.3 te vinden is. De oppervlakte van de curve voor de vrouwen is groter, en ook relatief meer bij de hoogbejaarden gesitueerd, naast de hogere uitgaven voor de 20-35 jarige vrouwen omwille van de zwangerschappen. De inkervingen in de curven zijn de demografische terugval van de kleinere geboortecohorten in de oorlogsjaren. Het verloop van de uitgaven per capita laat zien hoe die uitgaven effectief hoger zijn bij de vrouwen tussen 25 en 35 jaar, maar daarnaast vooral hoger liggen bij de vrouwen vanaf ongeveer 80 jaar. De gezondheidsuitgaven beginnen vooral te stijgen vanaf 60 jaar, om te verdrievoudigen rond de 80 jaar en nog eens te verdrievoudigen tussen een 80-jarige en een 100-jarige. Op basis van de onderliggende cijfers van deze twee figuren, berekenen wij in tabel 6.1 het aandeel van de uitgaven voor de 65+ers, de 75+ers en de 85+ers. Over alle leeftijdsgroepen is het aandeel van de vrouwen ongeveer 57% van de totale hier beschreven ZIV-uitgaven. Bij de 65+ers is dat aandeel ongeveer 60%, om tot 75% te stijgen bij de 85+ers.

Het aandeel van de 65+ers in de totale gezondheidszorguitgaven (ZIV) is net geen 50% (49,7%). Einde jaren '80 was dit nog rond de 30% (zie hoofdstuk 7, 1.7.1). De helft van de gezondheidszorguitgaven wordt daarmee de facto ook zorg voor ouderen. Maar de financiering van de zorg voor ouderen is ook een bevoegdheid van de gemeenschappen, en daarnaast zijn er de eigen bijdragen en eenganse reeks van andere tegemoetkomingen. In volgende paragraaf maken wij een macro-economische raming van de meeste van deze uitgaven.

Tabel 6.1 Absolute ZIV-uitgaven (in miljoen euro) en procentueel aandeel van ZIV-uitgaven van de verschillende leeftijdsgroepen in het totaal, naar al dan niet voorkeurregeling en naar geslacht, 2000 (enkel CM-leden)

		65+ers	75+ers	85+ers	Totaal
<i>Absolute uitgaven (in miljoen euro)</i>					
Met voorkeurregeling	Man	426,68	259,58	97,24	706,88
	Vrouw	923,36	698,21	352,76	1 188,38
	Totaal	1 350,04	957,79	450,00	1 895,27
Zonder voorkeurregeling	Man	483,07	223,78	48,21	1 350,53
	Vrouw	560,06	328,28	120,33	1 572,53
	Totaal	1 043,13	552,06	168,54	2 923,06
Totaal	Man	909,75	483,36	145,45	2 057,42
	Vrouw	1 483,41	1 026,49	473,09	2 760,91
	Totaal	2 393,17	1 509,85	618,54	4 818,33
<i>Procentueel aandeel ZIV-uitgaven (in % van totaal)</i>					
Met voorkeurregeling	Man	8,9	5,4	2,0	14,7
	Vrouw	19,2	14,5	7,3	24,7
	Totaal	28,0	19,9	9,3	39,3
Zonder voorkeurregeling	Man	10,0	4,6	1,0	28,0
	Vrouw	11,6	6,8	2,5	32,6
	Totaal	21,6	11,5	3,5	60,7
Totaal	Man	18,9	10,0	3,0	42,7
	Vrouw	30,8	21,3	9,8	57,3
	Totaal	49,7	31,3	12,8	100,0
<i>Procentueel aandeel ZIV-uitgaven (in % van totaal)</i>					
Met voorkeurregeling	Man	60,4	36,7	13,8	100
	Vrouw	77,7	58,8	29,7	100
	Totaal	71,2	50,5	23,7	100
Zonder voorkeurregeling	Man	35,8	16,6	3,6	100
	Vrouw	35,6	20,9	7,7	100
	Totaal	35,7	18,9	5,8	100
Totaal	Man	44,2	23,5	7,1	100
	Vrouw	53,7	37,2	17,1	100
	Totaal	49,7	31,3	12,8	100

Bron: Eigen berekeningen HIVA/K.U.Leuven op basis van CM-gegevens

1.3 Totale zorguitgaven voor gezondheid en welzijn in België en zijn gemeenschappen

De ouderenzorg is een gecombineerde financieringsverantwoordelijkheid van de federale overheid en de gemeenschappen. Deze laatste financieren vooreerst de bouw van residentiële voorzieningen, en daarnaast financieren zij de gezinszorg, poetshulp, en een aantal andere voorzieningen. Ook de lokale overheden zijn niet alleen organisator van zorg maar financieren soms ook de voorzieningen. De omvang daarvan is moeilijk in te schatten omdat geen gecentraliseerde functionele

begroting van de lokale overheden bestaat. Daarnaast is de ouderenzorg een expliciete verantwoordelijkheid van de ziekteverzekering op federaal niveau, enerzijds binnen het globale pakket van uitgaven voor gezondheidszorg voor de ouderen, dat wij boven ramen op 50% van de totale uitgaven, en daarbinnen voor de expliciete uitgaven voor voorzieningen die vooral gericht zijn op ouderen, met name de ROB en RVT's en de thuisverpleging in belangrijke mate.

Daarnaast is op federaal vlak de tegemoetkoming voor de hulp aan bejaarden een soort 'in cash' vergoeding voor de extra kosten van de afhankelijkheid, en door sommigen als mogelijk instrument voor een soort federale zorgverzekering naar voor geschoven. Voor Vlaanderen is de introductie van de zorgverzekering een bijkomende vorm van financiering geworden. Wij brengen hierna de totale omvang en de structuur van de financiering van de ouderenzorg en de totale zorg in beeld. Het onderscheid wordt gemaakt tussen de publieke uitgaven en de eigen bijdragen en overige private uitgaven, met inbegrip van de uitgaven die via aanvullende of private verzekering worden ingebracht. Wij maken het onderscheid tussen de zogenaamde long term care uitgaven (of althans de grootste categorieën) en de overige gezondheidszorguitgaven. Hier kan vooralsnog niet systematisch het aandeel van de ouderen worden geïdentificeerd, maar ook hierin zijn de uitgaven voor ouderen een groter aandeel aan het innemen. Ook de 'long term care' uitgaven kunnen niet volledig onderscheiden worden (ook niet in internationaal perspectief) van de uitgaven voor personen met een handicap, zodat wij ze ook verder in het vizier moeten brengen. In de publieke uitgaven moet ook rekening gehouden worden met de maximumfactuur die een terugbetaling is op de remgelden, en in feite dus zou moeten afgetrokken worden van deze eigen bijdragen. Ook de Vlaamse zorgverzekering kan enerzijds in beeld gebracht worden als een extra publieke uitgave, maar die kan gezien worden/gebruikt worden voor een compensatie van de eigen bijdragen in de niet medische kosten, dus eventueel ook de eigen bijdragen die daar gehanteerd worden (ondermeer dagprijs ROB en RVT, eigen bijdrage gezinszorg).

Het spreekt voor zich dat dergelijk overzicht van uitgaven een moeilijke oefening is, zowel omdat men uitgaven naar leeftijd, als uitgaven op federaal en regionaal vlak zou moeten vatten. De zorgrekeningen die volop in ontwikkeling zijn, maar zeker ook nog niet op regionaal vlak systematisch worden opgesteld, zouden hier behulpzaam kunnen zijn. In afwachting kunnen onderstaande tabellen dan ook als louter indicatief worden beschouwd, ook al omdat soms nog ruwe verdeelsleutels worden gebruikt en omdat binnen het opzet van deze haalbaarheidsstudie geen exhaustiviteit kon worden gegarandeerd. Dit geldt evenzeer voor de raming van de eigen bijdragen of private uitgaven. Het is evenwel dit overzicht dat men nodig heeft om finaal de last van de vergrijzing en de gezondheidszorg (privé en publiek) in te schatten en internationaal en over de tijd te vergelijken. Omdat een deel van de materie die hier ter discussie is, gemeenschapsmaterie is, hebben wij de gegevens ook verdeeld over de twee

gemeenschappen, maar uiteraard zou ook een voorstelling per regio denkbaar zijn.

Een belangrijke parameter in deze vergelijking, internationaal en over de tijd, is de relatie tot het BBP of de totale productie/inkomen gerealiseerd in een economie. Daarom geven wij bij de onderstaande tabellen ook het % van het BBP. Deze percentages worden verder ook in grafiek gebracht. Het levert finaal een beeld op van de totale private en publieke uitgaven voor ouderenzorg, LTC meer algemeen en de overige gezondheidszorguitgaven, en de som van al deze private en publieke zorguitgaven. Wij probeerden een overzicht op te stellen voor de jongste 10 jaar, maar voor niet alle jaren konden wij alle uitgaven invullen. In een volgende paragraaf geven wij ook een internationale situering van België.

In bijlage geven wij de diverse bronnen voor deze raming van de zorguitgaven in België en de Gemeenschappen. Voor niet alle jaren hebben wij de samenstellende componenten kunnen terugvinden binnen het tijdsbestek van deze haalbaarheidsstudie. De meest volledig ingevulde jaren zijn 1997 tot 2000, en dan nog betreft het soms ramingen.

1.3.1 België: beperkte en toch ook substantiële private uitgaven

Op federaal vlak schetsen wij in tabel 6.2 de evolutie van de RIZIV-uitgaven voor de belangrijke LTC-uitgaven m.n. ROB en RVT en thuisverpleging. Het totale budget evolueert van 0,8 miljard euro in 1994 naar bijna 2 miljard in 2004. Van een totale begroting voor het RIZIV van 16,2 miljard en nog eens 1,2 miljard tussenkomst van Volksgezondheid in de ligdagprijs of in totaal 17,5 miljard is dit een goede 11%. De publiek financiering van de gemeenschappen betreft in eerste instantie de gezinszorg, goed voor een kleine 400 miljoen euro, wat een kleiner budget is dan de financiering van de thuisverpleging. De gemeenschappen hebben in de LTC echter hun voornaamste financieringsverantwoordelijkheid in de financiering van de zorg voor personen met een handicap, meer dan 1 miljard in beide gemeenschappen samen. Sterk gestegen (meer dan een verviervoudiging) is op federaal vlak de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden, die in 2003 het budget voor de gezinszorg begint te evenaren (305 miljoen voor de tegemoetkoming aan bejaarden in 2003, 313 miljoen euro voor de gezinszorg in 2000 – meer recente cijfers zijn niet beschikbaar voor België).

Wij raamden op een gedetailleerde wijze ook de private uitgaven in deze zorgcircuits. Voor de overige RIZIV-uitgaven berekent het RIZIV die zelf; voor de rusthuissector hebben wij een raming gemaakt op basis van de geobserveerde dagprijzen in Vlaanderen en de Franse Gemeenschap. Voor de thuisverpleging zijn er bijna geen remgelden en ook voor de voorzieningen voor personen met een handicap veronderstellen wij geen eigen bijdragen. Tenslotte hanteren wij een gemiddelde eigen bijdrage van ongeveer 20% voor de gezinszorg (de tarieven zijn

daar inkomensgebonden). Uit tabel 6.4 valt het aanzienlijke belang op van de dagprijs in de rusthuissector, die met bijna 1,6 miljard in 2002 de overige remgelden in de overige gezondheidszorg (1,4 miljard) ruimschoots overtreft. Met dat laatste cijfer blijkt ook dat in de totale gezondheidszorg, zonder de rusthuissector, de eigen bijdragen redelijk beperkt uitvallen. Met een selectieve maatregel gericht op lage en laagste inkomens wordt dit nog eens gereduceerd met in 2003 205 miljoen euro uitgaven voor de maximumfactuur (let wel, dit cijfer zit in het RIZIV-budget en mag daar niet bijgeteld worden, of zou mogen afgetrokken worden van de private uitgaven voor remgelden). Samen met nog een 100 miljoen eigen bijdragen in de gezinszorg komen wij op 3,2 miljard eigen bijdragen in de zorgkost. Daarbovenop komt nog eens 3,2 miljard autonome gezondheidszorguitgaven en kunnen wij 1,2 miljard uitgaven noteren voor aanvullende verzekeringen, waarvan het niet helemaal duidelijk is of zij bepaalde private uitgaven niet verder compenseren. Dit brengt ons op een totaal van 7,4 miljard euro private uitgaven tegenover 16 miljard publieke uitgaven of in totaal 23,6 miljard. Deze ruime raming voor gezondheidszorg en LTC samen is goed voor 9,29% van het BBP waarvan de LTC-uitgaven voor de ouderen 1,45% uitmaken. Wanneer wij enkel naar de publieke uitgaven kijken dan vormen de LTC uitgaven van de ouderen thans ongeveer 0,85% van het BBP; zijn er nog 0,4% van het BBP voor de zorg voor personen met een handicap en overige gezondheidszorguitgaven die goed zijn voor 5,5% van het BBP. Daarbovenop komt nog eens in 2003 0,11% van het BBP tegemoetkoming hulp aan bejaarden en nog eens 0,08% van het BBP als maximumfactuur. Deze zijn een terugbetaling van een deel van de remgelden die in totaal 0,53 % van het BBP uitmaken, waarvan dus blijkbaar 1/5 – wat niet weinig is - wordt terugbetaald. De remgelden zijn maar een deel van de private uitgaven, want daarnaast is een groter deel (0,64 % van het BBP) van eigen bijdragen in de ouderenzorg te noteren, voornamelijk de dagprijs in de rusthuissector. Men moet ook bedenken dat de remgelden slaan op de totale bevolking, terwijl de zelf te betalen ligdagprijs een beperkte groep van bejaarden treft. Dus alhoewel zij macro-economisch vergelijkbaar zijn in omvang, is de groep die er mee wordt geconfronteerd veel kleiner. Even sprekend is het feit dat de ‘out-of-pocket’ uitgaven 1,25% vormen van het BBP, terwijl de omvang van de aanvullende verzekeringen met zijn 0,46% uitgegroeid is tot een omvang die de totale omvang van de remgelden evenaart. De totale private uitgaven die wij in beeld brengen, bedragen hiermee ongeveer 2,9% van het BBP tegenover een totaal van private en publieke uitgaven samen van 9,29%. De publieke uitgaven zijn hierbij goed voor 6,4% van het BBP (cijfers voor 2001), zonder de 0,1% van het BBP mee te tellen van de tegemoetkoming hulp aan bejaarden en in feite hadden wij de dan nog beperkte maximumfactuur moeten aftrekken omdat zij een herfinanciering is van de reeds getelde privaat uitgegeven remgelden. Met deze cijfers wordt tegelijk de beperktheid van de privatisering onder de vorm van remgelden aangetoond als tegelijk de belangrijkheid van de uitgaven, door de hoge dagprijs in de rusthuizen, door toenemende private verzekering en

autonome uitgaven. De private uitgaven zijn ongeveer de helft geworden van de publieke uitgaven.

Dezelfde uitgavencategorieën hebben wij ook voor de gemeenschappen in beeld gebracht, in absolute bedragen en als % van het BBP. Brussel wordt opgedeeld zowel in uitgaven, als in BBP door 17% toe te wijzen aan de Vlaamse Gemeenschap en de overige 83% aan de Franse/Duitstalige Gemeenschap. Bovendien zijn dit ramingen omdat geen recente of exacte informatie beschikbaar was over de verdeling van de RIZIV-budgetten, terwijl ook voor sommige gemeenschapsuitgaven begrotingscijfers ontbraken. De opsplitsing naar gemeenschappen ligt voor de hand omdat sommige van deze zorgsectoren in de kern van de gemeenschapsbevoegdheden en -begrotingen gesitueerd zijn. De herberekening naar % van het BBP wordt sterk beïnvloed door de noemer, en vooral voor een kleine regio als Brussel kan die voor discussie vatbaar zijn (cfr. de correctie aangebracht in het internationaal overzicht voor Luxemburg). Met name is het BBP het nationaal inkomen van de productiefactoren ingezet in die regio, dat land, dus ook de toegevoegde waarde gerealiseerd door de pendelaars die niet in de regio wonen, en niet het nationaal inkomen gerealiseerd door de inwoners van die regio. Daarvoor wordt het concept 'bruto nationaal/regionaal' gehanteerd.

1.3.2 Vlaamse Gemeenschap: het mirakel van de zorgverzekering versus de stille kracht van de tegemoetkoming hulp aan bejaarden op federaal niveau

Voor de Vlaamse Gemeenschap komen twee uitgavencategorieën extra in beeld, met name de VIPA-middelen die in feite kapitaaluitgaven zijn of financiering van de investeringen in de infrastructuur, zo'n 50 miljoen in 2003, en de zorgverzekering, in 2003 zo'n 170 miljoen euro. Voor de overige uitgaven (zowel private als publieke uitgaven) wordt dezelfde informatie gegeven als voor België in zijn geheel. De uitgaven voor de gezinszorg zijn ook over een langere periode beschikbaar ten opzichte van de Franse Gemeenschap. Wat de zorgverzekering betreft (in absolute cijfers of als % van het BBP) zien wij dat het op een paar jaar tijd een omvang heeft bereikt die vergelijkbaar is met de tegemoetkoming van hulp aan bejaarden. Beide stelsels die soms in de politieke discussie als alternatieven voor de uitbouw van een zorgverzekering worden gesteld, zijn op dit moment ongeveer even belangrijk, m.n. 0,9 tot 0,13 voor de federale tegemoetkoming hulp aan bejaarden, en 0,11% van het BBP voor de Vlaamse zorgverzekering. Wanneer wij soms van het mirakel van de Vlaamse zorgverzekering spreken omdat zij met een relatief beperkte eigen bijdrage, en beperkte middelen, op 2 jaar tijd een groep van 140 000 mensen een tegemoetkoming geeft, kon voor de tegemoetkoming hulp aan bejaarden, van de

‘stille kracht’² gesproken worden. Ook de maximumfactuur wordt een niet onbelangrijk stelsel dat in 2003 goed was voor 0,07% van het BBP. Maar ook hier moet men de macro-economische omvang relateren met de doelgroep. De maximumfactuur en de vergoeding hulp aan bejaarden zijn gericht op een beperkte doelgroep in functie van het inkomen, terwijl de Vlaamse zorgverzekering gericht is, ongeacht het inkomen, op een doelgroep van zorgafhankelijke personen. De maximumfactuur en de Vlaamse zorgverzekering slaat ook op de totale bevolking, terwijl de tegemoetkoming hulp aan bejaarden de ouderen als doelgroep heeft.

De totale private zorguitgaven zijn goed voor 4,2 miljard euro in de Vlaamse Gemeenschap, terwijl de totale publieke en private uitgaven 13,6 miljard bedragen, wat dus nog 9,4 miljard publieke uitgaven veronderstelt. De private uitgaven zijn hier iets minder dan de helft van de publieke uitgaven, voor een deel te verklaren door een geringere institutionaliseringgraad van de ouderen, wat ook neerkomt op minder uitgaven voor de dagprijs van de rusthuisbewoners. Vertaald naar BBP bijvoorbeeld zijn deze eigen bijdragen voor de ROB en RVT de jongste jaren rond de 0,55% van het BBP, terwijl wij dit op voor de Franse/Duitstalige Gemeenschap over heel de periode ramen op 0,74-0,69% van het BBP. Het verschil is het equivalent van een forse zorgverzekering! De totale private en publieke uitgaven voor gezondheid en ouderenzorg vormen in Vlaanderen 8,89% van het BBP, lager dan het cijfer voor België omwille van een hoger BBP (per capita), ondanks het feit dat de thuiszorg beter is uitgebouwd, en er een Vlaamse zorgverzekering is. In de tabellen en grafieken nemen wij de Vlaamse zorgverzekering enkel op in de berekeningen van zodra de ‘tenlastenemingen’ zijn begonnen, m.n. in 2002 en 2003. Van 1999 waren er evenwel reeds middelen gereserveerd, m.n. ter financiering van het kapitalisatieluik in deze zorgverzekering, ter stijving van het zorgfonds (zie o.m. Pacolet, Van de Putte, 2002, zie de bespreking ook in hoofdstuk 5). De totale private uitgaven bedragen ongeveer 2,72% van het BBP, en de publieke uitgaven bijgevolg 6,17% van het BBP, iets lager dan het Belgische gemiddelde. De publieke LTC-uitgaven voor ouderen zijn 0,94% van het BBP, terwijl de private uitgaven nog eens 0,60% uitmaken, samen ongeveer 1,5% van het BBP.

1.3.3 Franse/Duitstalige Gemeenschap: de last weegt zwaarder

Tenslotte gaven wij deze statistieken ook voor de Franse/Duitstalige Gemeenschap. De uitgaven als % van het BBP zijn enerzijds hoger omdat het BBP

² Een roman van Louis Couperus

(per capita) iets lager is dan in Vlaanderen³. Dit effect zou evenwel toch maar een fractie van 4% verschil uitmaken. Dus voornamelijk om andere redenen kunnen de uitgaven hoger zijn. De publieke financiering van de rusthuizen is, als % van het BBP, op hetzelfde niveau als Vlaanderen omwille van twee tegenovergestelde factoren: de institutionaliseringgraad is hoger, wat meer uitgaven moet impliceren, maar het zijn meer ROB-bedden, waarvan de publieke financiering lager is. De publieke uitgaven zijn hier geraamd op 0,47% van het BBP, tegenover 0,43% in Vlaanderen (cijfers voor 2002). De private uitgaven zijn in de Franse/Duitstalige Gemeenschap wel hoger. Voor sommige jaren hebben wij nog geen cijfers over de uitgaven voor gezinszorg. De publieke uitgaven zouden verder in de Franse/Duitstalige Gemeenschap lager moeten zijn omdat vooralsnog een equivalent ontbreekt van de zorgverzekering. De totale uitgaven voor de zorg schatten wij op 9,5 miljard euro, en 3,2 miljard euro eigen bijdragen. De publieke uitgaven bedragen bijgevolg ongeveer 6,3 miljard euro. Ook hier zijn bijgevolg de private uitgaven ongeveer de helft van de publieke uitgaven, en ook hier zijn de specifieke remgelden maar een beperkt deel van de totale private uitgaven. De totale uitgaven zijn 9,65% van het BBP, wat ongeveer 1% hoger is dan in de Vlaamse Gemeenschap. Moest de Franse/Duitstalige Gemeenschap hetzelfde BBP per capita hebben als de Vlaamse Gemeenschap, dan zou dit 9,28% zijn, of 0,4 procentpunt verschil. De totale private uitgaven zijn 3,15% van het BBP, wat ongeveer 0,5% meer is dan in Vlaanderen. De publieke uitgaven voor de zorg bedragen 6,5 % van het BBP, ook ongeveer 0,5 % hoger dan in Vlaanderen. Wanneer wij de hoge eigen bijdragen zien in Wallonië die weegt ook op de schouders van de ouderen, dan begrijpen wij nog minder dat in Wallonië niet nadrukkelijker wordt gepleit voor een zorgverzekering, aangezien daar voorlopig enkel de maximumfactuur en de tegemoetkoming hulp aan bejaarden de kost van de hoge private uitgaven kan compenseren.

³ Uit bijlage blijkt dat het BBP per capita in het Brusselse Gewest meer dan het dubbele is dan in Vlaanderen, dat op zijn beurt nog hoger is dan in Wallonië. Herberekend naar de gemeenschappen blijkt dat dit per capita BBP toch nog 4% lager te liggen in de Franse/Duitstalige Gemeenschap, in vergelijking met de Vlaamse Gemeenschap.

Tabel 6.2 Publieke financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, België, in miljoen euro

Verstrekingen:R VT	Verpleeg- kundige zorgen in ROB	Verpleeg- kundige thuis- zorgen	Totaal RIZIV- uitgaven ouderen	Overige RIZIV- uitgaven	TOTAAL Riziv- uitgaven	Staats- tussen- komst ligdag- prijs zieken- huizen	Tege- moet- koming hulp aan bejaarden	Bejaar- denzorg	Gezins- aangele- gen- heden	Subsi- dies voor bouw rust- huizen ¹	Uitgaven gehandi- capten- sector	TOTAAL Publieke financie- ring ouderen- zorg	Zorg- verze- kering	Sociale en fiscale franchise /maxi- mum factuur
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1994	210,4	257,7	327,3	8 016,5	8 811,9	823,1	74,8	52,4	222,9			1 070,7		
1995	269,4	317,7	381,2	8 969,9	9 938,2	849,3	95,2	2,3	232,8	33,3		1 236,7		
1996	290,5	353,2	418,6	9 895,0	10 957,3	945,8	109,9	1,9	240,7	37,1		1 342,0		
1997	284,8	356,0	413,0	9 602,0	10 655,7	936,3	123,4	1,9	246,3	51,1		1 353,0		
1998	336,0	362,0	472,1	10 124,0	11 294,0	1 031,7	132,4	10,7	275,0	31,5		1 487,2		
1999	418,7	362,8	510,9	10 736,6	12 029,1	1 066,5	161,4	2,4	292,6	39,2	876,8	1 626,7		43,9
2000	507,5	360,3	548,1	11 404,0	12 820,1	1 086,6	187,3	0,6	312,9	66,3	897,9	1 795,8		43,3
2001	623,5	375,4	562,7	12 212,8	13 774,4	1 129,9	202,4	11,7	276,2	45,0	1 009,7	1 894,4		49,1
2002	710,7	399,5	607,0	12 440,7	14 158,0	1 175,2	204,8	17,1	336,5	45,0	1 061,4	2 115,9		81,4
2003	822,4	384,7	646,9	13 529,6	15 383,7	1 227,2	304,5	26,9	343,5	49,7		2 274,2		204,9
2004	902,9	374,5	689,6	14 290,8	16 257,8			29,8	367,4			2 364,3		140,3 ²

1 Enkel VIPA

2 Cijfers 1ste semester

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van RIZIV-jaarverslagen, VFSIPH, AWIPH, VIPA-jaarverslagen, begroting gemeenschappen

Tabel 6.3 Publieke financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, België, in % van BBP

BBP (in miljoen euro)	LTC ouderen		Overige gezondheids- zorg	LTC ouderen + overige gezondheidszorg	Tegemoetkoming hulp aan bejaarden	Zorgverze- kering	Sociale en fiscale franchise/ maxi- mum factuur
	Instellingen (1+2+11)/BBP	Thuis (3+9+10)/BBP					
1994	0,24	0,31	0,55	4,53	5,08	0,04	
1995	0,31	0,30	0,61	4,86	5,47	0,05	
1996	0,33	0,32	0,65	5,24	5,89	0,05	
1997	0,32	0,30	0,62	4,85	5,48	0,06	
1998	0,32	0,34	0,66	4,95	5,61	0,06	
1999	0,35	0,34	0,69	5,01	5,70	0,07	0,02
2000	0,38	0,35	0,72	5,04	5,77	0,08	0,02
2001	0,41	0,34	0,75	5,26	6,00	0,08	0,02
2002	0,44	0,37	0,81	5,24	6,05	0,08	0,03
2003	0,47	0,38	0,85	5,50	6,35	0,11	0,08

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van RIZIV-jaarverslagen, VFSIPH, VIPA-jaarverslagen, begroting gemeenschappen

Tabel 6.4 Private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, België, in miljoen euro

	Eigen aandeel RVT	Eigen aandeel ROB	Honoraria thuisverpleging remgeld door patiënt	Eigen bijdragen		Totaal eigen bijdragen LTC ouderen 5=1+2+3+4	Eigen bijdragen overige RIZIV- uitgaven	LTC ouderen + overige gezondheids- zorg 7=5+6	Extra private uitgaven		Totaal private uitgaven zorg (gezondheidszorg + LTC ouderen) 10=7+8+9
				Eigen aandeel Gezinszorg	Totaal eigen bijdragen LTC ouderen				Out-of-pocket	Aanvullende verzekering	
1994	212,0	1 137,8		52,5	1 402,3						
1995	219,9	1 195,2		54,8	1 469,9						
1996	227,9	1 324,3	5,8	56,6	1 614,7	1 209,5	2 824,3				
1997	228,2	1 163,1	5,5	57,9	1 454,8	1 192,9	2 647,7				
1998	292,9	1 162,0	5,2	64,7	1 524,8	1 257,7	2 782,5	2 730,54	918,98	6 432,0	
1999	358,3	1 123,5	5,0	68,8	1 555,7	1 291,4	2 847,0	2 840,98	988,38	6 676,4	
2000	422,6	1 102,4	5,4	73,6	1 604,1	1 308,7	2 912,7	3 094,55	1 053,52	7 060,8	
2001	484,0	1 070,1	6,4	65,0	1 625,6	1 356,7	2 982,3	3 177,19	1 177,59	7 337,1	
2002	548,2	1 029,6	5,4	79,2	1 662,4	1 384,8	3 047,2				
2003				80,8							
2004				86,5							

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van voorgaande tabellen, RIZIV-jaarverslagen, VFSIPH, VIPA-jaarverslagen, begroting gemeenschappen

Tabel 6.5 Private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, België, in % van BBP

BBP (in miljoen euro)	LTC ouderen		Thuis (3+4)/BBP	Instellingen + thuis 5/BBP	Overige gezondheidszorg remgelden		LTC ouderen + overige gezondheidszorg 7/BBP	Extra private uitgaven Out-of-pocket 8/BBP	Aanvullende verzekering 9/BBP	Totaal private uitgaven zorg 10/BBP
	Instellingen (1+2)/BBP				6/BBP					
1994	195 040	0,69	0,03	0,72						
1995	202 174	0,70	0,03	0,73						
1996	206 989	0,75	0,03	0,78	0,58	1,36				
1997	217 173	0,64	0,03	0,67	0,55	1,22				
1998	225 244	0,65	0,03	0,68	0,56	1,24	1,21	0,41		2,86
1999	235 714	0,63	0,03	0,66	0,55	1,21	1,21	0,42		2,83
2000	247 792	0,62	0,03	0,65	0,53	1,18	1,25	0,43		2,85
2001	253 800	0,61	0,03	0,64	0,53	1,18	1,25	0,46		2,89
2002	260 011	0,61	0,03	0,64	0,53	1,17				
2003	268 154		0,03							

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van RIZIV-jaarverslagen, VFSIPH, VIPA-jaarverslagen, begroting gemeenschappen

Tabel 6.6 Publieke en private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, België, absoluut en in % van BBP

Absoluut LTC ouderen	Instellin- gen	Thuis	Instellin- gen + thuis	Overige gezond- heidszorg	LTC ouderen + overige gezondheids- zorg	LTC ouderen + overige gezond- heidszorg + extra private uitgaven + gehandicapten	% BBP	LTC ouderen	Thuis	Instellin- gen (in miljoen euro)	Overige gezond- heidszorg	LTC ouderen + overige gezond- heidszorg	LTC ouderen + overige gezond- heidszorg + extra private uitgaven + gehandicapten
1994	1 817,9	655,1	2 473,0				195 040	0,93	0,34	1,27			
1995	2 035,5	671,1	2 706,6				202 174	1,01	0,33	1,34			
1996	2 233,1	723,7	2 956,8	12 050,4	15 007,1		206 989	1,08	0,35	1,43	5,82	7,25	
1997	2 083,2	724,6	2 807,8	11 731,1	14 539,0		217 173	0,96	0,33	1,29	5,40	6,69	
1998	2 184,4	827,7	3 012,0	12 413,4	15 425,4	19 075,0	225 244	0,97	0,37	1,34	5,51	6,85	8,47
1999	2 302,5	879,8	3 182,3	13 094,4	16 276,8	20 982,9	235 714	0,98	0,37	1,35	5,56	6,91	8,90
2000	2 459,2	940,7	3 399,9	13 799,2	17 199,1	22 245,1	247 792	0,99	0,38	1,37	5,57	6,94	8,98
2001	2 598,0	922,0	3 520,0	14 699,5	18 219,5	23 584,0	253 800	1,02	0,36	1,39	5,79	7,18	9,29
2002	2 733,0	1 045,2	3 778,2	15 000,7	18 779,0		260 011	1,05	0,40	1,45	5,77	7,22	
2003		1 098,2					268 154		0,41				

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van RIZIV-jaarverslagen, VFSIPH, VIPA-jaarverslagen, begroting gemeenschappen

Tabel 6.7 Publieke financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, Vlaamse Gemeenschap, in miljoen euro

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Verstrekingen:RVT	Verpleegkundige zorgen in ROB	Verpleegkundige thuiszorgen	Verpleegkundige thuiszorgen	Totaal RIZIV-ouderen	Overige RIZIV-ouderen	TOTAAL RIZIV-ouderen	Staats-tussentijdse prijs-ziekenhuizen	Tege-moet-koming hulp aan bejaarden	Bejaardenzorg	Gezins-aangelegenheden	VIPA rust-oorden*	Uitgaven gehandicapten-sector	TOTAAL Publieke financiering ouderenzorg	Zorgverzekering	Sociale en fiscale franchise / maximum factuur
1994	134,7	126,3	216,0	476,9	4 545,8	5 022,8	469,2	50,8	52,4	159,4			688,7		
1995	172,4	155,7	251,6	579,7	5 085,1	5 664,8	484,1	64,7	2,3	165,9	33,3		781,3		
1996	185,9	173,1	276,3	635,2	5 610,4	6 245,6	539,1	74,7	1,9	171,9	37,1		846,1		
1997	182,2	174,4	272,6	629,2	5 444,5	6 073,7	533,7	83,9	1,9	174,5	51,1	528,5	856,8		
1998	208,3	170,1	311,6	690,0	5 747,6	6 437,6	588,1	90,0	10,7	192,1	31,5	529,8	924,3		
1999	259,6	170,5	337,2	767,3	6 089,2	6 856,6	607,9	109,8	2,4	203,4	39,2	572,2	1 012,3		25,0
2000	314,7	169,4	361,8	845,8	6 461,6	7 307,4	619,3	127,3	0,6	221,8	66,3	584,5	1 134,5		24,7
2001	386,6	176,4	371,4	934,4	6 917,0	7 851,4	644,1	137,6	11,7	276,2	45,0	643,1	1 267,2		28,0
2002	440,7	187,8	400,6	1 029,1	7 041,0	8 070,1	669,9	139,3	17,1	336,5	45,0	678,7	1 427,6	170,8	46,4
2003	509,9	180,8	427,0	1 117,7	7 651,0	8 768,7	699,5	207,1	17,3	343,5	49,7		1 528,2	169,8	116,8
2004	559,8	176,0	455,2	1 191,0	8 076,0	9 267,0			21,1	367,4			1 579,5		80,0*

* Cijfers 1ste semester

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van RIZIV-jaarverslagen, VFSIPH, VIPA-jaarverslagen, begroting Vlaamse Gemeenschap

Tabel 6.8 Publieke financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, Vlaamse Gemeenschap, in % van BBP

BBP (in miljoen euro)	LTC ouderen		Overige gezondheids- zorg	LTC ouderen + overige gezondheidszorg	Tegemoetkoming hulp aan bejaarden	Zorgverze- kering	Sociale en fiscale franchise/ maxi- mum factuur
	Instellingen (1+2+11)/BBP	Thuis (3+9+10)/BBP					
1994	0,22	0,37	0,59	4,30	4,90	0,04	
1995	0,30	0,35	0,64	4,59	5,23	0,05	
1996	0,32	0,36	0,68	4,96	5,64	0,06	
1997	0,31	0,34	0,65	4,57	5,22	0,06	
1998	0,30	0,38	0,68	4,69	5,37	0,07	
1999	0,33	0,38	0,71	4,72	5,43	0,08	0,02
2000	0,37	0,39	0,76	4,72	5,48	0,08	0,02
2001	0,40	0,43	0,83	4,92	5,75	0,09	0,02
2002	0,43	0,48	0,90	4,88	5,79	0,09	0,11
2003	0,45	0,48	0,94	5,11	6,04	0,13	0,10

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van RIZIV-jaarverslagen, VFSIPH, VIPA-jaarverslagen, begroting Vlaamse Gemeenschap

Tabel 6.9 Private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, Vlaamse Gemeenschap, in miljoen euro

	Eigen aandeel RVT	Eigen aandeel ROB	Honoraria thuisverplegi ng remgeld door patiënt	Eigen bijdragen		Totaal eigen bijdragen LTC ouderen 5=1+2+3+4	Eigen bijdragen overige RIZIV- uitgaven	LTC ouderen + overige gezondheids- zorg 7=5+6	Extra private uitgaven		Totaal private uitgaven zorg (gezondheidszorg + LTC ouderen) 10=7+8+9
				Eigen aandeel Gezinszorg	4				Out-of-pocket verzekering	8	
1994	145,6	623,3		37,5	806,4						
1995	150,7	654,7		39,0	844,4						
1996	153,8	753,3	3,8	40,4	951,4	689,4	1 640,8				
1997	152,6	605,6	3,6	41,1	802,9	679,9	1 482,8				
1998	193,3	597,9	3,4	45,2	839,7	716,9	1 556,7		523,8	3 636,9	
1999	234,3	574,9	3,3	47,8	860,4	736,1	1 596,4		563,4	3 779,2	
2000	276,6	559,5	3,5	52,2	891,9	745,9	1 637,8		600,5	4 002,2	
2001	315,6	537,6	4,2	65,0	922,4	773,3	1 695,8		671,2	4 178,0	
2002	358,0	511,2	3,6	79,2	952,0	789,4	1 741,4				
2003				80,8							
2004				86,5							

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van RIZIV-jaarverslagen, VFSIPH, VIPA-jaarverslagen, begroting Vlaamse Gemeenschap

Tabel 6.10 Private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, Vlaamse Gemeenschap, in % van BBP

BBP (in miljoen euro)	LTC ouderen		Thuis (3+4)/BBP	Instellingen + thuis 5/BBP	Overige gezondheidszorg remgelden		LTC ouderen + overige gezondheidszorg 7/BBP	Extra private uitgaven		Totaal private uitgaven zorg
	Instellingen (1+2)/BBP				6/BBP	Out-of-pocket 8/BBP		Aanvullende verzekering 9/BBP	10/BBP	
1994	116 520	0,66	0,03	0,69						
1995	121 403	0,66	0,03	0,70						
1996	124 021	0,73	0,04	0,77	0,56		1,32			
1997	130 951	0,58	0,03	0,61	0,52		1,13			
1998	135 140	0,59	0,04	0,62	0,53		1,15	1,15	0,39	2,69
1999	141 991	0,57	0,04	0,61	0,52		1,12	1,14	0,40	2,66
2000	149 907	0,56	0,04	0,59	0,50		1,09	1,18	0,40	2,67
2001	153 527	0,56	0,05	0,60	0,50		1,10	1,18	0,44	2,72
2002	157 851	0,55	0,05	0,60	0,50		1,10			
2003	163 442		0,05							

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van RIZIV-jaarverslagen, VFSIPH, VIPA-jaarverslagen, begroting Vlaamse Gemeenschap

Tabel 6.11 Publieke en private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, Vlaamse Gemeenschap, nominaal en in % van BBP

Absoluut LTC ouderen	Instellin- gen	Thuis	Instellin- gen + thuis	Overige gezond- heidszorg	LTC ouderen + overige gezondheids- zorg	LTC ouderen + overige gezond- heidszorg + extra private uitgaven + gehandicapten	% BBP BBP	LTC ouderen	Thuis	Instellin- gen + thuis	Overige gezond- heidszorg	LTC ouderen + overige gezond- heidszorg	LTC ouderen + overige gezond- heidszorg + extra private uitgaven + gehandicapten
(in miljoen euro)													
1994	1 029,9	465,3	1 495,2				116 520	0,88	0,40	1,28			
1995	1 166,8	458,9	1 625,7				121 403	0,96	0,38	1,34			
1996	1 303,2	494,3	1 797,5	6 839,0	8 636,5		124 021	1,05	0,40	1,45	5,51	6,96	
1997	1 166,0	493,7	1 659,7	6 658,1	8 317,8		130 951	0,89	0,38	1,27	5,08	6,35	
1998	1 201,1	563,0	1 764,1	7 052,6	8 816,6	11 426,7	135 140	0,89	0,42	1,31	5,22	6,52	8,46
1999	1 278,5	594,2	1 872,7	7 433,2	9 305,9	12 060,8	141 991	0,90	0,42	1,32	5,23	6,55	8,49
2000	1 386,5	640,0	2 026,5	7 826,9	9 853,3	12 802,2	149 907	0,92	0,43	1,35	5,22	6,57	8,54
2001	1 461,2	728,5	2 189,6	8 334,4	10 524,1	13 649,4	153 527	0,95	0,47	1,43	5,43	6,85	8,89
2002	1 542,7	837,0	2 379,7	8 500,2	10 879,9		157 851	0,98	0,53	1,51	5,38	6,89	
2003		868,6					163 442						

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van RIZIV-jaarverslagen, VFSIPH, VIPA-jaarverslagen, begroting Vlaamse Gemeenschap

Tabel 6.12 Publieke financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, Franse Gemeenschap, in miljoen euro

Verstrekingen: VT	Verpleegkundige zorgen in thuiszorg ROB	Verpleegkundige thuiszorg	Totaal RIZIV-ouderen	Overige RIZIV-ouderen	TOTAAL RIZIV-ouderen	Staats-tussentijdse prijs-ziekenhuizen	Tegevoegde hulp aan bejaarden	Bejaardenzorg	Gezinsaangeheden	Subsidies voor bouwrusthuizen	Uitgaven gehandicaptensector	TOTAAL Publieke financiering ouderenzorg	Zorgverzekering	Sociale en fiscale franchise / maximum factuur
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1994	75,7	131,4	111,3	3 470,7	3 789,1	353,9	23,9		63,5			318,4		
1995	97,0	162,0	129,6	3 884,8	4 273,4	365,2	30,5		66,8			388,6		
1996	104,6	180,1	142,3	4 284,6	4 711,6	406,7	35,2		68,9			427,0		
1997	102,5	181,6	140,4	4 157,5	4 581,9	402,6	39,5		71,7			424,5		
1998	127,7	191,8	160,5	4 376,4	4 856,4	443,6	42,4		82,9			480,0		
1999	159,1	192,3	173,7	4 647,4	5 172,5	458,6	51,7		89,2		304,7	525,1		18,9
2000	192,9	191,0	186,4	4 942,4	5 512,6	467,2	59,9		91,1		313,5	570,2		18,6
2001	236,9	198,9	191,3	5 295,8	5 923,0	485,9	64,8				366,7	627,2		21,1
2002	270,1	211,8	206,4	5 399,7	6 087,9	505,3	65,5				382,7	688,2		35,0
2003	312,5	203,9	220,0	5 878,6	6 615,0	527,7	97,4	9,6			372,3	746,0		88,1
2004	343,1	198,5	234,5	6 214,8	6 990,9			8,7		10,5	394,2	795,2		60,3*

* Cijfers 1ste semester

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van RIZIV-jaarverslagen, AWIPH, begroting Franse Gemeenschap en Waals en Brussels Gewest

Tabel 6.13 Publieke financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, Franse Gemeenschap, in % van BBP

BBP (in miljoen euro)	LTC ouderen		Overige gezondheids- zorg (5+7)/BBP	LTC ouderen + overige gezondheidszorg*	Tegemoetkoming hulp aan bejaarden	Zorgverze- kering	Sociale en fiscale franchise/ maxi- mum factuur
	Instellingen (1+2+11)/BBP	Thuis* (3+9+10)/BBP					
1994	78 520	0,26	0,22	4,87	5,36	0,03	
1995	80 771	0,32	0,24	5,26	5,83	0,04	
1996	82 968	0,34	0,25	5,65	6,25	0,04	
1997	86 222	0,33	0,25	5,29	5,86	0,05	
1998	90 104	0,35	0,27	5,35	5,97	0,05	
1999	93 723	0,37	0,28	5,45	6,10	0,06	0,02
2000	97 885	0,39	0,28	5,53	6,20	0,06	0,02
2001	100 273	0,43	0,19	5,77	6,39	0,06	0,02
2002	102 160	0,47	0,20	5,78	6,45	0,06	0,03
2003	104 712	0,49	0,22	6,12	6,83	0,09	0,08

* Vanaf 2001 zonder gezinszorg.

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van RIZIV-jaarverslagen, AWIPH, begroting Franse Gemeenschap en Waals en Brussels Gewest

Tabel 6.14 Private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, Franse Gemeenschap, in miljoen euro

	Eigen aandeel RVT	Eigen aandeel ROB	Honoraria thuisverpleging remgeld door patiënt	Eigen bijdragen		Totaal eigen bijdragen LTC ouderen 5=1+2+3+4	Eigen bijdragen overige RIZIV- uitgaven	LTC ouderen + overige gezondheids- zorg 7=5+6	Extra private uitgaven		Totaal private uitgaven zorg (gezondheidszorg + LTC ouderen) 10=7+8+9
				Eigen aandeel Gezinszorg	Totaal eigen bijdragen LTC ouderen				Out-of-pocket	Aanvullende verzekering	
1994	66,4	514,5		15,0	595,8						
1995	69,2	540,5		15,7	625,4						
1996	74,1	571,0	2,0	16,2	663,3	520,1	1 183,4				
1997	75,6	557,6	1,9	16,9	651,9	512,9	1 164,9				
1998	99,6	564,1	1,8	19,5	685,0	540,8	1 225,9		395,2		2 795,1
1999	124,0	548,6	1,7	21,0	695,3	555,3	1 250,6		425,0		2 897,2
2000	146,0	542,9	1,8	21,4	712,1	562,7	1 274,9		453,0		3 058,5
2001	168,5	532,5	2,2		703,2	583,4	1 286,5		506,4		3 159,1
2002	190,1	518,4	1,8		710,4	595,5	1 305,9				
2003											
2004											

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van RIZIV-jaarverslagen, AWIPH, begroting Franse Gemeenschap en Waals en Brussels Gewest

Tabel 6.15 Private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, Franse Gemeenschap, in % van BBP

BBP (in miljoen euro)	LTC ouderen		Thuis (3+4)/BBP	Instellingen + thuis 5/BBP	Overige gezondheidszorg remgelden		LTC ouderen + overige gezondheidszorg 7/BBP	Extra private uitgaven Out-of-pocket 8/BBP	Aanvullende verzekering 9/BBP	Totaal private uitgaven zorg 10/BBP
	Instellingen (1+2)/BBP	Thuis (3+4)/BBP			6/BBP	7/BBP				
1994	78 520	0,74	0,02	0,76						
1995	80 771	0,75	0,02	0,77						
1996	82 968	0,78	0,02	0,80	0,63	1,43				
1997	86 222	0,73	0,02	0,76	0,59	1,35				
1998	90 104	0,74	0,02	0,76	0,60	1,36	1,30	0,44	3,10	
1999	93 723	0,72	0,02	0,74	0,59	1,33	1,30	0,45	3,09	
2000	97 885	0,70	0,02	0,73	0,57	1,30	1,36	0,46	3,12	
2001	100 273	0,70			0,58	1,28	1,36	0,50	3,15	
2002	102 160	0,69			0,58	1,28				
2003	104 712				0,58	1,28				

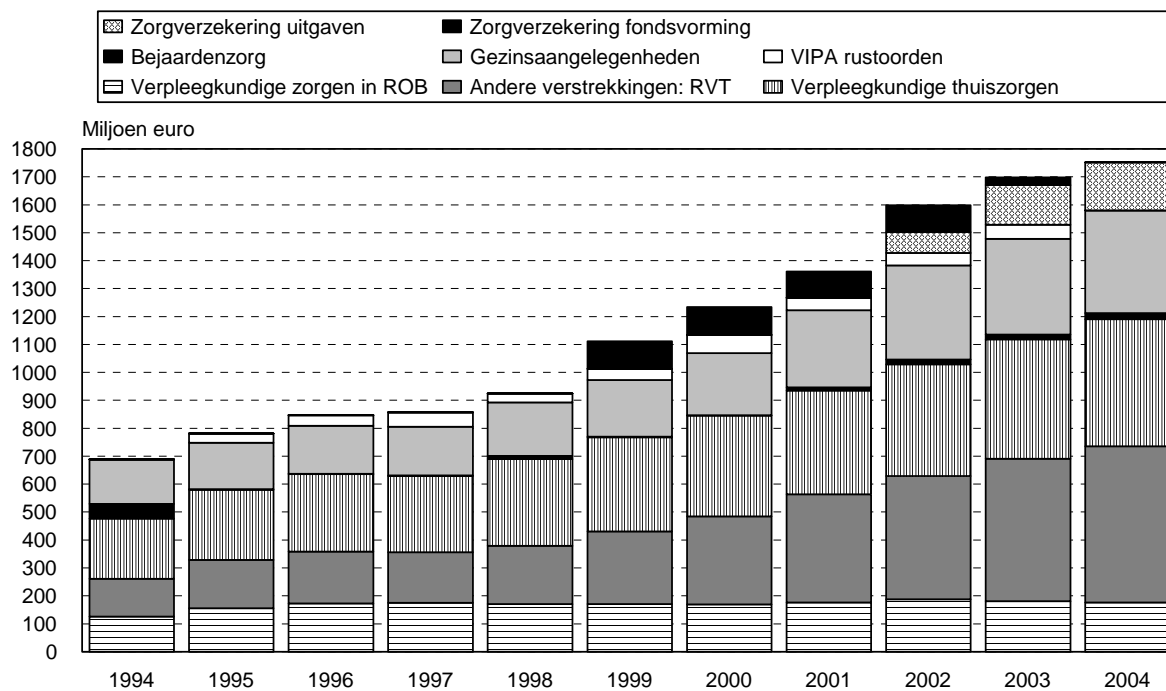
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van RIZIV-jaarverslagen, AWIPH, begroting Franse Gemeenschap en Waals en Brussels Gewest

Tabel 6.16 Publieke en private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, Franse Gemeenschap, absoluut en in % van BBP

Absoluut LTC ouderen	Instellin- gen	Thuis	Instellin- gen + thuis	Overige gezond- heidszorg	LTC ouderen + overige gezondheids- zorg	LTC ouderen + overige gezond- heidszorg + extra private uitgaven + gehandicapten	% BBP	LTC ouderen	Thuis	Instellin- gen + thuis	Overige gezond- heidszorg	LTC ouderen + overige gezond- heidszorg	LTC ouderen + overige gezond- heidszorg + extra private uitgaven + gehandicapten
1994	788,0	189,8	977,8				78 520	1,00	0,24	1,25			
1995	868,7	212,2	1 080,9				80 771	1,08	0,26	1,34			
1996	929,9	229,4	1 159,2	5 211,4	6 370,7		82 968	1,12	0,28	1,40	6,28	7,68	
1997	917,3	230,9	1 148,1	5 073,0	6 221,1		86 222	1,06	0,27	1,33	5,88	7,22	
1998	983,3	264,7	1 247,9	5 360,9	6 608,8		90 104	1,09	0,29	1,39	5,95	7,33	
1999	1 024,0	285,6	1 309,7	5 661,2	6 970,9	8 922,2	93 723	1,09	0,30	1,40	6,04	7,44	9,52
2000	1 072,7	300,7	1 373,4	5 972,3	7 345,8	9 442,9	97 885	1,10	0,31	1,40	6,10	7,50	9,65
2001	1 136,8			6 365,1			100 273	1,13			6,35		
2002	1 190,4			6 500,5			102 160	1,17			6,36		
2003							104 712						

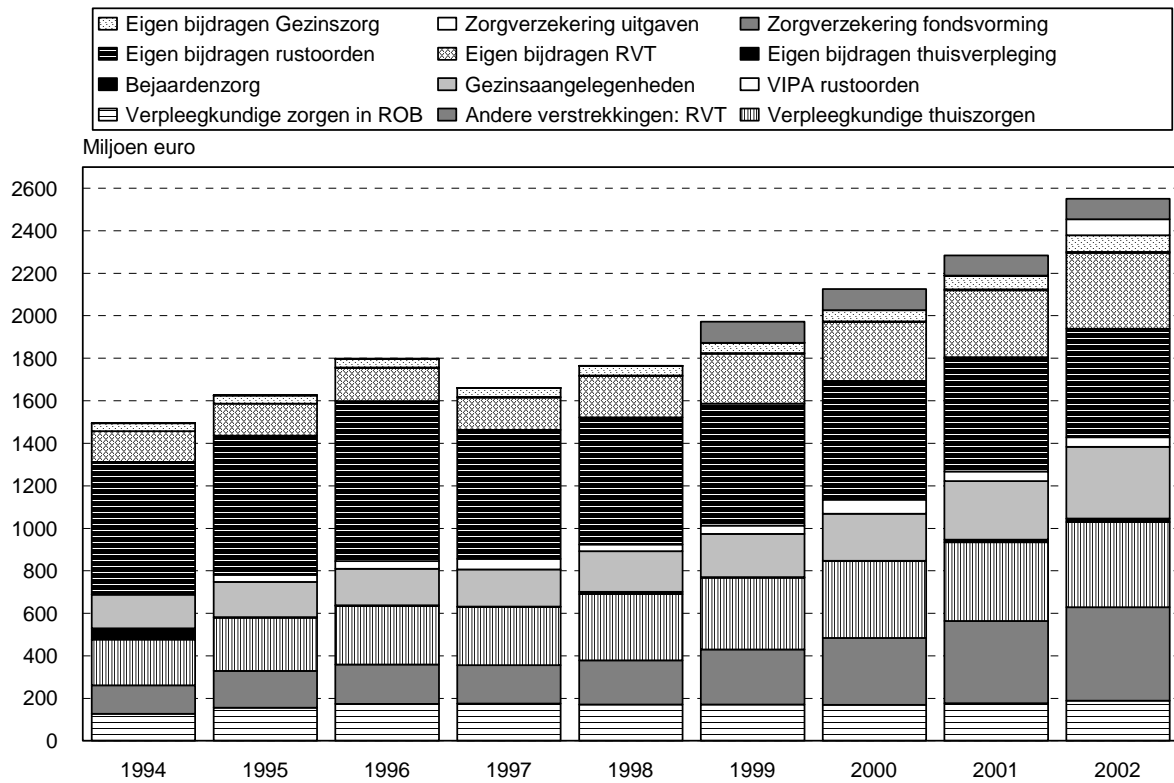
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van RIZIV-jaarverslagen, AWIPH, begroting Franse Gemeenschap en Waals en Brussels Gewest

1.3.4 Vlaamse Gemeenschap



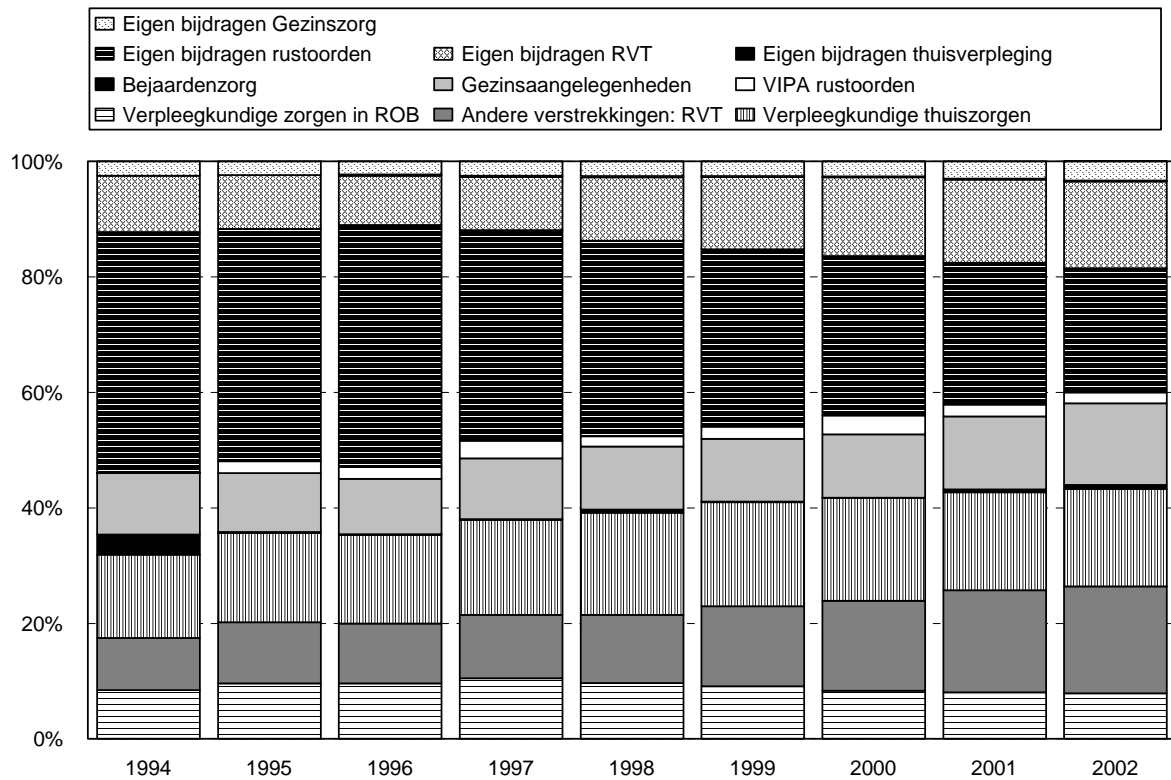
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven, 2004)

Figuur 6.4 Publieke uitgaven aan ouderenzorg van RIZIV en Vlaamse Gemeenschap aan de Vlaamse Gemeenschap, in miljoen euro, 1994-2004



Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven, 2004)

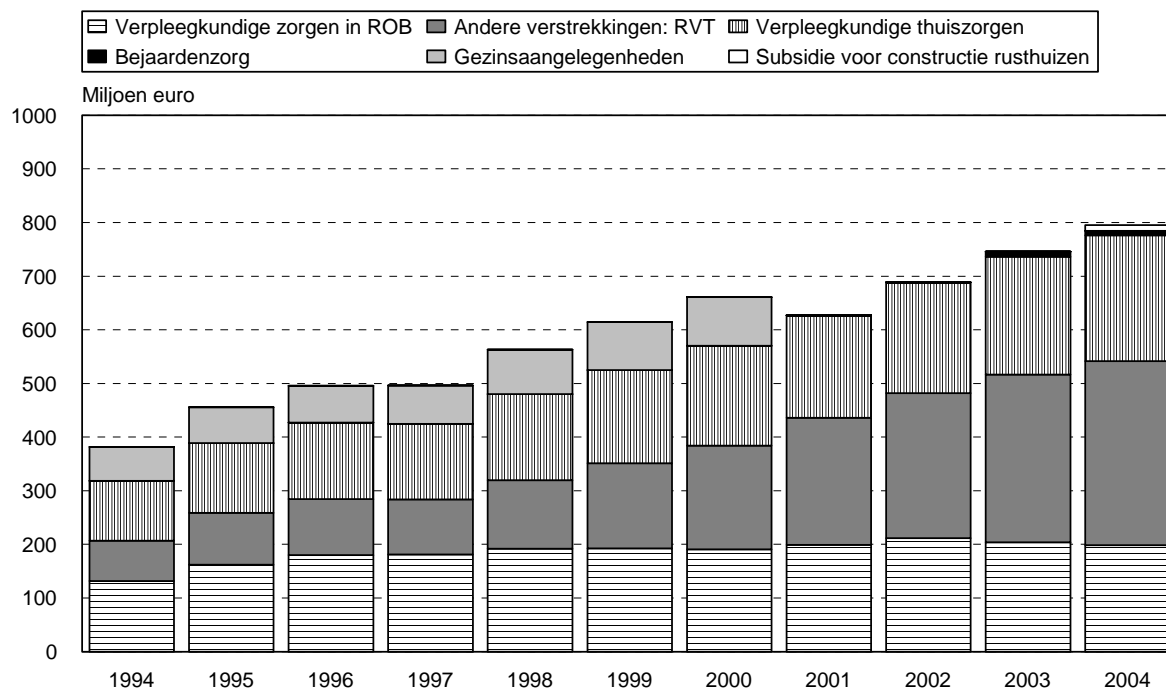
Figuur 6.5 Totale uitgaven aan ouderenzorg, publieke financiering (RIZIV en Vlaamse Gemeenschap) en eigen bijdragen, Vlaamse Gemeenschap, in miljoen euro, 1994-2002



Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven, 2004)

Figuur 6.6 Totale uitgaven aan ouderenzorg, publieke financiering (RIZIV en Vlaamse Gemeenschap) en eigen bijdragen, als% van totale uitgaven, Vlaamse Gemeenschap, 1994-2002

1.3.5 Franse Gemeenschap

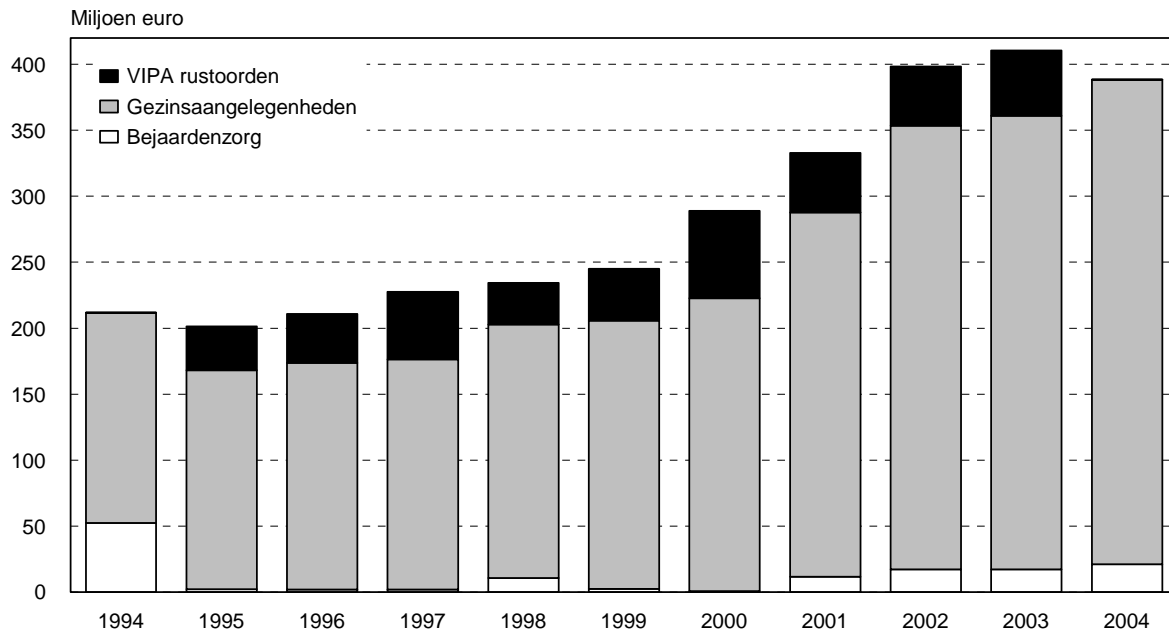


Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven, 2004) op basis van RIZIV-jaarverslagen en begroting Waals Gewest

Figuur 6.7 Publieke uitgaven aan ouderenzorg van RIZIV en Franse Gemeenschap aan de Franse Gemeenschap, in miljoen euro, 1994-2004

1.3.6 Investerings in infrastructuur in de Vlaamse Gemeenschap

Onderstaande figuur illustreert het belang in Vlaanderen van de infrastructuurinvesteringen. Deze stagneren de jongste jaren. Elders signaleren wij het achterop blijven van deze middelen, ondermeer om niet alleen meer plaatsen te bouwen, maar ook om meer plaatsen met een betere woonkwaliteit te verkrijgen. Het achterop blijven van de bouw van de serviceflats t.o.v. de eigen Vlaamse programmeringscijfers is daarvan een voorbeeld.

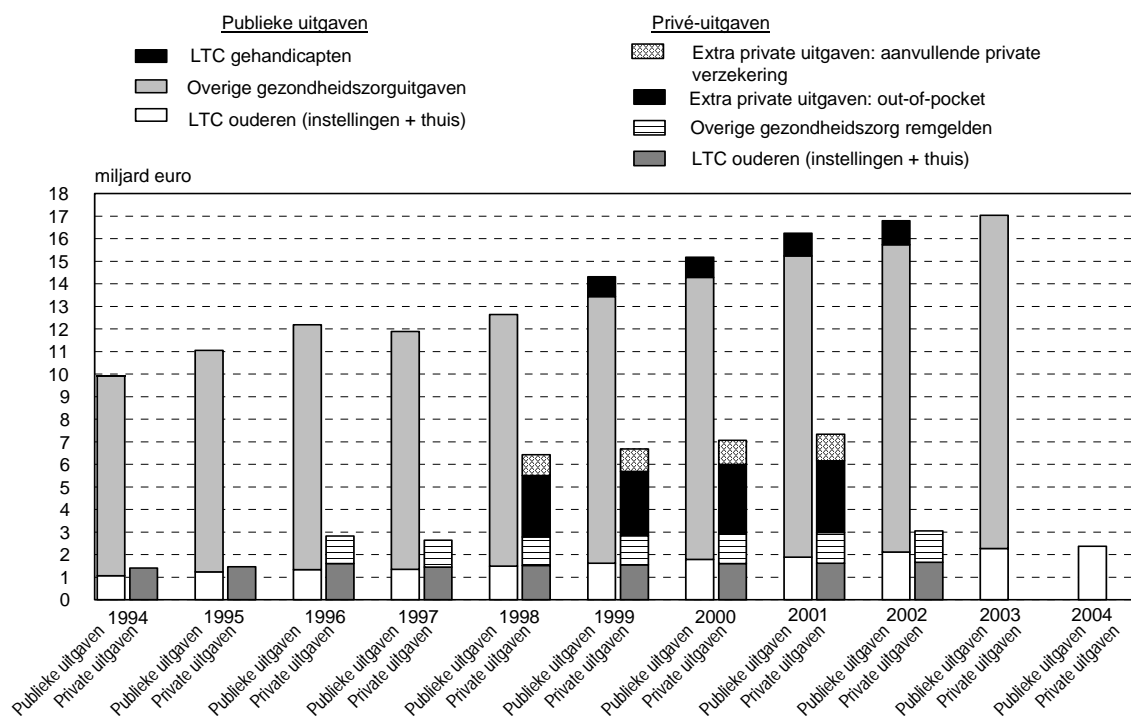


Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven) op basis van VIPA en Begroting Vlaamse Gemeenschap

Figuur 6.8 Ontvangsten ouderenzorg, VIPA reële vastlegging vastleggingskredieten, in miljoen euro, Vlaamse Gemeenschap, 1994-2004

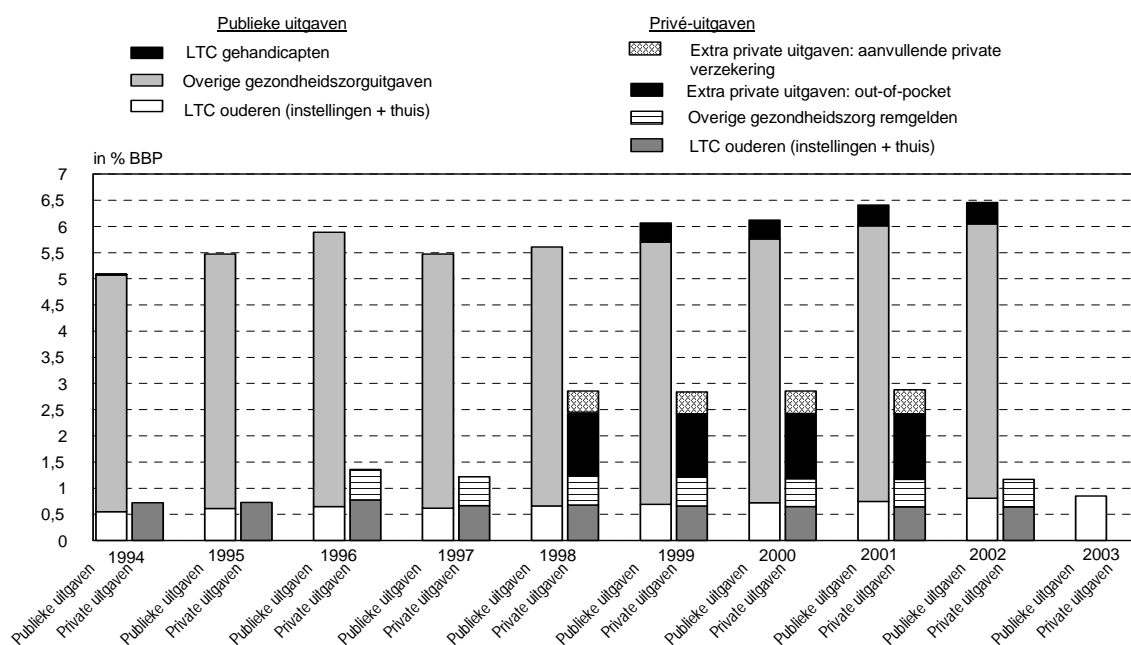
1.4 Totale zorguitgaven (publiek en privé) als % van BBP

Wij geven in onderstaande grafieken voor de gemeenschappen en het Rijk de totale zorguitgaven en de publieke en private uitgaven voor gezondheid en LTC en in figuur 6.15 vergelijken wij het algemeen totaal. Enkel de jaren 1998 tot 2001 zijn redelijk volledig ingevuld. In 2001 is de totale kostprijs van de zorg ongeveer 10% van het BBP geworden in de Franse/Duitstalige Gemeenschap, terwijl dit in Vlaanderen nog 1% lager ligt. Ook het specifieke aandeel van de uitgaven, zowel privaat als publiek, voor de LTC voor ouderen is in beeld gebracht.



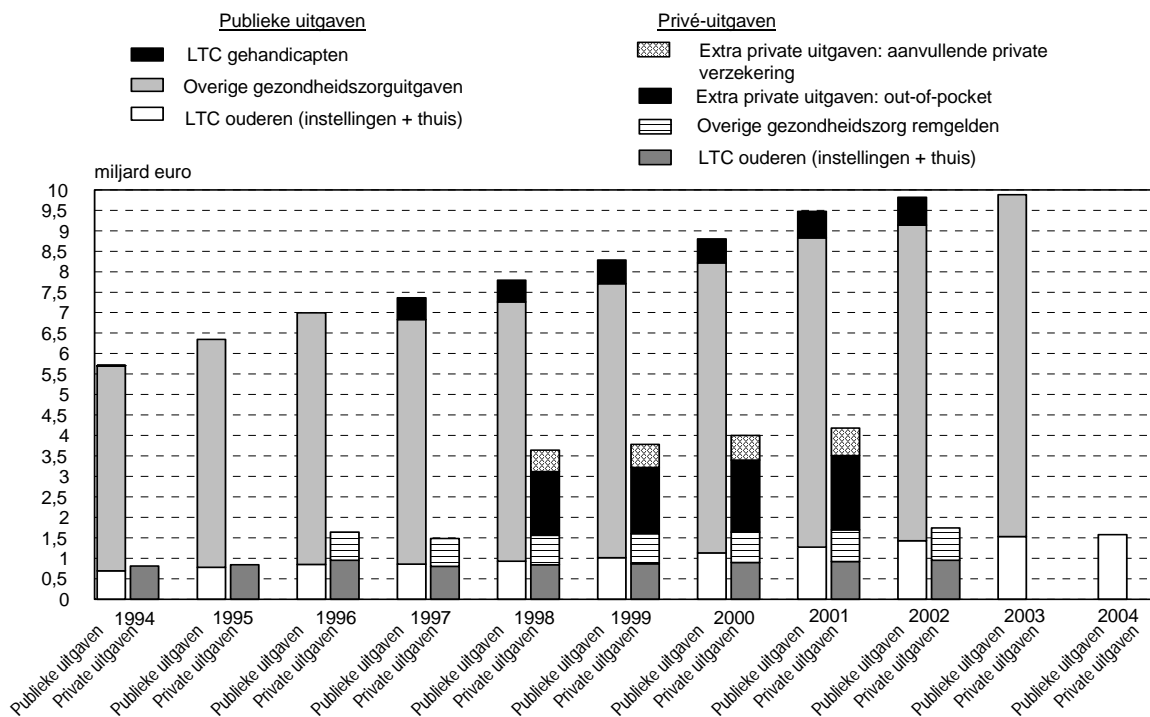
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven)

Figuur 6.9 Publieke en private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, België, in miljard euro



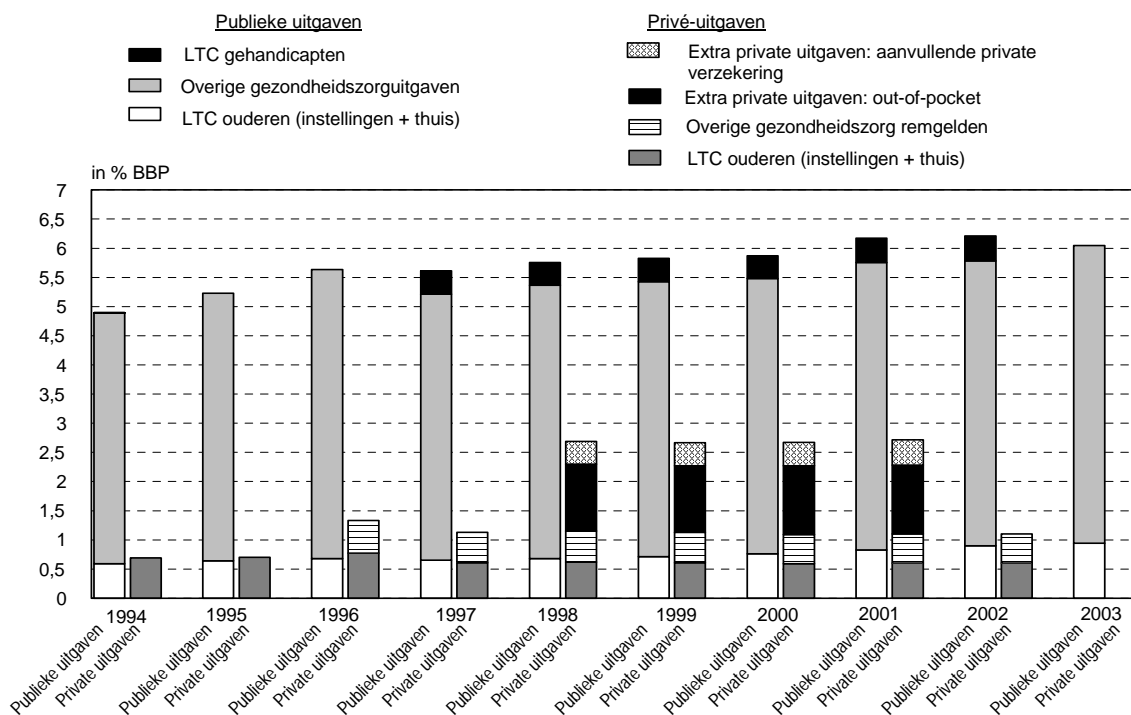
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven)

Figuur 6.10 Publieke en private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, België, in % BBP



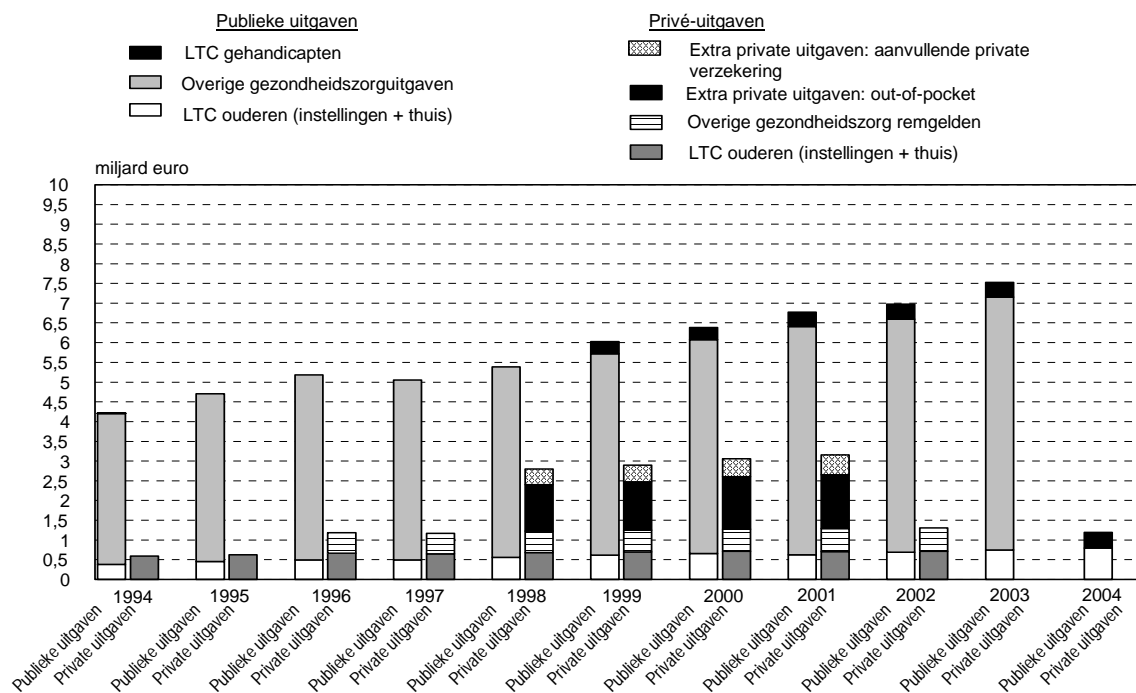
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven)

Figuur 6.11 Publieke en private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, Vlaamse Gemeenschap, in miljard euro



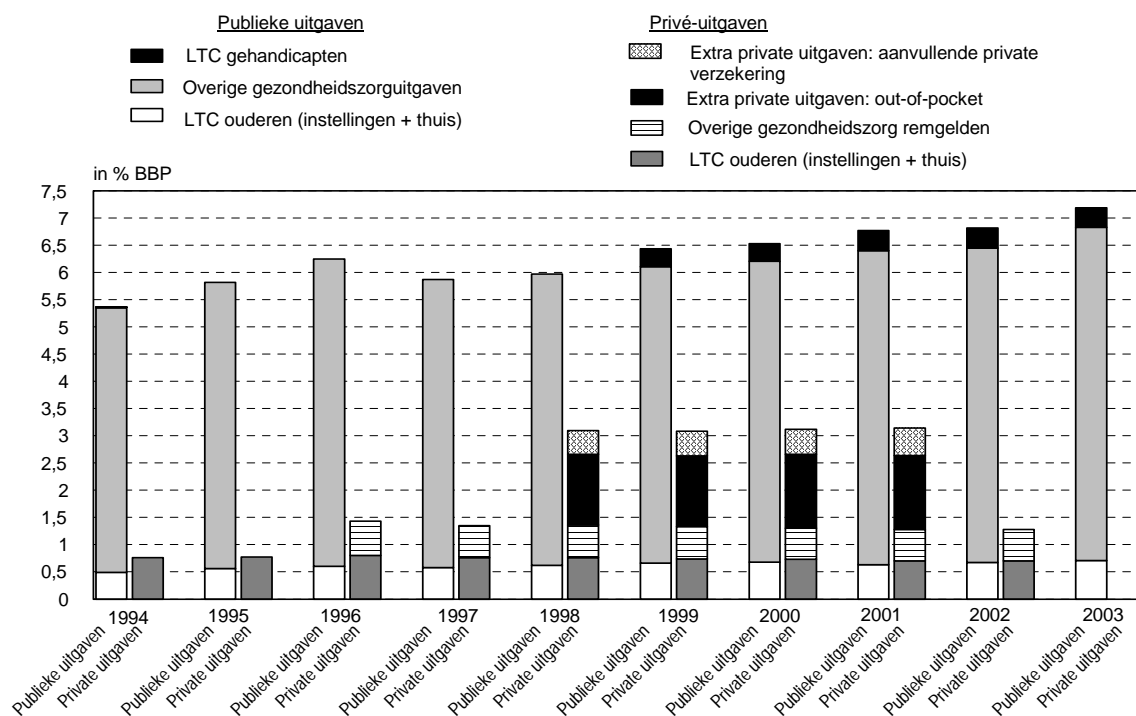
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven)

Figuur 6.12 Publieke en private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, Vlaamse Gemeenschap, in % BBP



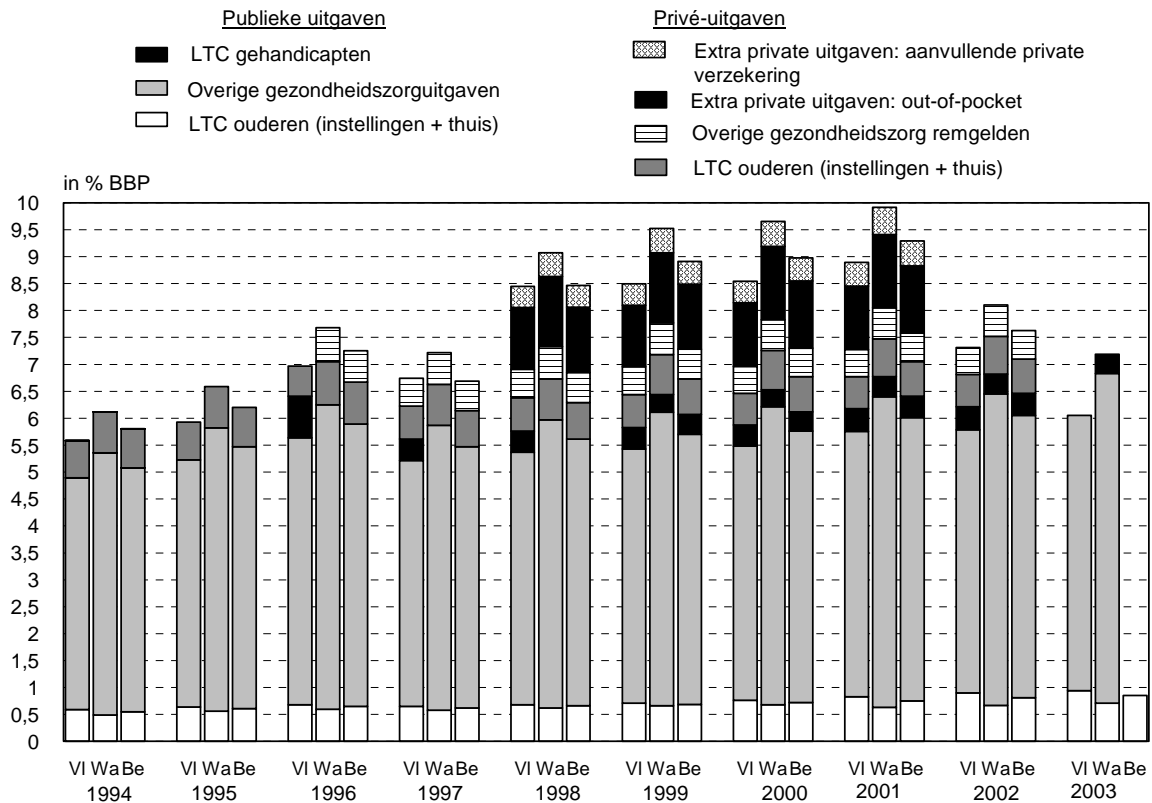
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA/K.U.Leuven)

Figuur 6.13 Publieke en private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, Franse Gemeenschap, in miljard euro



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

Figuur 6.14 Publieke en private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, Franse Gemeenschap, in % BBP



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

Figuur 6.15 Publieke en private financiering van de ouderenzorg, gezondheidszorg en zorg voor personen met een handicap, België, Vlaamse en Franse Gemeenschap, in % BBP

Onderstaande tabel vat de cijfers samen. Het verschil tussen de twee gemeenschappen, in uitgaven als % van het BBP zit hem minder in de totale uitgaven voor LTC, als in het aandeel eigen bijdragen die hoger zijn in de Franse/Duitstalige Gemeenschap, en verder valt op dat er voornamelijk een verschil is in de publieke uitgaven voor de overige gezondheidszorg.

Tabel 6.17 Publieke en private uitgaven voor de zorg in België en de Vlaamse en Franse/Duitstalige Gemeenschap, als % van het BBP, 2000

	België	Vlaamse Gemeenschap	Franse/Duitstalige Gemeenschap
Totale uitgaven	8,98	8,54	9,65
Private uitgaven	2,85	2,67	3,15
Publieke uitgaven	6,13	5,87	6,52
Totale uitgaven LTC voor ouderen	1,37	1,43	1,4
Publieke uitgaven LTC voor ouderen	0,72	0,76	0,68
Private uitgaven LTC voor ouderen	0,65	0,59	0,73
Tegemoetkoming hulp aan bejaarden, maximumfactuur en zorgverzekering	0,10	0,10 (0,30 in 2003)	0,08 (0,17 in 2003)
Totaal Publieke uitgaven LTC	1,08	1,15	1,0
Totaal Publieke uitgaven overige gezondheidszorg	5,05	4,72	5,53

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert, HIVA- K.U.Leuven, zie vorige tabellen

Deze nieuwe ramingen die de structuur van de zorguitgaven weergeven, kunnen wij ook confronteren met de reeds beschikbare evidentie over België die gehanteerd wordt in officiële internationale publicaties. Zo kunnen wij de totale zorguitgaven van 8,98% in 2000, vergelijken met de 9% die voorkomt voor 2002 in de OESO-Health data 2004. Het is een iets engere definitie blijkbaar van zorguitgaven (zie figuur 6.21). In tabel 6.17 zien wij dat voor 2000 de publieke gezondheidszorguitgaven en LTC gedefinieerd is op 6,1. Dit is exact het cijfer dat wij uitkomen. De opsplitsing is hier echt iets anders: 15,3% zou gezondheidszorg zijn en 0,8% LTC. In onze raming voor het Rijk is 0,72 voor de ouderenzorg, en nog eens 0,36 voor de zorg voor personen met een handicap (totaal 1,08). De overige gezondheidszorguitgaven bedragen dan maar 5,05% van het BBP.

1.5 Internationale vergelijking

1.5.1 Aandeel ouderen in gezondheidszorg en LTC-uitgaven

Een belangrijke parameter is het aandeel in deze zorguitgaven voor personen ouder dan 65 jaar. Dit evolueerde van rond de 30 en 40% naar meer dan 50% en zal onder de impact van de vergrijzing nog verder toenemen (zie verder punt 1.7.1). Niet alleen zullen de relatieve aandelen van de zorguitgaven voor ouderen

toenemen, zowel in de curatieve sfeer, maar uiteraard ook door het groeiend belang van de LTC.

In de verder te bespreken scenario-analyses over de impact van de vergrijzing wordt dergelijk leeftijdprofiel gehanteerd. Een direct aanspreekbare voorstellingswijze is de uitgave per leeftijdsgroep, als % van het per capita inkomen van dat land. Op die manier wordt zowel de relatieve uitgave van de gezondheidszorg geïllustreerd, als de verdeling van de uitgaven over leeftijdsgroepen.

Voor de totale uitgaven heeft dit te maken met de mate dat LTC al dan niet geïntegreerd is in de gezondheidszorguitgaven. De pogingen om dat uit te klaren zijn op internationaal vlak nog niet beëindigd. De LTC is nog steeds niet duidelijk afgelijnd in de zorgsector. Zo blijkt uit de kortelings te verschijnen OESO-studie dat LTC-uitgaven tussen 0,2 en 3% van het BBP gesitueerd zijn. In de zorgrekeningen is er trouwens gebrek aan eenduidigheid over de definitie van 'long term care'. In de gezondheidszorgrekening is de categorie residentiële zorg voorzien, maar wordt enkel 'nursing care' opgenomen, waardoor voorzieningen waar niet medische zorg wordt verstrekt niet zouden opgenomen worden, terwijl de voorzieningen voor personen met een handicap wel opgenomen zijn. In de thuiszorg is het ook niet duidelijk in welke mate huishoudelijke hulp, gezinszorg, enz. zijn opgenomen omdat zij als niet-medische zorg wordt omschreven alhoewel zij vaak nodig zijn omwille van de afhankelijkheid en ziekte van de oudere of zelfs zijn mantelzorger.

Ook in een alternatieve bevraging van de OESO omtrent de LTC is het niet duidelijk welke de omvang is van de gehandicaptenzorg in het totaal, en in welke mate deze categorie duidelijk te onderscheiden zou zijn van de gezondheidszorg.

De gezondheidszorgrekeningen wensen beide te integreren, wat tot nu toe nog niet is gelukt. In de toekomstverkenningen voor de zorg daarentegen lijken gezondheidszorg en LTC permanent onderscheiden te worden. Dit levert prognoses op voor de gezondheidszorguitgaven, en prognoses voor de LTC. Zo maakt ook de EU het onderscheid tussen gezondheid en LTC, maar in tal van publicaties wordt dan weer over 'health care and care for the elderly' gesproken. Een aantal uitgavencategorieën en voorzieningen zijn gericht op ouderen en zouden dan ook kunnen samenvallen met de ouderenzorg, maar voor een aantal andere is dit niet het geval. Maar voor vele van deze voorzieningen is een langzame vergrijzing van hun patiëntengroep ook te verwachten, zodat het aandeel ouderenzorg, of zorg beïnvloed door de vergrijzing, zal toenemen. Zo zullen er meer en meer ouderen in voorzieningen voor gehandicapten voorkomen, en in de psychiatrie, terwijl anderzijds ook moet beseft worden dat in de ouderzorg ook tal van andere patiënten zitten.

Het gros van de uitgaven voor ouderenzorg situeert zich in de gezondheidszorgstatistieken. Dit wordt geïllustreerd in volgende tabel waar wij een synthese geven van de sociale bescherming van de ouderen in de negentiger jaren op het vlak van gezondheidszorg. Het aandeel van de uitgaven voor ouderen in het totaal van de gezondheidszorg varieert tussen 30 en 50% tussen de verschillende EU-landen, en is blijkbaar ook zo geëvolueerd in België over de periode '87-'99. De mate dat LTC-uitgaven te vinden zijn buiten de gezondheidszorg is, te wijten aan het feit of zij al dan niet sterk vertegenwoordigd zijn in de gezondheidszorg. In België is dit aandeel de jongste jaren sterk gestegen, zodat zelf het geraamde percentage van het BBP met bijna 50% toeneemt (van 2 naar 2,9%). De sociale uitgaven in de gemeenschapsbegrotingen stagneren zelfs, wat overeenkomt met de vaststellingen die wij elders maakten voor Vlaanderen: tot de introductie van de Vlaamse zorgverzekering is de gemeenschapsbegroting eerder stagnerend voor de uitbouw van de ouderenzorg in plaats van expansief terwijl de extra financiering in de federale begroting aanzienlijk is. De uitdaging voor de gemeenschapsbegroting was dan ook om verschillende vragen naar meer thuiszorg, meer en betere infrastructuur in de residentiële zorg, te honoreren, bovenop de uitdaging van de uitbouw van een zorgverzekering die nu al staat voor 0,11% van het BBP (zie boven tabel 6.8) wat de gemiddelde uitgaven voor een traditionele dienst als gezinszorg benadert. In de Franse Gemeenschap zijn de uitgaven die wij konden identificeren zelfs lager voor deze klassieke ouderenzorg, en is er nog geen sprake van de invoering van een zorgverzekering. De belangrijkste financieringsbron voor de ouderenzorg blijft bijgevolg het totaal van de gezondheidszorguitgaven en het aandeel dat daarvan door de publieke overheden wordt gefinancierd.

Tabel 6.18 Gezondheidszorguitgaven als % van BBP en zorg voor ouderen, 1995

	bevolking 65+ (%)	Publieke gezondheids- zorguitgaven (% van BBP)	Gezondheids- zorguitgaven voor 65+ (% van totale gezondheids- zorguitgaven)	Gezondheids- zorguitgaven voor 65+ (% van BBP)	Sociale uitgaven voor 65+ (miljoen ECU)	Sociale uitgaven voor 65+ (% van BBP)	Geschatte totale uitgaven aan langdurige zorg (1992-1995) (% van BBP)	Geschatte publieke uitgaven aan langdurige zorg (1992- 1995) (% van BBP)
Oostenrijk	15,1	5,9	circa 50	2,9			1,4	nb
België	15,8	7	31,3 (1987)	2 (1987)	318 (VI).(1993)	0,19 (VI.) (1993)	1,21	0,66
		5,7 (1999)	50 (1999)	2,9 (1999)		0,14 (1999)	1,35 (1999)	0,69 (1999)
Denemarken	15,1 (1996)	5,3	44 (1994) (60+)	2,4 (1994) (60+)	2309 (1993)(60+)	2,0 (1993)(60+)	nb	2,24
Duitsland	15,4	8,2			4963 (1990)	0,40 (1990)	nb	0,82
Frankrijk	14,7 (1994)	8	40,4 (1989) (60+)	2,6 (1989) (60+)	1364 (1989)	0,15 (1989)	nb	0,5
Luxemburg	14,3 (1991)	6,5					nb	nb
Nederland	13,1 (1994)	6,8	40 (1987)	2,4 (1987)	3725 (1991)(a)	1,52 (1991)	2,7	1,8
Griekenland	14,8 (1993)	4,4					0,17	nb
Spanje	14,8 (1994)	6	40	2,6			0,56	nb
Italië	16,4	5,4					0,58	nb
Portugal	14,8	5					0,39	nb
VK	15,7 (1994)	5,9	47 (1987)	2,3 (1987)	1946 (1987-1988)	0,3	1,3	1
					(b)			
Ierland	11,5 (1994)	5,1	30 (1993)	1,9 (1993)			0,86	nb
Finland	14,3	5,8	37,9 (1990)	2,4 (1990)	973	1,03	1,12	0,89
Zweden	17,4 (1994)	5,9	45	2,7			circa 2,7	2,7
Noorwegen	15,9 (1996)	6,6	45 (1994)	2,9 (1994)			circa 2,8	2,8
Australië							0,9	0,73
Canada							1,08	0,76
Japan							nb	0,15/0,62
VS							1,32	0,7
Zwitsersland							0,75	nb

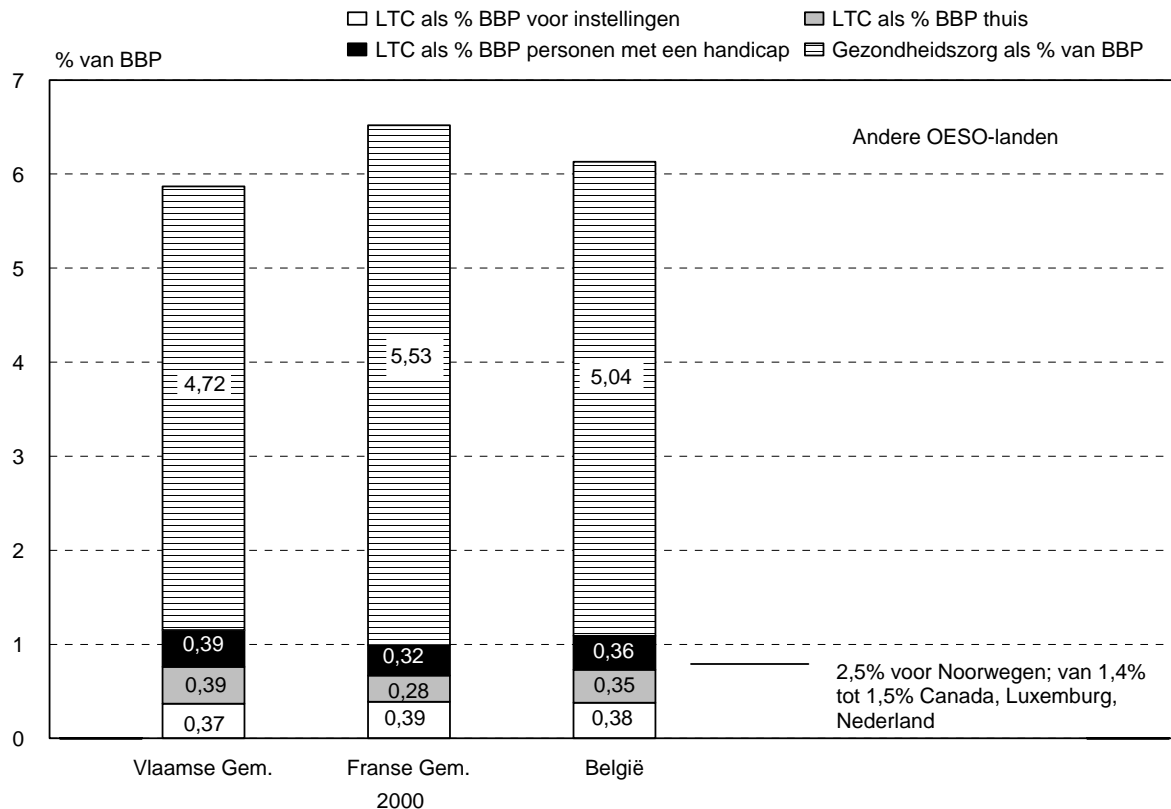
Bron: Pacolet e.a. 2001 en aanvulling Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) (zie tabel 6.2)

1.5.2 Situering LTC uitgaven ouderen in recente OESO-studie

Wij proberen in onderstaande grafiek België en de twee gemeenschappen tenslotte te situeren in de meest recente internationaal beschikbare evidentie van de OESO, en gaan dan dieper in op de concrete voorzieningen. Wij nemen de situatie anno 2000 voor België omdat voor dat jaar de meest volledige informatie beschikbaar is. Met bijna 1,5% komt Vlaanderen in de buurt van de landen met relatief hoge publieke uitgaven voor de LTC, met inbegrip van de gehandicaptenzorg. De publieke uitgaven voor ouderen zijn verder opgesplitst voor de residentiële zorg en de thuiszorg. In de Franse Gemeenschap is dit cijfer iets hoger voor de residentiële zorg voor ouderen, maar substantieel lager voor de thuiszorg, zodat ook de totale uitgaven voor de LTC lager liggen. De ongeveer gelijke verdeling van de overige gezondheidszorg over de twee gemeenschappen maakt dat, gegeven het relatief lagere BBP, de gezondheidszorguitgaven wel zwaarder doorwegen.

In figuren 6.18 en 6.20 vervolledigen wij de studie van de OESO met cijfers voor België. Wij tellen bij de ouderenzorgvoorzieningen de voorzieningen voor personen met een handicap er bij omdat dit ook in de OESO-definitie er kan bijgerekend worden⁴. Dit zijn in België hoofdzakelijk uitgaven voor institutionele zorg. Wij merken dat België bij de best scorende landen kan gerekend worden en dat het vooral institutionele zorg is die hier domineert. In grafiek 6.18 en 6.20 geven wij de private en publieke uitgaven samen voor de ouderenzorg alleen, en met inbegrip van de voorzieningen voor personen met een handicap. Als wij enkel kijken naar de voorzieningen voor ouderen valt op dat minder dan rond de 55% van de uitgaven collectief worden gedragen in België, terwijl dit in het buitenland aanzienlijk hoger is. Indien wij veronderstellen dat ook de gehandicaptenzorg dient meegerekend te worden, dan is het aandeel collectieve financiering wel hoger, maar nog steeds beneden het niveau van landen als Canada, Nederland, Noorwegen en Zweden.

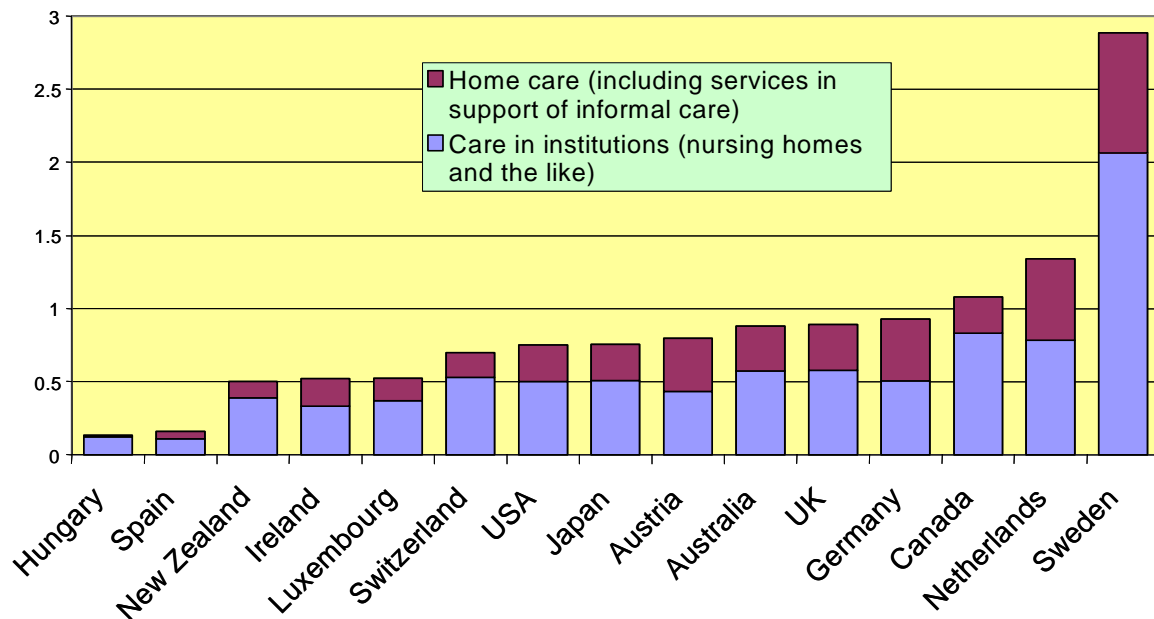
⁴ Een verdere detailanalyse van de voorzieningen voor personen met een handicap is hier niet mogelijk, maar ondermeer ook een verder onderzoek waarom de thuiszorg in dit segment zo beperkt is zou wenselijk zijn.



Bron: Eigen berekeningen Pacolet en Cattaert, 2004 (HIVA/K.U.Leuven); Hurts, Huber, Izumi, Hennessy (2003), OESO

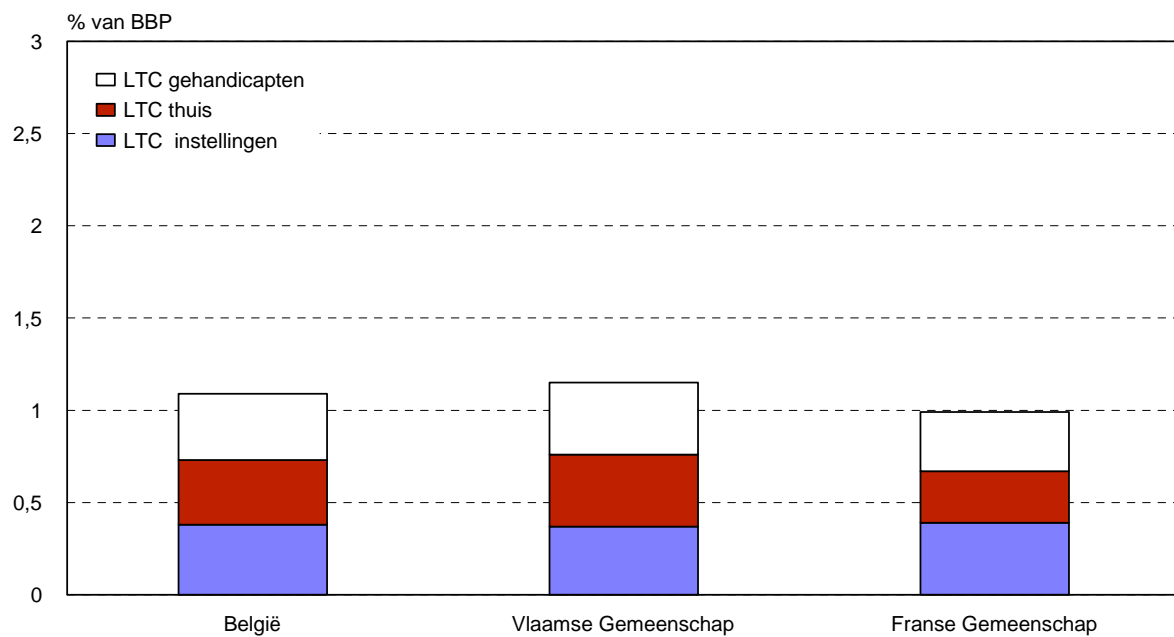
Figuur 6.16 Publieke uitgaven voor gezondheidszorg en LTC als % van BBP, 2002

In een volgende reeks van tabellen vergelijken wij deze eerste raming voor België en de gemeenschappen met de buitenlandse evidentie, ondermeer zoals wij die het meest recent kunnen aantreffen in powerpoint presentaties van de OESO. Het spreekt voor zich dat dit voorlopige cijfers zijn, in afwachting van definitief gepubliceerde cijfers van de OESO maar vooral in afwachting van verdere verificatie en meer gedetailleerde berekeningen voor België.



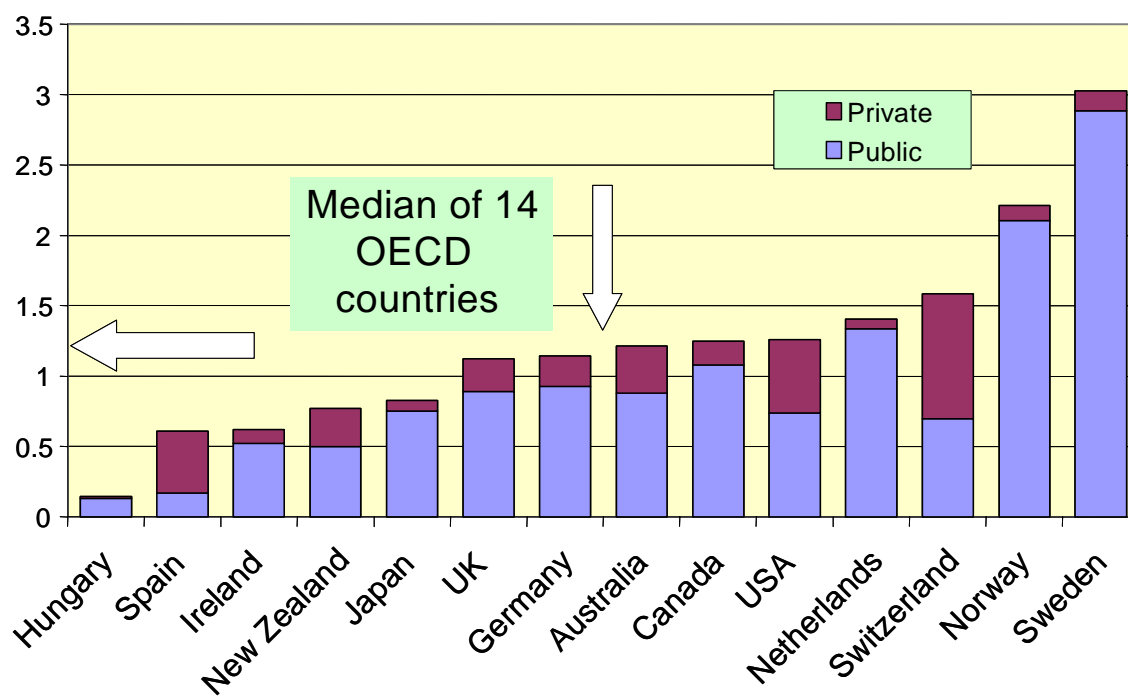
Bron: M. Huber, P. Hennessy, OECD, Academy Health Annual Research Meeting, 2004

Figuur 6.17 Publieke uitgaven LTC in instellingen en thuiszorg als % van BBP, 2000



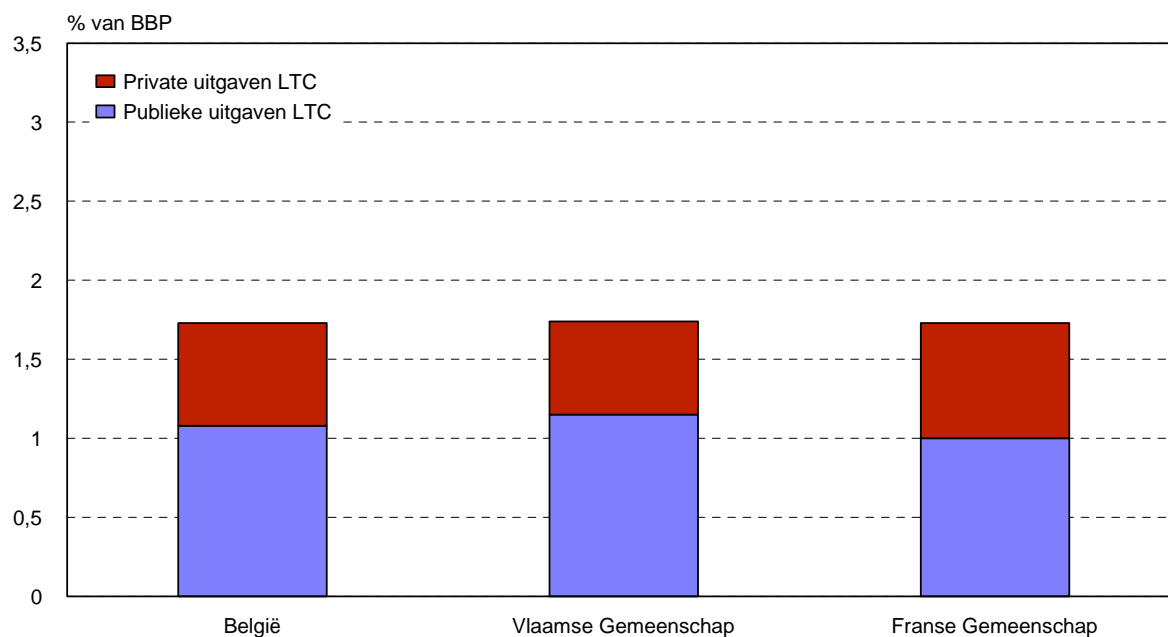
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert, HIVA-K.U.Leuven

Figuur 6.18 Publieke uitgaven LTC in instellingen en thuiszorg als % van BBP, België en de gemeenschappen, 2000



Bron: M. Huber, P. Hennessy, OECD, Academy Health Annual Research Meeting, 2004

Figuur 6.19 Publieke en private uitgaven LTC als % van BBP, 2000

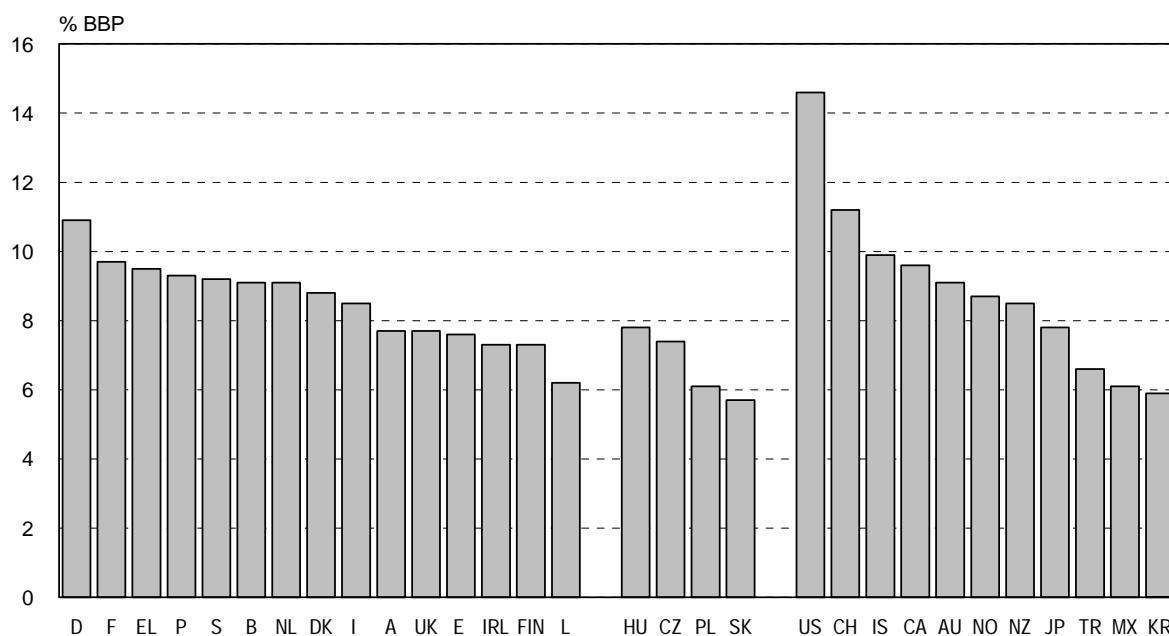


Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert HIVA-K.U.Leuven

Figuur 6.20 Publieke en private uitgaven LTC als % van BBP, België en de gemeenschappen, 2000

1.5.3 Situering totale gezondheidszorguitgaven in België

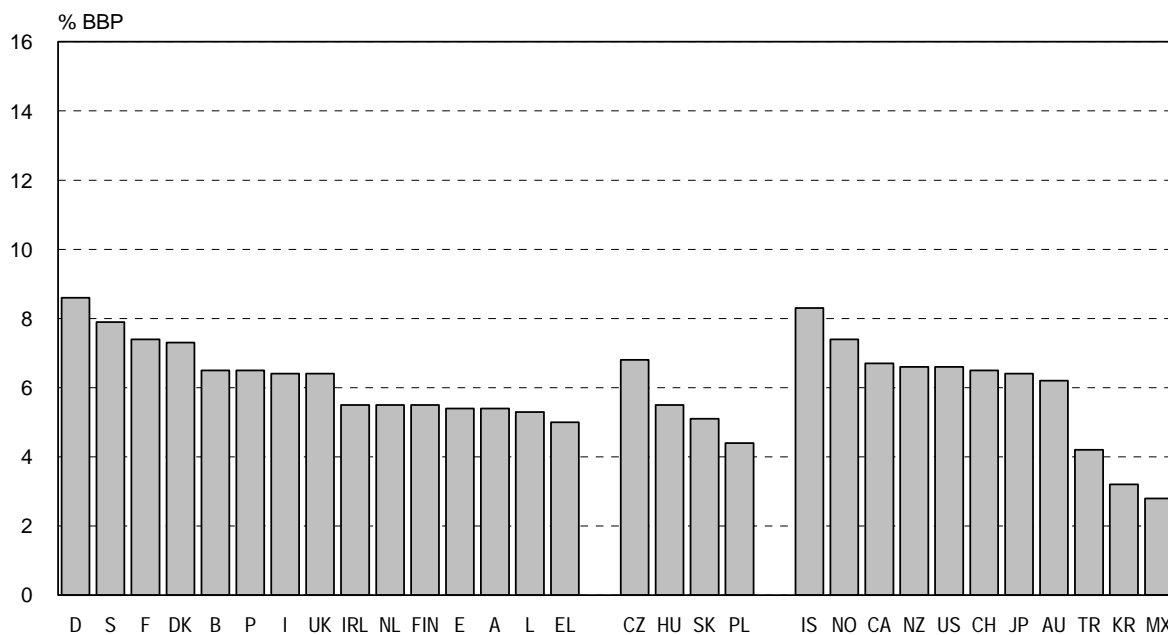
Volgens de meest recente cijfers van de OESO (zie figuur 6.17) blijft België zich bij de landen van de EU situeren met een redelijk hoog percentage (ongeveer 9,5%) maar zijn er zowel bij onze buurlanden als in de Scandinavische landen hogere percentages te noteren. De hoogste uitgaven vallen te noteren in de USA en in Zwitserland, landen met een groot aandeel private uitgaven. Op het vlak van publieke uitgaven vallen de Scandinavische landen op met een percentage van het BBP van 7 à 8%, zodat de ongeveer 6% van België als relatief bescheiden kan omschreven worden (het is een percentage dat overigens ook in de USA en Canada wordt gevonden).



* Voor Japan, Korea en Mexico werden de cijfers opgenomen voor het jaar 2001 en voor Turkije werden de cijfers opgenomen van het jaar 2000.

Bron: Berekening Pacolet en Coudron (HIVA-K.U.Leuven) op basis van OECD Health data 2004

Figuur 6.21 Totale uitgaven gezondheidszorg, % van het BBP, 2002

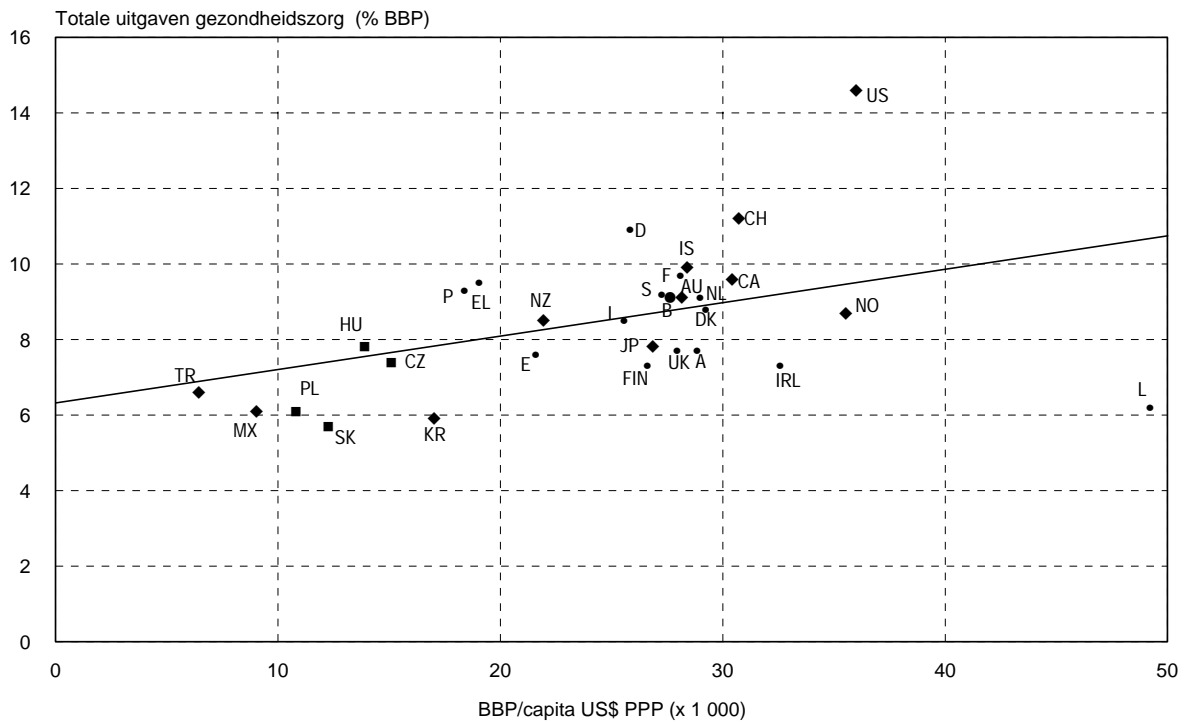


* Voor Japan, Korea en Mexico werden de cijfers opgenomen voor het jaar 2001 en voor Turkije en Nederland werden de cijfers opgenomen voor respectievelijk het jaar 2000 en 1997.

Bron: Berekening Pacolet en Coudron (HIVA-K.U.Leuven) op basis van OECD Health data 2004

Figuur 6.22 Publieke uitgaven gezondheidszorg, % van het BBP, 2002

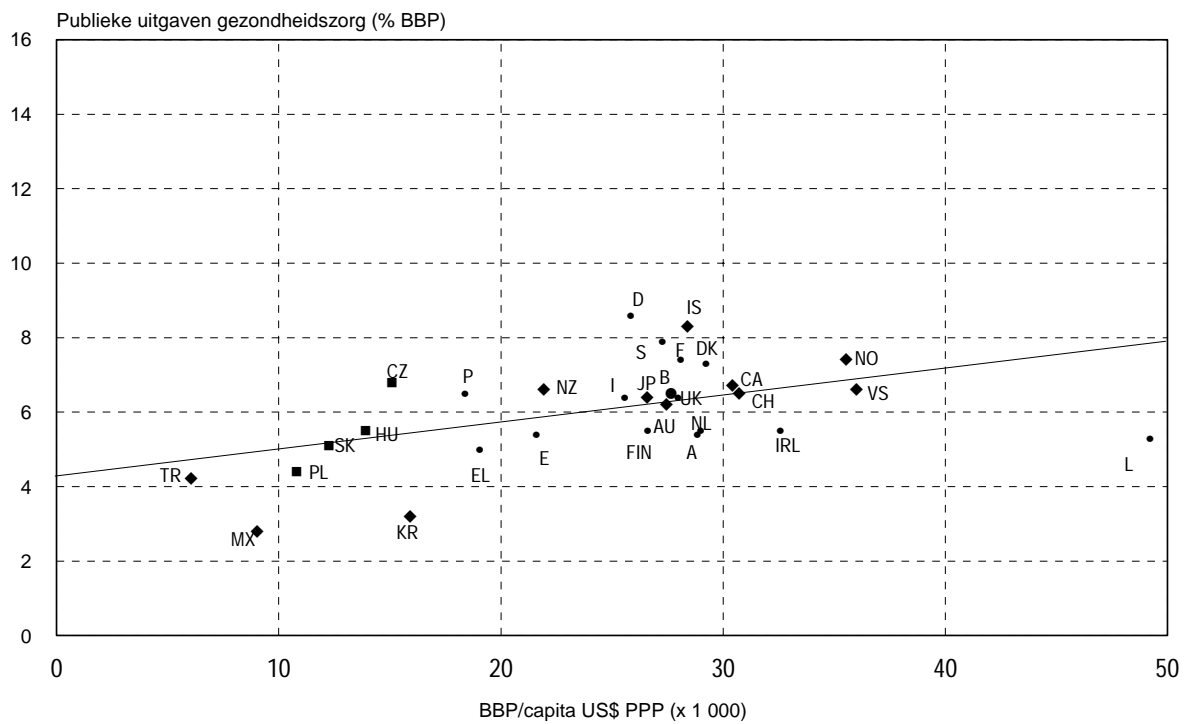
Hiermee wordt bevestigd, en wij lezen het in steeds meer studies, dat rijke economieën ook meer besteden aan gezondheid, zowel privé als publiek. Dit kunnen wij ook afleiden uit onderstaande grafieken die het verband leggen tussen gezondheidszorguitgaven en het BBP per capita (in koopkrachtpariteit). België situeert zich zowel voor de totale uitgaven als de publieke uitgaven op de trendlijn die door deze cijfers kan getrokken worden.



* Voor Japan, Korea en Mexico werden de cijfers betreffende de uitgaven voor gezondheidszorg opgenomen voor het jaar 2001 en voor Turkije werden de cijfers op genomen van het jaar 2000.

Bron: Berekening Pacolet en Coudron (HIVA-K.U.Leuven) op basis van OECD Health data 2004

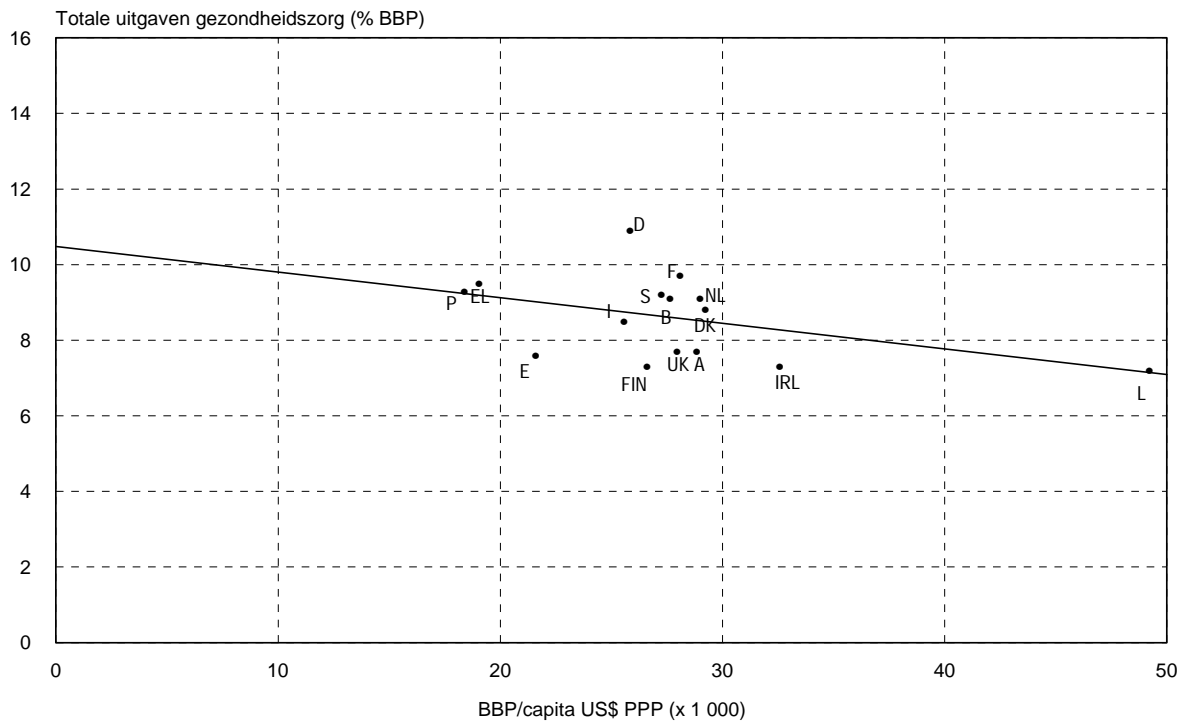
Figuur 6.23 BBP en totale uitgaven gezondheidszorg, 2002



* Voor Japan, Korea en Mexico werden de cijfers betreffende de publieke uitgaven voor gezondheidszorg opgenomen voor het jaar 2001 en voor Turkije en Nederland werden de cijfers opgenomen voor respectievelijk het jaar 2000 en 1997.

Bron: Berekening Pacolet en Coudron (HIVA-K.U.Leuven) op basis van OECD Health data 2004

Figuur 6.24 BBP en publieke uitgaven gezondheidszorg, 2002

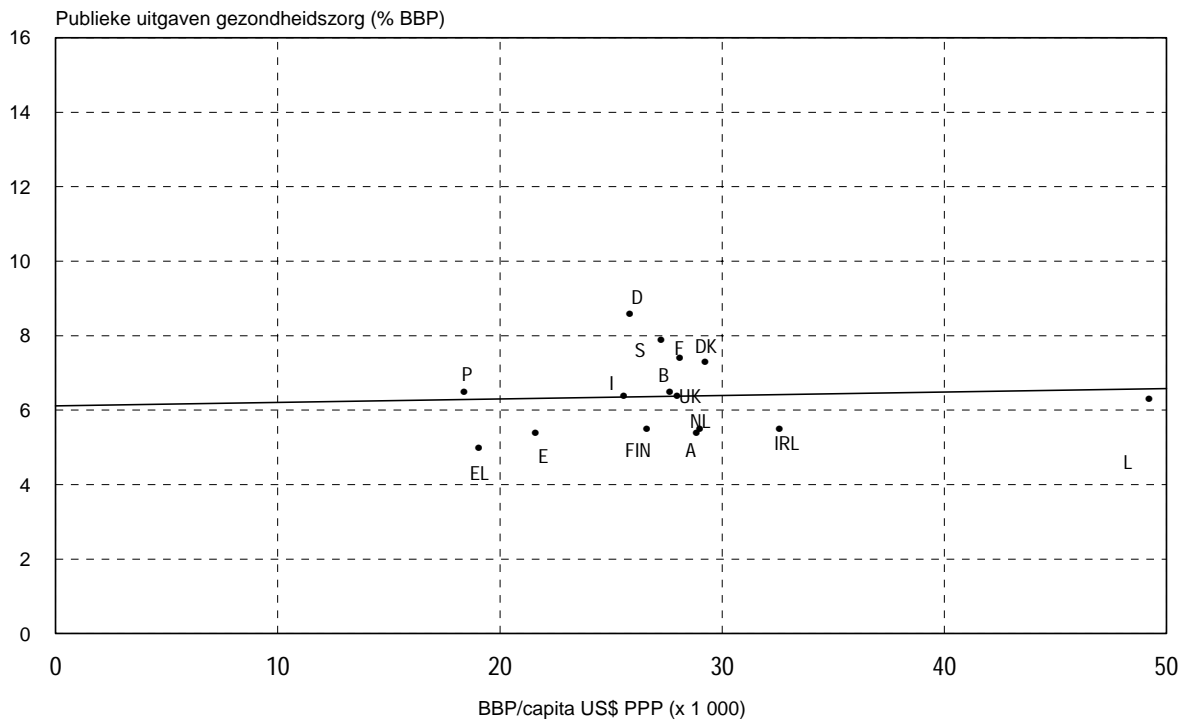


* Correctie voor Luxemburg: de totale uitgaven voor gezondheidszorg in Luxemburg werden met 1% punt verhoogd.

Bron: Berekening Pacolet en Coudron (HIVA-K.U.Leuven) op basis van OECD Health data 2004

Figuur 6.25 BBP en totale uitgaven gezondheidszorg, 15 EU landen (met correctie voor Luxemburg), 2002

Indien dit verband enkel voor de EU beschreven wordt, dan is dit minder duidelijk. De iets armere landen geven in de totale uitgaven zelfs iets meer uit dan de rijkere landen, maar dit wordt wel sterk beïnvloed door aan de ene kant Portugal en Griekenland en aan de andere kant Ierland (met nog een relatief jonge bevolking) en Luxemburg (dat een zeer hoog nationaal inkomen heeft en bijgevolg zelfs na correctie voorgesteld door Poullier (2004), een laag uitgavenpercentage heeft). Op het vlak van de publieke uitgaven lijkt er in figuur 6.26 geen impact meer te zijn van de hoogte van het inkomen per capita, maar is er wel een groot verschil te noteren tussen de landen. Wij gaan nu verder in op de determinanten van deze uitgaven in België, en de evolutie gisteren, vandaag en morgen. Steeds proberen wij ook internationale vergelijkingspunten te vinden.



1. Voor Japan, Korea en Mexico werden de cijfers betreffende de publieke uitgaven voor gezondheidszorg opgenomen voor het jaar 2001 en voor Turkije en Nederland werden de cijfers opgenomen voor respectievelijk het jaar 2000 en 1997.
2. Correctie voor Luxemburg: de publieke uitgaven voor gezondheidszorg in Luxemburg werden met 1% punt verhoogd.

Bron: Berekening Pacolet en Coudron (HIVA-K.U.Leuven) op basis van OECD Health data 2004

Figuur 6.26 BBP en publieke uitgaven gezondheidszorg, 15 EU landen (met correctie voor Luxemburg), 2002

1.6 Kost van de zorg voor personen met de ziekte van Alzheimer en dementie

De meest zware zorgsituatie in de ouderenzorg is deze voor demente personen. Vooral in de thuiszorg is de belasting voor de mantelzorger aanzienlijk, zoals uit de Qualidem-studie voor België blijkt. In vroegere studies namen wij aan dat van de ongeveer 100 000 personen met de ziekte van Alzheimer, er ongeveer 60 000 thuis verbleven en 40 000 in een instelling. Wij nemen aan dat de ziekte van Alzheimer ongeveer 2/3 van de personen met dementie uitmaakt waarvan de prevalentie zelf geschat wordt tussen 6,3 en 9,3 % van de 65+ers (Qualidem Studie Samenvatting, hoofdstuk 12). In 2001 is dit bijvoorbeeld op 1,73 miljoen 65+ers een groep van 109 000 tot 161 000 personen met dementie⁵. De directe zorgkost voor

⁵ Soms worden de cijfers van personen met de ziekte van Alzheimer en dementie door elkaar gehaald. Of kunnen verkeerde cijfers een eigen leven gaan leiden. Zo wordt in zijn uiteenzetting voor de Kamer van Volksvertegenwoordigers door L. Cassiers (2004, p. 275) een cijfer van 275000 personen met dementie vermeld voor 2010. Dit moet 172 000, of 9,3% van de 1,85 miljoen 65+ers in België.

personen met dementie werd in de Qualidem-studie geraamd op 12 000 euro per jaar thuis tot 20 000 in een RVT. Dit zou een totale kostprijs voor de hier aangenomen groep van 100 000 personen met de ziekte van Alzheimer (een maximale inschatting, of wij kunnen het getal ook als de minimale schatting definiëren van de ruimere groep van personen met dementie) impliceren (ten laste van de overheid en de betrokkene zelf) van 1,5 miljard euro in 2002 of 0,58% van het BBP. Dit is niet de totale kost van sociale bescherming voor deze personen (bijvoorbeeld ook het pensioen moet nog gerekend worden), maar al bij al relatieveert dit in economische termen de omvang en dus de betaalbaarheid van deze belangrijke ouderdomsziekte: mogelijk is voor 1% van de bevolking de directe publieke en private zorgkost 0,58% van het BBP. In de hypothese dat dit aantal blijft toenemen en bijvoorbeeld zou gestegen zijn met 50% tegen 2020, en in de verdergaande hypothese dat de zorgkost stijgt op dezelfde manier als het BBP, dan zou voor de 150 000 personen met dementie, dan ongeveer 0,87% van het BBP nodig zijn, een toename met 50% dus. Het spreekt vanzelf dat deze kosten reeds begrepen zijn in de cijfers elders gehanteerd voor de evolutie van de gezondheidszorguitgaven en de overige uitgaven voor chronische zorg. Zo vormen personen met dementie de belangrijkste groep van de RVT-bewoners.

Tabel 6.19 Raming macro-economische kostprijs professionele zorg voor personen met de ziekte van Alzheimer

	Totaal	Thuis	Instelling
<i>Inschatting 2002</i>			
Aantal	100 000	60 000	40 000
Kost per dag in euro		32,4	54,8
Kost per jaar in euro		11 826	20 002
Totaal budgettaire kost (in miljoen euro)	1 509,64	709,56	800,08
BBP (in miljoen euro)	260 000		
Als % BBP	0,58	0,27	0,31
<i>Inschatting 2020</i>			
Aantal	150 000	90 000	60 000
Kost per jaar in euro met groei van BBP		16 911,2	28 602,9
totale kost per jaar (in miljoen euro)	3 238,18	1 522,01	1 716,17
BBP in prijzen van 2002 (in miljoen euro)	371 800		
Als % BBP	0,87	0,41	0,46

Bron: Pacolet, Hedebouw, Winters, 2001, Misplon, Pacolet, Hedebouw, 2004

2. Macro-economische betekenis van de gezondheidszorguitgaven gisteren, vandaag en morgen, en zijn componenten

2.1 Opsplitsing van de evolutie van de uitgaven in de componenten

Het onderscheid maken tussen reële en nominale evoluties, en het identificeren binnenin deze evoluties wat de demografische factoren zijn, is uitermate moeilijk. Hoe moet men bijvoorbeeld demografische factoren afbakenen?

In principe zouden drie dimensies zeker moeten bekeken worden:

- het absoluut niveau van de bevolking;
- de leeftijdsstructuur;
- en moeilijk af te bakenen maar in feite ook verband houdende met de demografie is de gezinssamenstelling en de gezinsgrootte, die een invloed kan hebben op bepaalde types van zorgvraag.

De twee eerste worden vaak samengenomen als één demografische factor, maar soms ook onderscheiden; de derde groep wordt minder in beeld gebracht. Maar nog moeilijker is het om de overige factoren te identificeren, met name wijzigingen in het volume van de zorgvraag (reële evolutie), die te onderscheiden is van prijsevoluties.

Prijseffecten en trendvolgenschap in de inkomens in de zorgsector beïnvloeden de reële bestedingen. De restfactor omvat technologische (zorgtechnologie) vooruitgang en economische vooruitgang (inkomenselasticiteit). Deze komt neer op zowel volume- als kwaliteitseffecten.

De prijsevolutie omvat ook verschillende componenten. Er is de evolutie van de kostprijs en van de verkoopprijs. Normale indexering van lonen en tarieven zou maken dat de prijzen in de zorgsector mee evolueren met de rest van het algemeen prijsniveau. Maar lonen en tarieven kunnen ook de reële evolutie van de inkomens volgen, zelfs al zou er geen productiviteitswinst in de sector mogelijk zijn. Dan nog is de prijsevolutie niet buitensporig maar kan het wel tot gevolg hebben dat een relatief groter deel van het inkomen naar de zorg gaat. Maar (kost)prijsevoluties in de zorgsector gaan ook gepaard met wijzigende producten, diensten, en met wijzigende kwaliteit. Wijzigingen in kwaliteit moeten echter geregistreerd worden in de volume-index.

Het ontbundelen en correct inschatten van prijs- en volume-effecten staat nog maar in zijn kinderschoenen in de non-profitsector. Dit hangt samen met de moeilijke definieerbaarheid van de output. Eurostat gaf onlangs nieuwe richtlijnen voor het onderscheid tussen prijs, volume, kwantiteit en kwaliteit.

Het volume van een transactie is gelijk aan de prijs van een eenheid product maal de kwantiteit:

$$v = p \times q.$$

Voor geaggregeerde productgroepen, kan de kwantiteit niet opgeteld worden, maar dient een weging plaats te grijpen. Dan spreekt men van volume-indexen. De prijsindex zou enkel wijzigingen in de prijs mogen bevatten; kwaliteitswijzigingen en wijzigingen in de samenstelling van het aggregaat moeten gevat worden door de volume-index.

Eurostat geeft een aantal richtlijnen voor een betere inschatting van output, kwaliteits- en prijswijzigingen. 'The implementation of output methods may not be easy, and significant investigations by statistical offices are required. However since health output constitutes a significant share of GDP, it is clearly urgent to improve the methods for the measurement of its volume' (Eurostat, 2001, p. 117).

Sommige landen hebben hierin reeds initiatieven genomen (Nederland, UK). De uitkomst is niet triviaal. Het maakt het verschil tussen reële vooruitgang in de zorg, en de kwaliteit van de zorg, en nominale evoluties en relatieve prijs- en inkomenseffecten. In afwachting van dergelijke exhaustieve studies kunnen wij een aantal 'proxies' bekijken.

Hierna proberen wij de macro-economische componenten van de zorguitgaven te onderscheiden van de demografische. Wij voeren de analyse uit voor het verleden en voor de toekomst. Een aantal internationale referentiepunten worden meegegeven. Voor de afzondering van de demografische component die wij zelf berekenen, hanteren wij dezelfde methode als deze gehanteerd door de Studiecommissie voor de Vergrijzing (2004, p.159). Met name worden gezondheidszorguitgaven per leeftijd (i) en per geslacht (s) gestandaardiseerd t.o.v. de gemiddelde kost voor alle leeftijden en geslacht. Deze uitgaven worden dan geprojecteerd naar de toekomst toe op basis van de demografische evolutie, maar de formule kan ook gebruikt worden om de demografische component in de voorbije evolutie te identificeren. Volgende formule wordt gehanteerd (Studiecommissie voor de vergrijzing):

$$CSR_{s,i} = \frac{CS_{s,i} / n_{s,i}}{\sum_{s,i} CS_{s,i} / \sum_{s,i} n_{s,i}}$$

$CS_{s,i}$:Gezondheidszorguitgaven per leeftijd en geslacht in de steekproef

$n_{s,i}$:Bevolking van de steekproef per leeftijd en geslacht

$CSR_{s,i}$:Relatieve kost per leeftijd en geslacht (voor een gemiddelde eenheidskost, alle leeftijden, geslachten en behandelingen samengenomen)

$$S_t = \frac{\sum_{s,i} (CSR_{s,i} \times N_{s,i,t}) / N}{\sum_{s,i} (CSR_{s,i} \times N_{s,i,t_0}) / N}$$

S_t :Index van de verouderingsimpact op de uitgaven voor gezondheidszorg

N_t :Totale bevolking

Bron: Studiecommissie voor de vergrijzing (2004, p.159)

Schema 6.1 Modelleren van de impact van de demografische evolutie

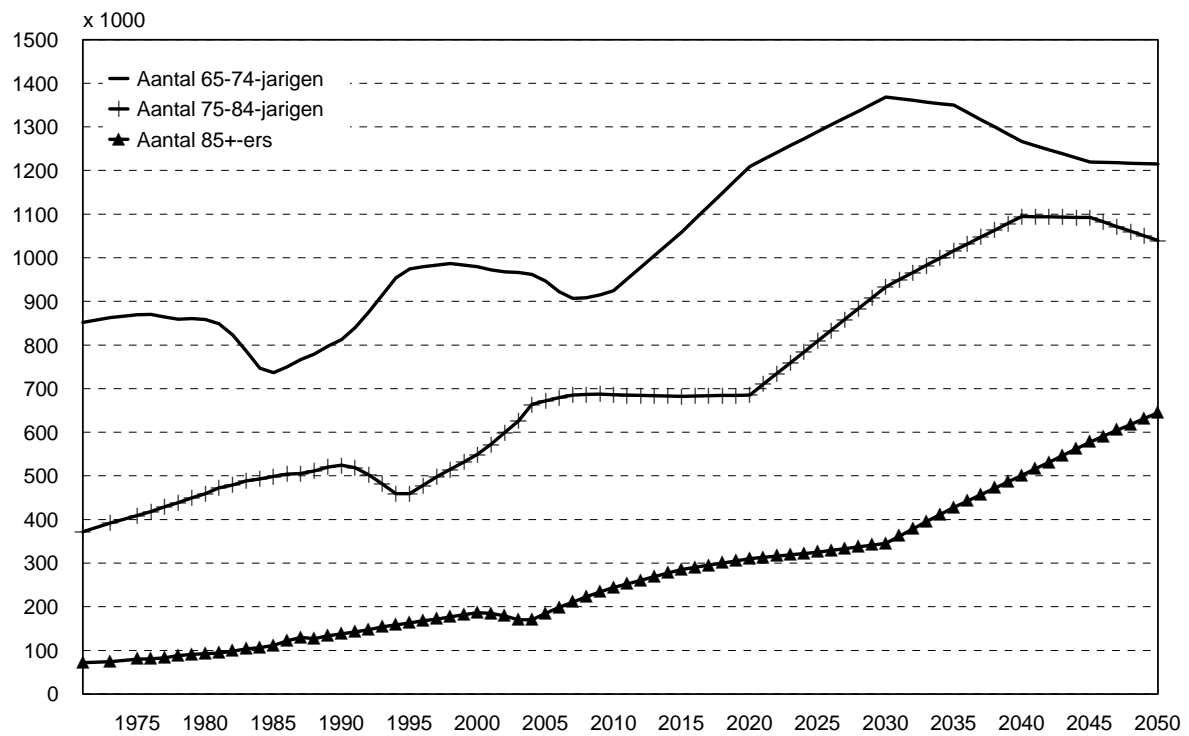
2.2 Demografische evolutie

Demografie is niet de enige factor die moeilijk te identificeren is, zelfs al kan zij mechanisch wel worden afgezonderd zoals in bovenstaande formule. Men gaat er dan wel van uit dat het gebruiksprofiel of de zorgbehoefte ongewijzigd blijft over de verschillende cohorten. Een andere belangrijke factor is de definitie van zorgafhankelijkheid. Elke onderzoeker construeert en hanteert graag zijn eigen afhankelijkheidsschaal.

In de hiernavolgende decompositie van de (gezondheids-) zorguitgaven naar zijn diverse componenten, is demografie een belangrijke factor, zowel voor het goed inschatten van de evolutie in het verleden als in de toekomst. Deze betreft evidente componenten: het absoluut bevolkingsniveau en het aantal ouderen, en de leeftijdsstructuur binnen deze ouderengroep. Tot de demografie kan ook de gezinsstructuur gerekend worden, die wij elders bespreken. Wij geven in een reeks grafieken zowel de evolutie in het verleden als de projecties tot 2050.

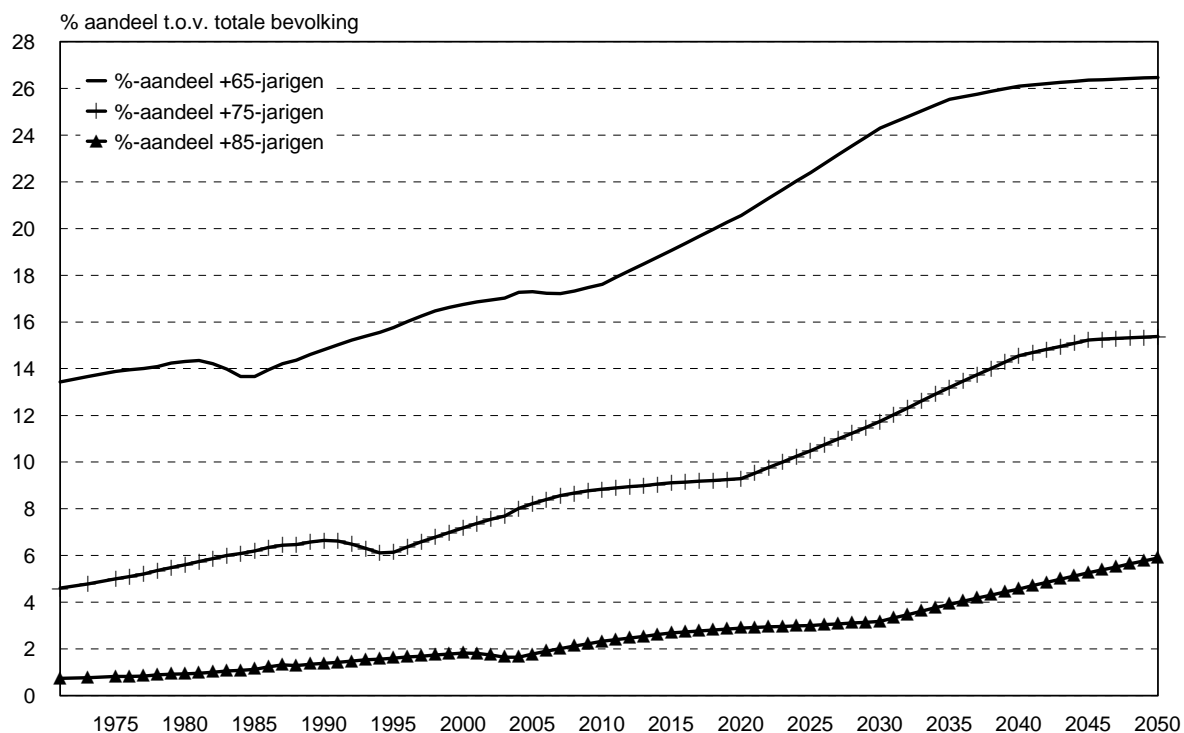
De gehanteerde leeftijdsgrenzen krijgen een extra betekenis op basis van het profiel van de thans geldende overlevingscurve of curve van prevalentie van mortaliteit, zorgbehoefte en morbiditeit. Daaruit blijkt dat 1 op 2 thans overleden is rond 85 jaar, terwijl 1 op 2 zorgbehoevend wordt vanaf 75 jaar terwijl bij 1 op 2

de aandoeningen (morbiditeit) optreden vanaf 65 jaar (interpretatie figuur Gillet, Bonneur, in Kamer van Volksvertegenwoordigers, p. 262). 65 jaar is ook de wettelijke pensioenleeftijd. Deze verschillende dimensies kunnen in het achterhoofd gehouden worden bij de interpretatie van onderstaande figuur met het absoluut aantal ouderen.



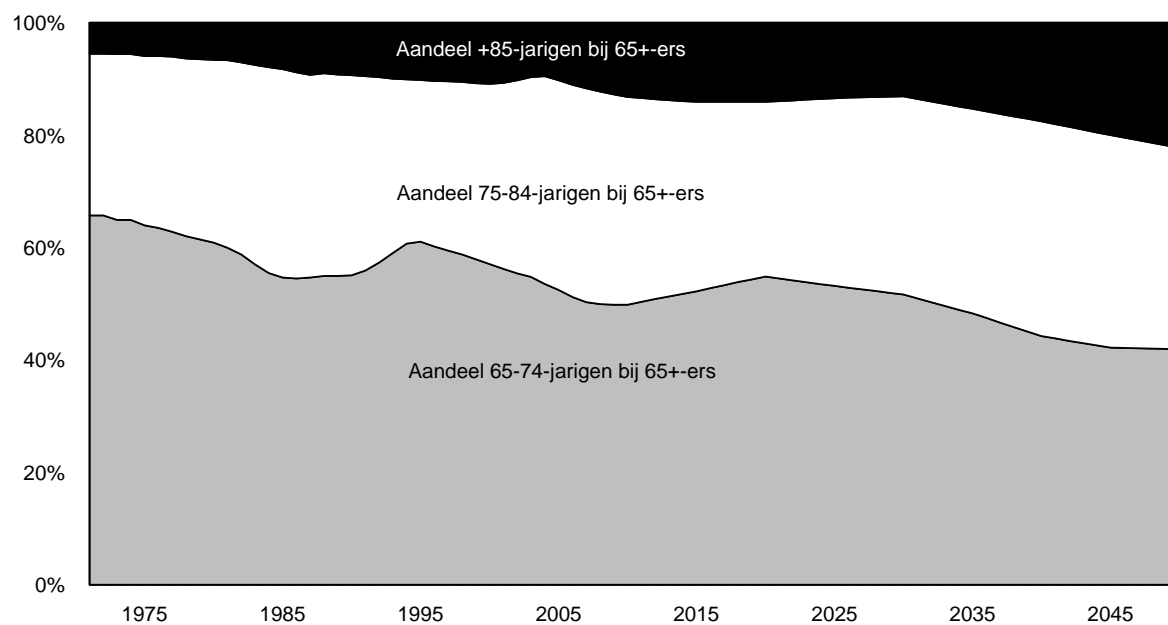
Bron: NIS-bevolkingscijfers en NIS-bevolkingsvooruitzichten

Figuur 6.27 Absoluut aantal ouderen, België, 1971-2050



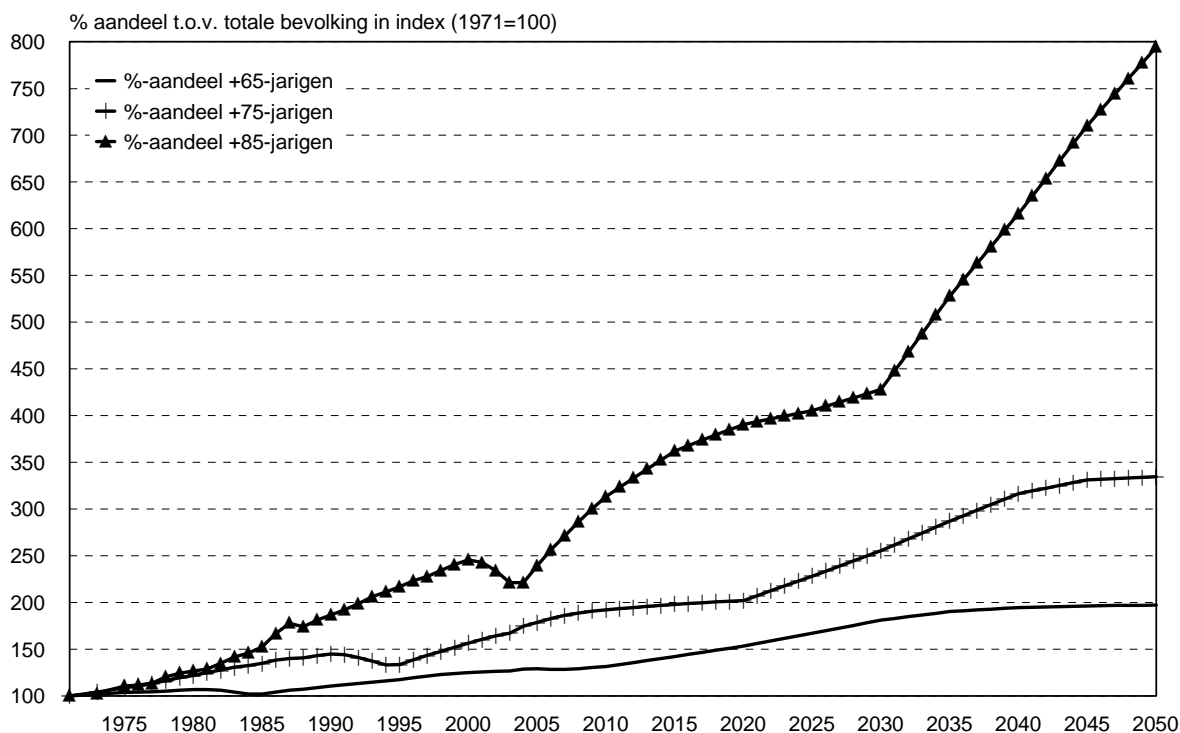
Bron: NIS-bevolkingscijfers en NIS-bevolkingsvooruitzichten

Figuur 6.28 Procentueel aandeel van de ouderen in de totale bevolking, België, 1971-2050



Bron: NIS-bevolkingscijfers en NIS-bevolkingsvooruitzichten

Figuur 6.29 Aandeel van de 65-74-jarigen, de 75-84-jarigen en de +85-jarigen in de groep +65-jarigen, België, 1971-2050



Bron: NIS-bevolkingscijfers en NIS-bevolkingsvooruitzichten

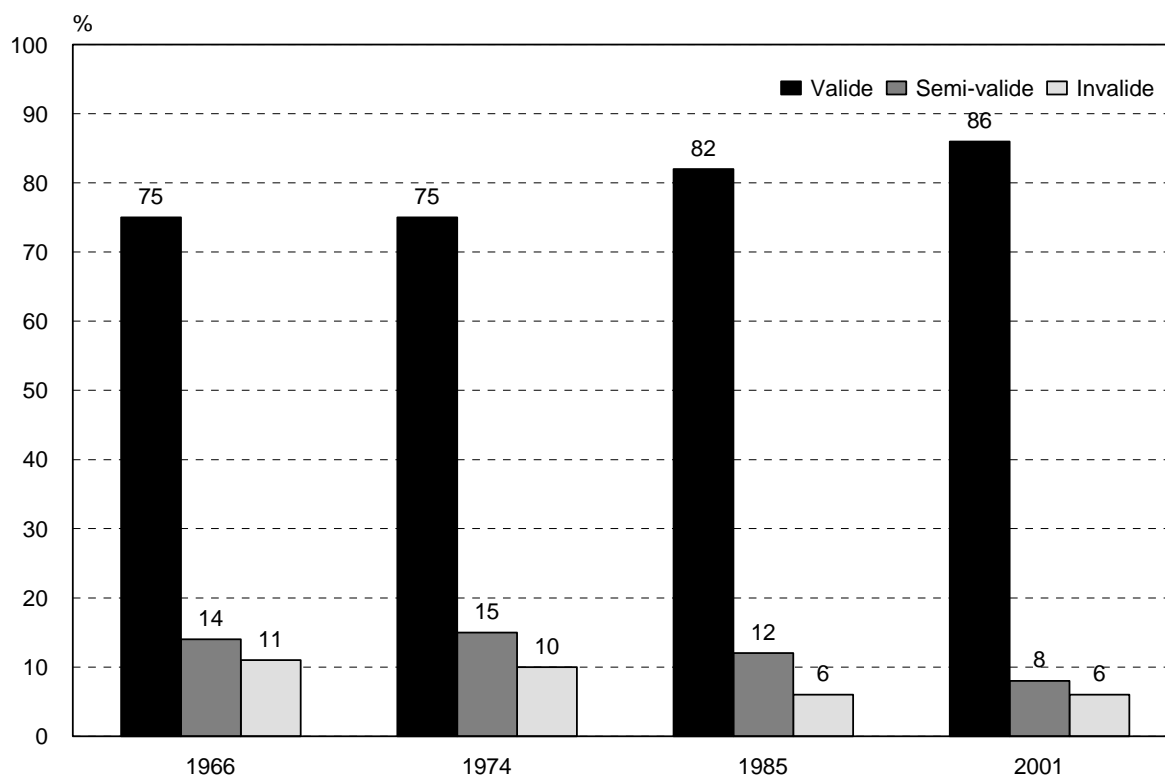
Figuur 6.30 Procentueel aandeel van de ouderen in de totale bevolking, in index (1971=100), België, 1971-2050

2.3 Afhankelijkheid

2.3.1 België

Ondanks verschillende maatstaven kunnen uiteenlopende enquêtes toch tot vergelijkbare resultaten komen om de omvang van de groep hulpbehoevenden te meten. In een vroegere studie hanteerden wij het cijfer dat ongeveer 21% van de 65+ers licht tot zwaar afhankelijk was (Pacolet, Lanoye & Bouten, 1998 en zie ook tabel 6.20). Meer recente schattingen geciteerd in een Eurostat studie (2003) geven als ruime definitie 23% voor België en 17% voor Vlaanderen. Een meer enge definitie van dus zwaarder afhankelijke personen geeft 8% voor de 65+ers in zowel Vlaanderen als België (zie tabel 6.21). In het meest recente Leefsituatieonderzoek voor bejaarden en ouderen in Vlaanderen is informatie over die afhankelijkheid voor een langere periode beschikbaar. In enquêtes die strekken over de periode 1966 tot 2001 werd het percentage valide en semi-valide ouderen geregistreerd. Een lichamelijke en een huishoudelijke invaliditeitsgraad werd gemeten, en een totale index. In onderstaande grafiek blijkt dat de totale invaliditeit nog niet veel wijzigt tussen 1966 en 1974 (periode is ook kort) maar dat in 1985 en zeker in 2001 het percentage valide bejaarden bij de 65+ers gestegen is met 11% (9% voor de lichamelijke invaliditeit en 14% voor de huishoudelijke invaliditeit). De huishoudelijke invaliditeitsgraad is het sterkst gedaald van 28%

naar 14% invalide en semi-valide ouderen (L. Vanden Boer, K. Pauwels, 2004, p. 133). Wetende dat over ongeveer dezelfde periode het aandeel 75+ers in deze groep is gestegen van 35% in 1971 tot 45% in 2001, wat normaliter een grotere afhankelijkheid zou moeten impliceren (zie grafiek), kan hierachter een aanzienlijke daling van de afhankelijkheid naar leeftijd vermoed worden. Het roept alvast ook het beeld op dat in Nederland werd geconstateerd (zie hoofdstuk 7): ‘men is misschien vaker ziek, maar men heeft er minder last van’.



Bron: Vanden Boer L., Pauwels K. (2004)

Figuur 6.31 Evolutie van de totale invaliditeitsgraad onder 65+ers in de periode 1966-2001, Vlaams Gewest, in % van totaal

2.3.2 Internationaal

Internationaal worden twee varianten gebruikt om de afhankelijkheid te meten, het percentage van de bevolking naar leeftijd dat op basis van uiteenlopende nationale schalen (meestal een ADL schaal en een IADL schaal) als licht tot zwaar hulpbehoevend wordt omschreven, en anderzijds het gebruik van formele hulp of desgevallend ook informele hulp. De definitie van afhankelijkheid als gevolg van het gebruik van voorzieningen is natuurlijk sterk afhankelijk van de uitbouw van deze voorzieningen. Het gebruik van afhankelijkheidschalen is evenzeer problematisch omdat zij uiteenlopende dimensies en afkappunten kunnen hebben. Wij bevroegen in onze studie over de sociale bescherming van de ouderen in de

EU (Pacolet, Bouten, Versieck, Lanoye, 1998) de nationale cijfers en vergeleken dit met de opname van voorzieningen. Globaal genomen is er een redelijke overeenkomst tussen deze schalen en wordt volgend Europees beeld bekomen: van ongeveer 15% van de bevolking die ouder is dan 65 jaar is ongeveer 5 tot 20% volledig respectievelijk gedeeltelijk afhankelijk, wat neerkomt op 3% van de totale bevolking. Wij ramen in deze studie de totale groep afhankelijke bejaarden in de EU15 op 9 miljoen mensen. Op basis van diegene die gebruik maakte van de ouderenvoorzieningen kwamen wij op 7,6 miljoen ouderen (Pacolet, Bouten, Versieck, Lanoye, 1998, p. 20). Voor België betrof dit 250 000 licht tot zwaar afhankelijke 65+ers. Deze cijfers komen dicht in de buurt van de inschatting die Jacobzone nadien maakte op basis van het gebruik van residentiële voorzieningen en thuiszorg. Dit onderzoek bracht reeds de moeilijkheid aan het licht van internationaal vergelijkbare gegevens over de afhankelijkheidsgraad. In een voortreffelijke recente studie daaromtrent (Grammenos, 2003) is een inventaris gemaakt van de problemen die dit meebrengt en is een meer volledige vergelijkende tabel opgesteld voor de EU15. Opnieuw is het onderscheid gemaakt tussen een enge en een ruime definitie van zorgafhankelijkheid, en worden uiteenlopende ramingen gegeven op basis van nationale enquêtes, de gezondheidsenquête of op basis van ECHP.

Tabel 6.20 Demografie en afhankelijkheid. Vervolg

	IRL	I	L	NL	P	S	UK	N
<i>Veroudering van de bevolking</i>								
Totale bevolking (x 1 000) (1995)	3 571 (1994)	57 269	385 (1991)	15 382 (1994)	9 927	8 816 (1994)	57 808 (1994)	4 370 (1996)
% 65-plussers (1995)	11,5 (1994)	16,4	14,3 (1991)	13,1 (1994)	14,8	17,4 (1994)	15,7 (1994)	15,9 (1996)
Totale bevolking (x 1 000) (2001)	3 826	57 844	439	15 987	10 262	8 882	59 862	4 513
% 65-plussers (2001)	11,2	-	13,9	13,6	16,5	17,2	-	15,1
Totale bevolking (x 1 000) (2020)	3 876	53 649	439	16 286	9 955	9 466	61 130	4 670
% 65-plussers (2020)	16,6	22,8	19,3	18,6	18,3	20,7	19,2	21,4 (2030)
<i>Afhankelijkheid volgens Hiva-studie rond 1995</i>								
65+, volledig afhankelijk								
Aantal	184 070		1 512					41 690
%	2		2,7					6
65+, gedeeltelijk afhankelijk								
Aantal	2 926 713		4 927	697 450			1 320 000	
%	17 (van de bejaarden thuis)		7,2	34,3			15	
70+, volledig afhankelijk								
Aantal								
%								
70+, gedeeltelijk afhankelijk								
Aantal								
%								

Bron: Pacolet et.al. op basis van de landenrapporten en S. Grammenos, Eurostat, 2003

Tabel 6.21 Prevalentie van afhankelijkheid volgens verschillende definities, volgens leeftijdscategorie (% van de leeftijdscategorie)

	B	DK	D	EL	E	F	IRL	I	L	NL	A	P	FIN	S	UK
Personen ernstig gehinderd in ADL (volgens ECHP- European Community Household Panel)															
16+	6	6	11	7	6	11	3	5	6	8	5	10	9		7
65+	14	18	26	19	14	28	8	16	14	16	17	25	25	22	19
75+	19	21	38	24	19	34	10	24	20	21	25	32	36	33	29
Prevalentie van afhankelijkheid (ruime definitie in nationale bronnen) ²															
16+	4	12				4		3		5		4			
65+	23 (17)	26	19	14	15	11	14	12	12	18	26	14	12	15	15
75+	33 (30)	32	30	23	27	31	20	23	25	27	37	20	16	22	23
Prevalentie van afhankelijkheid (enge definitie in nationale bronnen) ²															
16+	2		3			2		2				1			
65+	8 (8)		7		9	8	8	9	5	7	6	4			5
75+	9 (12)		12		17	12		16	11	12	10	7			11

1. De leeftijdscategorieën wijken voor sommige landen licht af. Voor meer informatie: zie S. Grammenos Eurostat (2003), p. 17 e.v.
2. De cijfers voor België zijn op basis van de gezondheidsenquête. Tussen haakjes zijn de gegevens weergegeven voor Vlaanderen op basis van J. Breda e.a.

Bron: S. Grammenos, Eurostat (2003), p. 17-27

2.4 Decompositie van de evolutie van de zorguitgaven

2.4.1 Retrospectieve analyse: prijs en volume-effecten ontrafeld

De uitsplitsing van de evolutie van de zorguitgaven in nominale en reële evoluties en de demografische component, krijgt nationaal en internationaal meer en meer aandacht. Het is immers deze decompositie die nodig is voor het inschatten van de toekomstige evolutie. Ook een evaluatie van de effectiviteit en efficiëntie van de zorgsector is gebaat bij dergelijke decompositie.

Een goed uitgebouwd statistisch apparaat voor de zorgsector kan hierbij behulpzaam zijn. In België zijn de zorgrekeningen volop in ontwikkeling. In vergelijking met een pionierland terzake als Nederland is nochtans nog veel achterstand in te halen. Het versneld opstellen van dergelijke zorgrekening zou dan ook prioritaire aandacht moeten krijgen van de Belgische overheden. Deze zorgrekeningen zullen op termijn ons kunnen vertellen of de expansie van de zorgsector een prijs- of volume-effect is. Toch kan ook op basis van ad hoc informatiebronnen een inschatting gemaakt worden van deze effecten in België.

Binnen de prijsevolutie zou plaats moeten ingeruimd worden voor de aanpassingen aan het algemeen prijsniveau (inflatie) en aanpassingen aan het welvaartsniveau. Zo zullen prijzen in de zorgsector, en dus ook uitgaven, vermoedelijk gelijke tred moeten houden met het algemeen prijsniveau, ondermeer omdat in België de lonen, belangrijke component in de zorgkost, geïndexeerd zijn. Maar lonen moeten ook het algemeen loonpeil volgen, willen de zorgberoepen niet uit de markt geprijsd worden. Dit is het zogenaamde 'trendvolgerschap', met specifieke problemen indien de productiviteit niet op dezelfde manier evolueert als in de rest van de economie. Dan zal het 'Baumol' effect optreden dat inhoudt dat de zorgsector alleen al om die differentiële productiviteitsevolutie een steeds groter deel zal opsorpen van het nationaal inkomen (zie verder). Maar relatieve groei is ook toe te schrijven aan verbeterde zorg. Dit is dan kwalitatieve verbetering.

De CM (C. Leonard, zie ook J. Hermesse, in Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2004, p. 326) heeft een aantal jaren terug een verregaande desaggregatie van de uitgavenevoluitie proberen uit te voeren, met name door correcties in de uitgaven aan te brengen voor tal van componenten van de prijs- en kostenevolutie. De CM berekende dat voor de periode 1990–2000 de toename in uitgaven voor de gezondheidszorg 5,75 miljard euro bedroeg. Volgens de ramingen van C. Leonard zou niet minder dan 36% een nominale prijsevolutie zijn (correctie voor het algemene prijspeil) en nog eens 41% zouden sectorspecifieke prijsevoluties vormen. Beide componenten zouden dan ook goed zijn voor 77% van de gestegen nominale uitgaven. Daarnaast zouden de uitgaven nog stijgen voor respectievelijk 7,6% voor nieuwe verzekeraarbaarheid, en 5,5% voor nieuwe behoeften, en zouden de remgelden zorgen voor een daling van de

uitgaven met 4% en zou tenslotte het volume-effect 12,8% bedragen. Het vergrijzingeffect⁶ berekent hij op 0,91 miljard euro of meer dan het netto volume-effect, wat betekent dat 'de vergrijzing dus niet volledig zou gecompenseerd zijn door de stijging van de zorgconsumptie' (C. Leonard, 2001, p. 52). Het volume-effect is lager dan wat kan verwacht worden omwille van de vergrijzing. Dit zou een hoopvolle constatacie kunnen zijn indien zij betekent dat een ouder wordende bevolking blijkbaar minder zorg nodig bleek te hebben dan verwacht. Het aanzienlijke belang in de uitgavengroei ligt bijgevolg bij tal van andere factoren als inflatie, sectorspecifieke loon- en prijsevolutie, gewijzigde dekking, zorgvernieuwing, gewijzigde toegankelijkheid. De studie waarschuwt: 'Deze factoren onderschatten, leidt tot structureel ontoereikende budgetten met als gevolg een beperking van de toegankelijkheid. Halsstarrig blijven weigeren om hieraan aandacht te besteden versterkt opnieuw deze evolutie naar een geneeskunde met twee snelheden' (Ibidem).

2.4.2 Prijs- en volume-effecten in het buitenland

Vraag is immers of de prijsevoluties verder gaan dan de inkomensevolutie in de rest van de economie. Het kan ook betekenen dat prijseffecten de noodzakelijke volumestijging verdringen. Dat was ook de aanleiding van het onderzoek van de Nederlandse Tijdelijke Commissie Zorguitgaven die zich de vraag stelde waar de extra-gelden naar toe gingen, aangezien wachtlijsten een probleem bleven, ondanks een toename van de uitgaven. De volume-effecten komen neer op een toename van de uitgaven met ongeveer 10%. Toch lijkt dit een onderschatting van het volume-effect te zijn. De werkgelegenheid in de gezondheidszorg is in diezelfde periode gestegen met 17%. Relatieve prijzen zijn een moeilijk thema. De conclusie is wel dat het totale volume-effect en het volume-effect van de demografie onderschat is, en het prijseffect misschien overschat.

Ook in andere landen wordt het onderscheid tussen een volume-effect en een prijseffect druk onderzocht. Een recente Canadese studie tracht de toename van de uitgaven voor zorg te verklaren, gebruikmakend van regionale informatie voor de periode 1966-1998 voor de tien Provincies en kwam tot de conclusie dat:

1. de gezondheidszorg geen luxegoed is waarvan het relatief aandeel in het budget toeneemt naarmate het inkomen stijgt (het is een normaal goed dat weliswaar meer geconsumeerd wordt naarmate het inkomen stijgt, maar met een elasticiteit kleiner dan 1;
2. de uitgaven snel stijgen omwille van prijseffecten. Dit verwijst naar het Baumol-effect waarbij de zorgkost relatief stijgt omdat de productiviteit

⁶ Dit wordt berekend 'door de gemiddelde uitgaven per leeftijdscategorie in 2000 toe te wijzen aan de structuur van de Belgische bevolking in 1990 en dan het verschil te berekenen tussen dit bedrag en het bedrag van de uitgaven vastgesteld in 2000' (C. Leonard, 2001, p. 52).

lager is dan in de rest van de economie zodat relatief gezien zijn belang zal toenemen.

In de zorgsector vertaalt zich productiviteit op twee manieren. Productiviteit is immers de verhouding productie ten opzichte van arbeidstijd. In de landbouw, industrie en diensten, kan regelmatig meer productie gerealiseerd worden met dezelfde input, wat economische groei mogelijk maakt. In de zorgsector is dit minder het geval maar het is ook niet helemaal onbestaande, wat zich vertaalt in betere geneesmiddelen, beter zorgtechnologie, gestegen levensverwachting etc. In de zorgsector, die ook vaak een niet-marktsector is, wordt de productiviteit gemeten via de input. Wanneer de niet-marktsector de evolutie van de marktsector wenst te volgen, wat zij moet doen om aantrekkelijk te blijven voor de productiefactor arbeid, dan zal haar relatieve kost stijgen (Ruolz Ariste , Jeff Carr, 2003).⁷

De studie concludeert voor Canada dat de zorguitgaven lijken te dalen als het overheidsdeficit toeneemt (heeft België jarenlang dit effect ondervonden?), en tenslotte dat in heel de beschouwde periode de impact van de demografische factor gering blijkt te zijn (en hij was ook nog niet echt observeerbaar omdat de babyboomers nu pas hulpbehoevend zullen worden). De auteurs besluiten dan ook zelf dat hun observaties over het verleden niet bruikbaar zijn voor de toekomst. Zij hebben dit resultaat bekomen door in het model een trendfactor in te calculeren die moet staan voor gewijzigde zorgtechnologie die men benut, relatieve prijzen en ook gewijzigde gezondheid van de bevolking - wat zich overigens vertaalt in een volume-effect in de bevolking, naast een vergrijzingeffect. Het volume-effect staat ook voor gewonnen levensjaren.

Het feit dat men de output meet op basis van de input zou kunnen tot gevolg hebben dat stijging van de werkgelegenheid wordt beschouwd als een kosteneffect, terwijl het een outputeffect is. Men zou dus een onderscheid moeten maken tussen de tewerkstellingsevolutie en de uitgaven, in nominale en in reële termen.

2.4.3 Evolutie reële uitgaven en werkgelegenheid in de zorgsector: verleden en korte-termijn perspectieven

In een reeks van grafieken geven wij hierna hoe in reële termen (uitgaven in constante prijzen van 2004)⁸ onze samenleving rijker werd (bruto binnenlands

⁷ Men kan overigens ook die arbeidskost zien stijgen indien de arbeidsduur wordt aangepast aan de rest van de economie, of zelfs voorloopt wat het geval is geweest in België met de arbeidsduurvermindering voor de oudere werknemers.

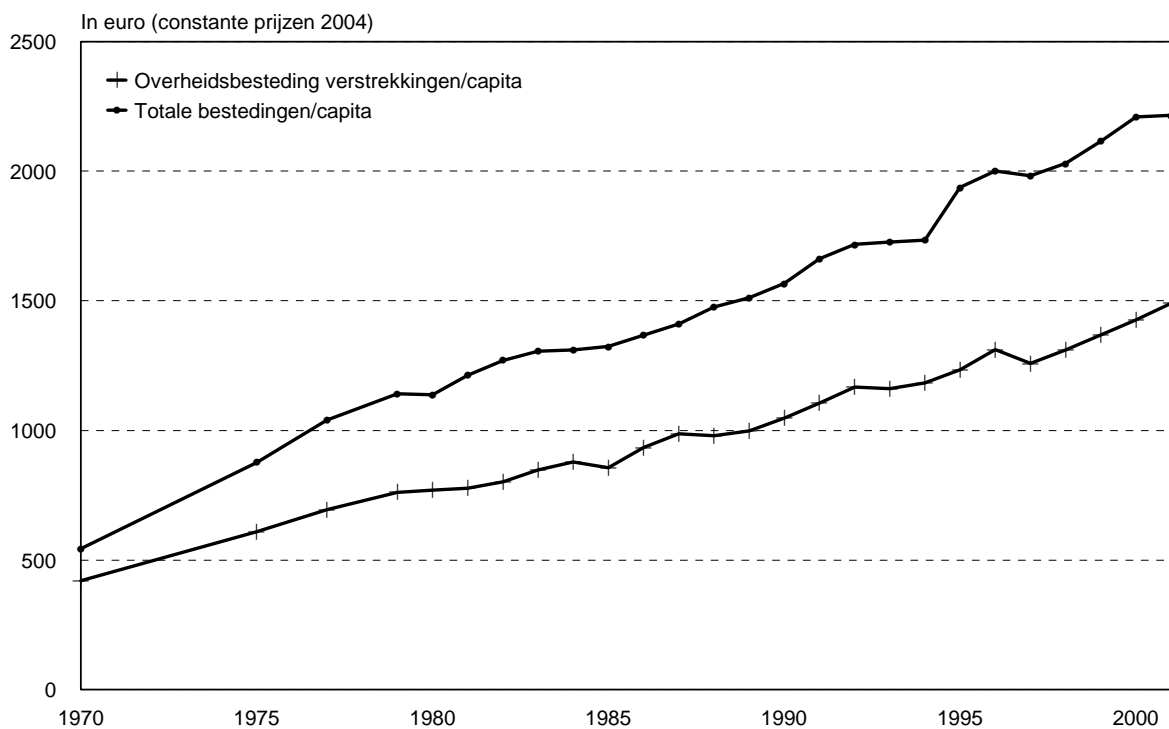
⁸ De oorspronkelijk gebruikte macro-economische reeksen in prijzen van 1985 werden omgerekend naar prijzen van 2004 (vermenigvuldigd met factor 1,4926). Hierdoor kan men de evolutie in zowel het verleden als de toekomst inschatten in reële termen van vandaag.

product per capita stijgt van ongeveer 13 000 euro per jaar tot 25 000 euro). De totale gezondheidszorguitgaven in die periode stijgen van ± 500 euro naar 2 200 euro; de publieke bestedingen stijgen minder sterk van 450 euro tot 1500 euro per capita (prijzen van 2004). Indien wij deze drie reeksen op index 100 zetten in 1970, dan zien wij dat ons inkomen in reële termen verdubbeld is in 2002 (index 200), maar de gezondheidszorguitgaven zijn verviervoudigd, weliswaar met een iets minder sterke stijging van de overheidsbestedingen waar een index van 360 wordt genoteerd. Dit al bij al geringe verschil tussen de trend in de publieke en private uitgaven (index 400 versus index 360) toont aan dat de privatisering tot nu toe redelijk beperkt is gebleven. De grafiek laat ook zien dat onze economie, naarmate wij rijker werden, ook meer besteedde aan gezondheidszorg. Dergelijke samenhang tussen een hoger inkomen per capita en meer uitgaven voor gezondheidszorg, bleek boven reeds uit de internationale vergelijking. Het zijn ook geen relatieve nominale hogere bestedingen (wat zou kunnen wijzen op een 'prijsdrift') want in reële termen van werkgelegenheid is deze evolutie te observeren.



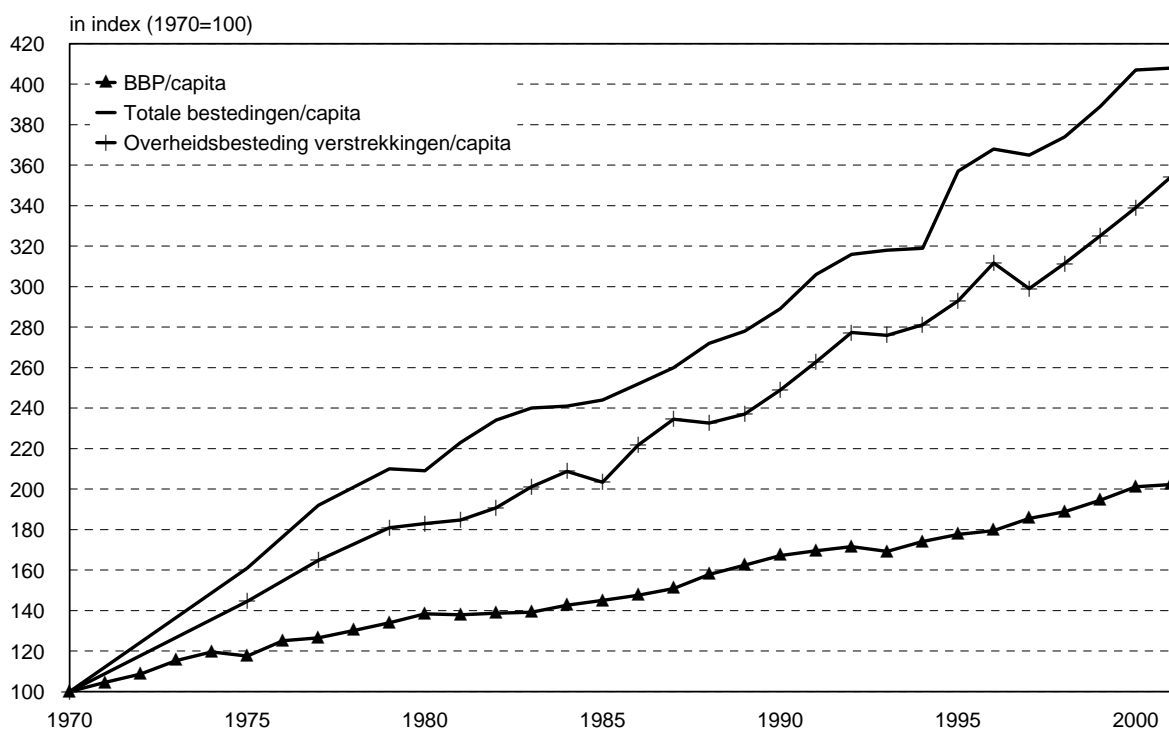
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van INR Nationale Rekeningen

Figuur 6.32 Evolutie BBP/capita aan constante prijzen (herberekend voor prijzen 2004), 1970-2000, in 1 000 euro



Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van OESO en BIGE

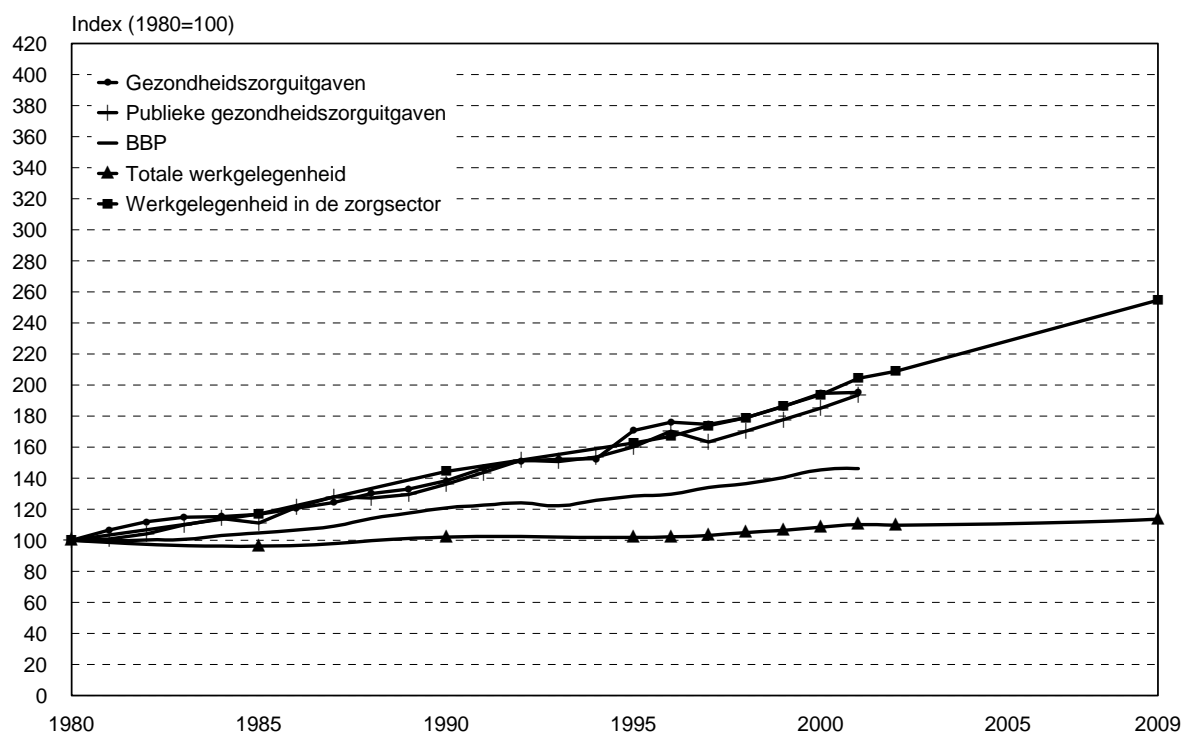
Figuur 6.33 Evolutie totale bestedingen/capita en de overheidsbesteding verstrekkingen/capita aan constante prijzen (herberekend voor prijzen 2004) in België, 1970-2000, in euro



Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van OESO en BIGE

Figuur 6.34 Evolutie BBP/capita, bestedingen/capita en de overheidsbesteding verstrekkingen/capita, aan constante prijzen (basis 1985), in index (1970=100), 1970-2000

In een synthesefiguur (figuur 6.35) geven wij voor de periode 1980 – 2001 (met index 1980 = 100) een vergelijking van de reële uitgaven voor België met de werkgelegenheidsevolutie in koppen.⁹ Hieruit blijkt nu reeds dat de evolutie in reëel volume van de zorguitgaven quasi identiek is over de voorbije twintig jaar met de evolutie van het werkvolume in de sector, terwijl in de rest van de economie de toegevoegde waarde sterker steeg dan het werkvolume. Een correctie voor deeltijds werk zou de verschillen tussen de zorgsector en de rest van de economie reduceren, maar zeker niet doen verdwijnen. Deze vergelijking tussen een belangrijke volume-index van productie in de zorgsector (tewerkstelling) met de bestedingen, wijst er op dat er geen overdreven prijsstijgingen zijn opgetreden in de sector. Op het eerste zicht zijn deze resultaten vergelijkbaar met wat in Canada werd geconcludeerd uit het onderzoek van de determinanten voor de aanzienlijke toename voor de zorguitgaven: de uitgaven voor ‘human resources’ in de zorgsector bleken geen ‘cost driver’ te zijn voor de sterk toegenomen uitgaven in de sector, wat het zogenaamde ‘Baumol-effect’ zou doen vermoeden. Zij wijzen eerder op een reëel volume-effect.



Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van voorgaande grafieken en Federaal Planbureau

Figuur 6.35 Evolutie bestedingen gezondheidszorg, BBP en werkgelegenheid in index, België (1980=100), 1980-2009

⁹ Een correctie voor FTE zou wenselijk zijn.

De Commissie voor de Vergrijzing geeft een gelijkaardig perspectief over de evolutie van de tewerkstelling en de uitgaven in lopende prijzen van het BBP (en indien voor de zorgsector dezelfde deflator wordt gebruikt, dan is ook de evolutie in reële termen dezelfde). Daaruit blijkt dat de toegevoegde waarde maar met 70% toenam de voorbije 25 jaar, terwijl het aandeel van de sector gezondheid en maatschappelijke dienstverlening in de tewerkstelling met 150% toenam. Hier kan men zelfs niet van 'trendvolgerschap' spreken op geaggregeerd niveau. Het zou voeding kunnen geven aan de hypothese dat de arbeidsomstandigheden en loonvoorwaarden in de zorgsector gelijke tred moeten houden met de rest van de economie. Maar deze evolutie is ook toe te schrijven aan het groeiend gewicht van de welzijnssector waar lonen en dus toegevoegde waarde geringer zijn dan in de gezondheidssector. De jongste kwarteeuw verdubbelde de tewerkstelling in de gezondheidssector, maar verdrievoudigde hij in de welzijnssector.

Wat het niveau en de recente evolutie betreft in onze gezondheidszorguitgaven, constateert J. Peers (1999, p. 7) dat wij gekenmerkt zijn door 'redelijke uitgaven als resultaat van een lage prijs per eenheid en een hoog volume aan verbruik'. Dit vertaalt zich ook in de groei van de tewerkstelling (hier evenwel vertekent doordat een ruime definitie van de zorg wordt gehanteerd). Maar ook dat is geen misvatting: naarmate de gezondheidssector evolueert wordt de definitie ruimer, niet alleen naar nieuwe medische zorgtechnologieën, maar ook naar niet-medische of chronische zorgvoorzieningen, voor gehandicapten en ouderen bijvoorbeeld, waar ook niet-medische beroepen opereren.

P. Gillet en L. Bonneux (Kenniscentrum voor de gezondheidszorg) geven een aantal voorbeelden van ingrepen die al dan niet sterker stijgen dan de demografie laten vermoeden. Zo stagneert het aantal prostaatverwijderingen, hoewel men een daling had verwacht omdat er geneesmiddelen voorhanden gekomen zijn die de ingreep hadden kunnen voorkomen, en stijgt het aantal plaatsingen van prothesen voor heup en knie meer dan men door de demografie had kunnen verklaren. 'Het ligt voor de hand dat het hier gaat om een spel van vraag en aanbod' (Gillet en Bonneux, Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2004, p. 267-268). Maar daarmee wordt ook de vooruitgang in de zorg gerealiseerd.

2.4.4 Prospectieve analyse

2.4.4.1 Hypothesen van het Federaal Planbureau

De meest recente lange-termijnvoorspellingen van het Planbureau voor de sociale zekerheid anno 2000-2050 alsmede de herwerkte prognoses opgesteld in het kader van het verslag van de Commissie van de Vergrijzing vormen een interessant referentiepunt vandaag. De groei in de uitgaven worden voor telkens tienjarige deelperioden opgesplitst in een (economische en technologische) trend, een vergrijzingseffect en een effect van het bevolkingsvolume. De groei in reële termen

wordt hier geschetst, maar ook de wijziging in het aandeel van het BBP. Het onderscheid in beide voorstellingswijzen is belangrijk. Uiteraard stijgen de reële uitgaven voor gezondheid onder invloed van een economische trend, maar in feite is dit ook 'het gelijke tred houden' (ook in inkomensontwikkeling) van deze sector met de reële economische ontwikkeling. Die factor overtreft in aanzienlijke mate de demografische component in de nominale uitgaven. Dit lijkt zich te herhalen in de prognoses voor de toekomst. Wij illustreren de aannames van het Planbureau voor de groei van de uitgaven van 2000 tot 2020. Indien wij die reële economische groei echter wegnemen uit de expansie van de sector, dan blijft enkel de sectorspecifieke expansie over. Deze is bijvoorbeeld tot 2010 20% toename waarvan meer dan de helft toe te schrijven is aan demografische factoren.

Tabel 6.22 Recente prognoses totale uitgaven door het Federaal Planbureau 2000-2030, jaarlijkse groei en aandeel BBP

	1971- 1980	1981- 1990	1991- 2000	2001- 2002	2001- 2010	2011-2020	2001- 2030
Loonstijging					2,25	2,25	2,25
Totale uitgaven	6,7	3,2	4,0	3,3	4,1	3,4	3,5
gezondheidszorg							
Trend	6,1	2,6	3,2	2,3	3,2	2,6	2,7
Vergrijzing	0,4	0,5	0,5	0,5	0,7	0,6	0,7
Bevolkings-evolutie	0,2	0,1	0,3	0,4	0,3	0,2	0,2
% BBP	4,7(1970)	6,4(1980)	7,1(1990)	8,4(2000)	8,6(2000)	10,7(2010)	3,3(2030-2003)
Trend							0,6
Vergrijzing							2,1
Bevolkings-evolutie							0,7

Bron: M. Englert e.a., 2002; Studiecommissie voor de Vergrijzing, Jaarverslag 2004, p. 116

Finaal is de vraag of de toegevoegde waarde per eenheid arbeidsinput in deze sector meer of minder sterk zal stijgen dan in de rest van de economie. In principe zijn er geen redenen om aan te nemen dat dit sterker zal stijgen; vaak wordt het gebrek aan trendvolgerschap zelfs aangehaald voor de non-profitsector. Op lange termijn zal dit evenwel toch gelijke tred moeten houden. Dan kunnen wij aannemen dat de evolutie van de tewerkstelling in de gezondheidszorgsector parallel zal verlopen met de evolutie in het aandeel van het BBP. Tussen 2000 en 2050 zou het aandeel van gezondheidszorguitgaven stijgen met 5,1% tegenover de huidige 8,6% (met inbegrip van de langdurige verzorging voor ouderen en gehandicapten, wat dus nauw aansluit met onze ruime zorgdefinitie). In 2020 is de toename evenwel nog maar 2,1%. Voor de periode tot 2030 en 2050 respectievelijk

geeft het Planbureau voor deze reële verschuiving ook de demografische component: de expansie (in aandeel BBP) is voor 84% toe te schrijven aan toename van het bevolkingsvolume en vergrijzing (2,1 vergrijzing + 0,7 bevolkingstoename) versus 3,3% totale groei van het aandeel zorg in het BBP.

2.4.4.2 Vergelijking met gedetailleerde manpowerplanning

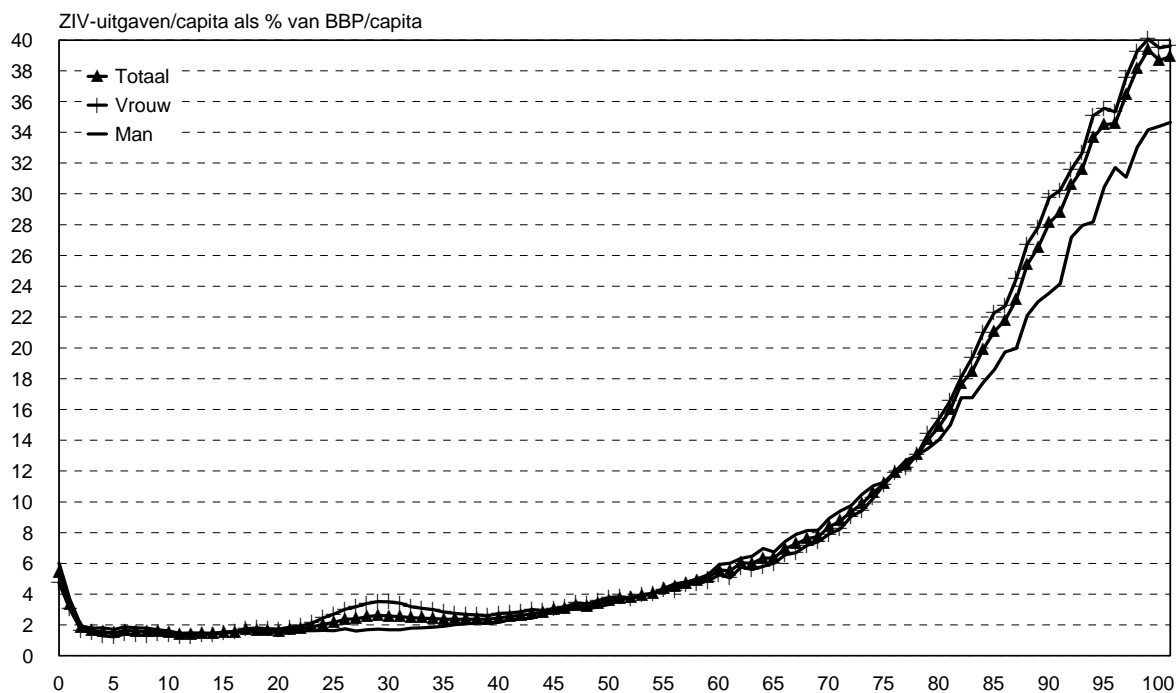
Al bij al, en zeker op 20 jaar, getuigen tal van deze scenario's van een geringe sensibiteit, met uitzondering van de basisdeterminant demografie die exogeen in het model wordt ingebracht. Dit illustreert overigens ook het belang van deze demografische scenario's zelf, waarvan bijvoorbeeld ook de Nederlandse studie zelf zegt: "Stijgende levensverwachting is misschien groter dan tot nu toe is aangenomen". In onze zorgplanningoefeningen voor België tonen wij aan hoe dat op 5 jaar tijd de demografische prognoses reeds aanzienlijk kunnen wijzigen (zie bijlage).

Zorgopname is hier vertaald in aantal personen dat gebruik maakt van bepaalde voorzieningen. Hier is dus niet gecorrigeerd voor de mogelijke intensiteit van de zorg, wat wij in een aantal toekomstscenario's voor Vlaanderen en Wallonië respectievelijk wel deden bij het vooruit berekenen van de personeelsbehoeften. Daaruit blijkt dat de groei ook in België in belangrijke mate gedreven wordt door demografie (was het enige waarover wij hypothesen aannamen), gecorrigeerd evenwel door de zorgopname per leeftijdsgroep.¹⁰ Voor een verdere bespreking van onze manpowerplanningsscenario's verwijzen wij naar 3.2.2.

2.4.4.3 Verdere illustratie van de impact van de vergrijzing op de gezondheidszorguitgaven in België en de gemeenschappen

Wij hanteren hier een leeftijdsprofiel (hier enkel ZIV-uitgaven op basis van CM-gegevens) van de gezondheidszorguitgaven per capita, vergelijkbaar met hetzelfde profiel dat in de Europese studies wordt gebruikt (zie punt 2.4.3)

¹⁰ De studie van Breda en Wunsch geeft ook prognoses, op korte termijn gedetailleerd naar hulpbehoevendheid en geslacht, van de vraag naar zorg.



Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert op basis van CM-gegevens

Figuur 6.36 Totale ZIV-uitgaven per capita als % van BBP/capita, naar geslacht en leeftijd, 2000

Op basis van het zorgprofiel voor België van de ZIV-uitgaven naar leeftijd (zie onderstaande figuur) hebben wij een aantal simulaties gemaakt om de impact van de vergrijzing op de totale zorguitgaven in perspectief te zetten. Telkens hebben wij de demografische component opgesplitst in een omvangeffect en een structuureffect. De analyse hebben wij enerzijds uitgevoerd voor de uitgaven voor de totale bevolking en de uitgaven voor de +60ers. De twee deelcomponenten hebben dan ook een dubbele betekenis, zodat de analyse gezamenlijk kan bekeken worden om de impact van de vergrijzing en van de dubbele vergrijzing afzonderlijk in te schatten.

Tabel 6.23 Hypothesen voor het berekenen van de impact van de vergrijzing

	Analyse voor totale bevolking	Analyse voor de 60+
Volume-effect	Groei of krimp bevolking	Groei van de 60 +
Structuur-effect	Impact van de vergrijzing	Impact van de vergrijzing binnen de 60+ of 'dubbele vergrijzing'

Bron: Hypothesen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) voor berekeningen van de demografische impact van de kosten van vergrijzing

Wij standaardiseren de gezondheidszorguitgaven (cijfers CM voor 1999) voor het Rijk en extrapoleren deze naar de toekomst op basis van de demografische evolutie. Tevens passen wij deze analyse toe voor de drie gewesten en wij

hergroeperen deze ook tot twee gemeenschappen (Brussel voor 17% aan Vlaanderen toevoegend en voor 83% aan Wallonië).¹¹ Aangezien de uitgaven hier van België worden gebruikt, kunnen verschillen tussen de regio's enkel toe te schrijven zijn aan verschillen in demografische structuur. Ook de evolutie in de tijd kan enkel verschillen omwille van demografische verschillen. Zeker als wij de uitgaven berekenen voor de twee gemeenschappen en over de totale bevolking is er bijna geen verschil te merken, wat betekent dat anno 1999 de demografische structuur van de twee gemeenschappen sterk gelijkaardig is geworden. In werkelijkheid liggen de uitgaven wel nog uiteen. Volgens het vierde Jaarverslag van de Commissie Jadot lagen bijvoorbeeld in 1997 voor de algemene regeling de uitgaven vooral hoger in Brussel, terwijl zij lager lagen voor Vlaanderen, en voor Wallonië ongeveer op het midden. De cijfers groeien wel naar elkaar toe. Wij stellen deze informatie ook grafisch voor.

In onderstaande tabellen en grafieken illustreren wij de evolutie van de zorguitgaven op basis van de demografie, de uitgaven per capita naar leeftijd constant houdend, dus in feite volledig in reële termen redenerend, alsof er geen technologische effecten en prijseffecten waren, maar enkel demografische. In feite wordt dit een gewogen index van de bevolkingsstructuur vandaag en bijvoorbeeld 20 jaar later, gewogen met de uitgaven per leeftijdscategorie. Dan zouden de zorguitgaven de komende 20 jaar slechts met 19% stijgen. Dit is minder dan de aannamen in Nederland, maar daar bekeek men niet de totale zorg, maar het aandeel van de ouderenzorg, en die evolueert blijkbaar effectief volgens het aandeel van de +65ers, of zelfs meer uitgesproken. Indien wij de zorguitgaven 5 jaar zouden opschuiven, zoals Xavier Leroy deed voor de rustoorden (zie vorige hoofdstukken), zou er in de context van de demografische ontwikkelingen zelfs een daling optreden van 17%, al de rest onveranderlijk latend. Wat kan er veranderen? De vraag kan veranderen onder macro-economische druk, het aanbod kan wijzigen, en de relatieve prijzen kunnen wijzigen.

¹¹ Soms wordt een verdeelsleutel 20/80 gebruikt; de verdeelsleutel 17/83 werd door ons gehanteerd in de Manpowerplanning studies.

Tabel 6.24 Evolutie ZIV-uitgaven per capita (totale bevolking) en groei van de bevolking (ten opzichte van 1999), naar gemeenschap, 31/12/1999-31/12/2050

	1999	2010	2020	2030	2050
<i>België</i>					
Totale groei ZIV-uitgaven	100	109,38	118,71	130,38	148,67
Totale jaarlijkse groei ZIV-uitgaven		0,90%	0,86%	0,89%	0,80%
Groei ZIV-uitgaven door vergrijzing	100	106,36	113,34	122,54	138,99
Jaarlijkse groei ZIV-uitgaven door vergrijzing		0,62%	0,63%	0,68%	0,66%
Groei bevolking	100	102,84	104,73	106,40	106,97
Jaarlijkse groei bevolking		0,28%	0,23%	0,21%	0,13%
<i>Vlaamse Gemeenschap*</i>					
Totale groei ZIV-uitgaven	100	110,50	120,49	131,83	147,99
Totale jaarlijkse groei ZIV-uitgaven		1,00%	0,94%	0,93%	0,79%
Groei ZIV-uitgaven door vergrijzing	100	107,92	116,42	126,59	144,32
Jaarlijkse groei ZIV-uitgaven door vergrijzing		0,76%	0,76%	0,79%	0,74%
Groei bevolking	100	102,39	103,50	104,14	102,54
Jaarlijkse groei bevolking		0,24%	0,17%	0,14%	0,05%
<i>Franse Gemeenschap*</i>					
Totale groei ZIV-uitgaven	100	107,73	116,10	128,26	149,67
Totale jaarlijkse groei ZIV-uitgaven		0,75%	0,75%	0,83%	0,81%
Groei ZIV-uitgaven door vergrijzing	100	104,09	108,95	116,88	131,87
Jaarlijkse groei ZIV-uitgaven door vergrijzing		0,40%	0,43%	0,52%	0,55%
Groei bevolking	100	103,50	106,56	109,73	113,50
Jaarlijkse groei bevolking		0,34%	0,32%	0,31%	0,25%

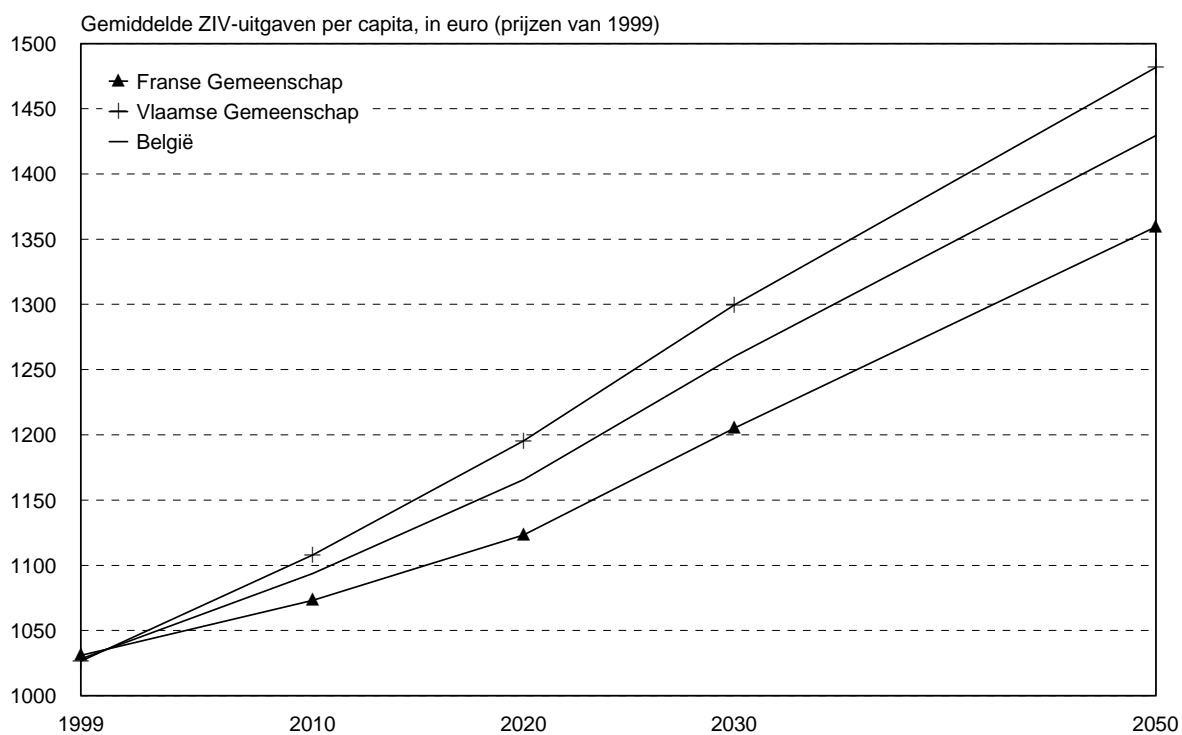
* Vlaamse Gemeenschap=Vlaams Gewest + 17% Brussels Gewest
 Franse Gemeenschap=Waals Gewest + 83% Brussels Gewest

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van CM-data

Tabel 6.25 Evolutie ZIV-uitgaven per capita bij de +60-jarigen, groei van de bevolking +60 (ten opzichte van 1999), België, 31/12/1999-31/12/2050

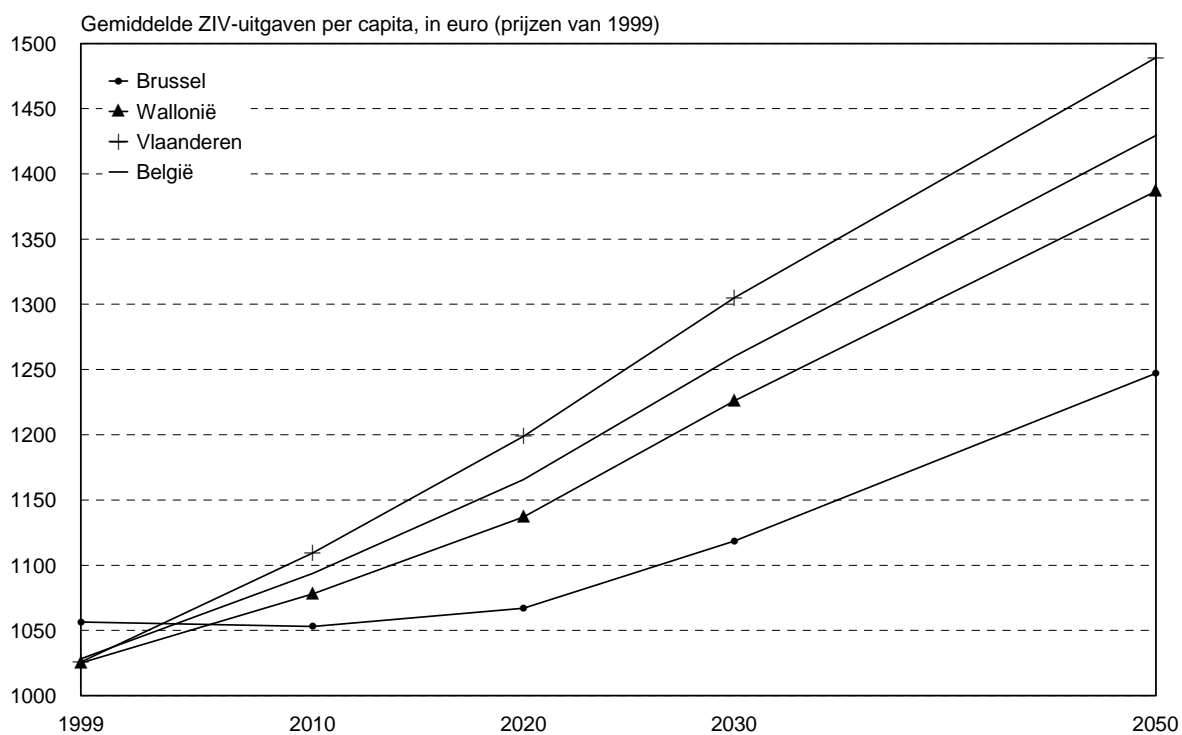
	1999	2010	2020	2030	2050
<i>België</i>					
Totale groei ZIV-uitgaven	100	117,15	137,00	161,35	197,07
Totale jaarlijkse groei ZIV-uitgaven		1,60%	1,59%	1,61%	1,37%
Groei ZIV-uitgaven door vergrijzing	100	104,84	104,85	108,16	124,13
Jaarlijkse groei ZIV-uitgaven door vergrijzing		0,47%	0,24%	0,26%	0,43%
Groei bevolking	100	111,74	130,66	149,19	158,76
Jaarlijkse groei bevolking		1,12%	1,35%	1,34%	0,93%

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van CM-data



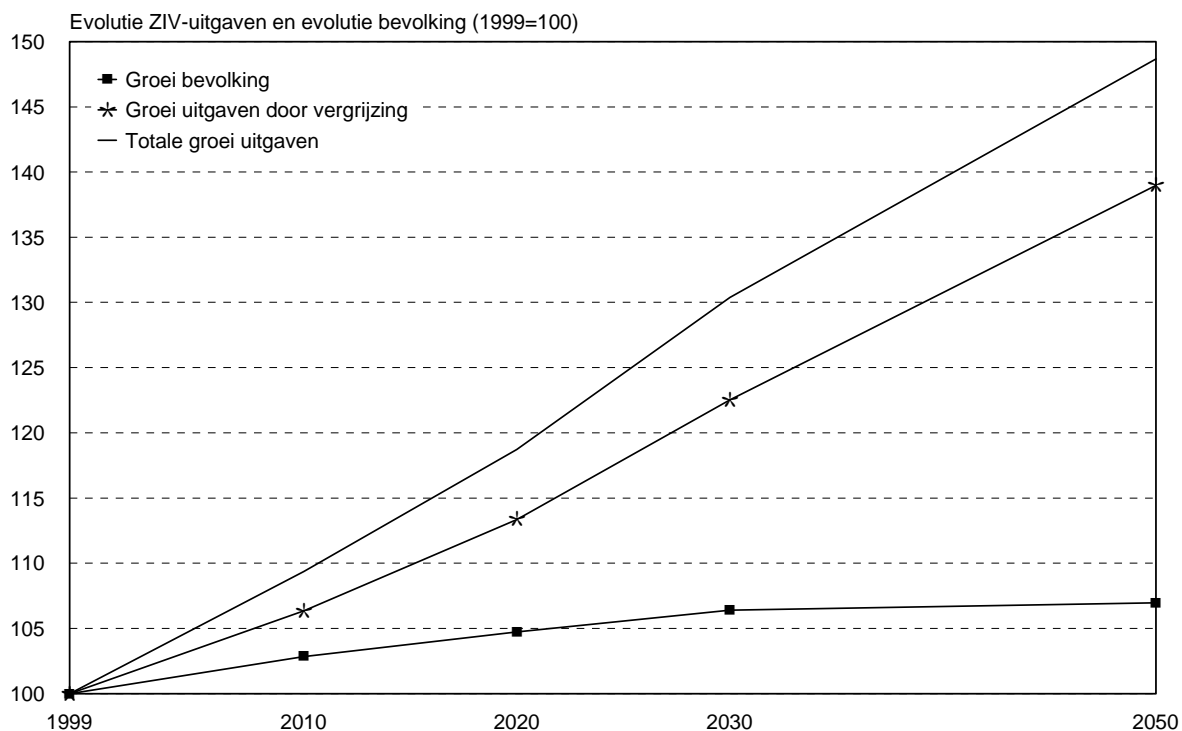
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van CM-data

Figuur 6.37 Evolutie ZIV-uitgaven/capita totale bevolking, naar gemeenschap, 1999-2050



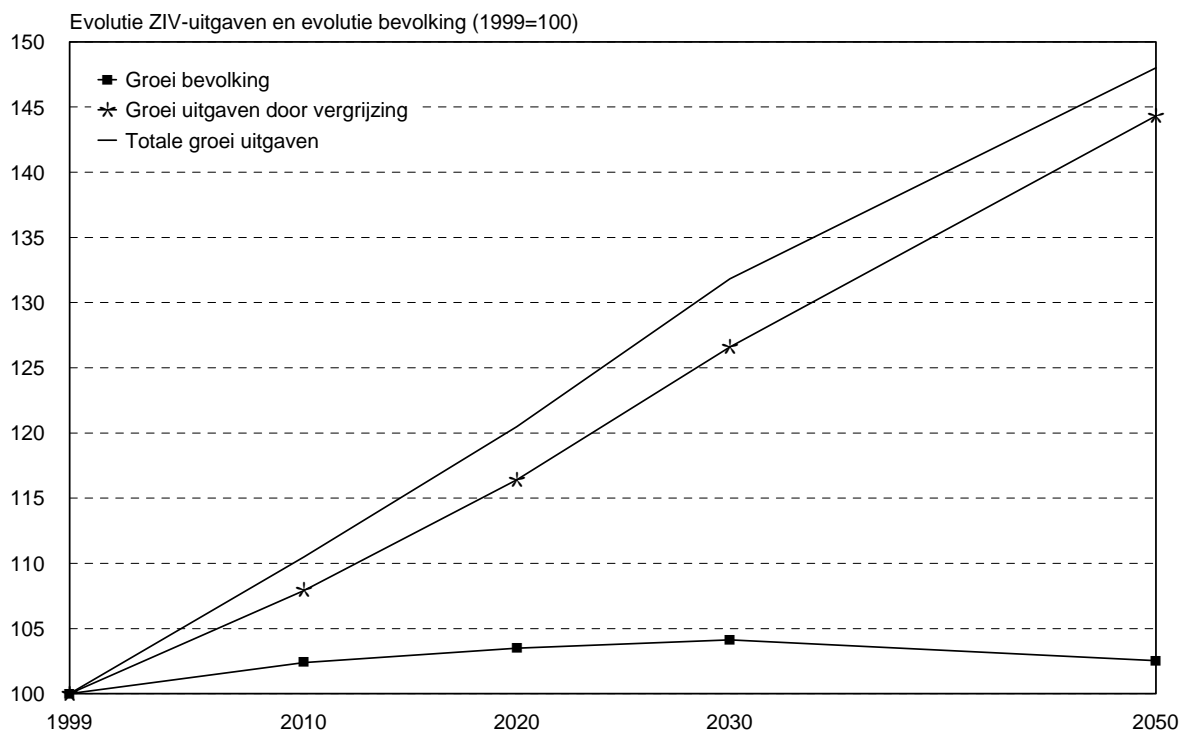
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van CM-data

Figuur 6.38 Evolutie ZIV-uitgaven/capita voor de +60-jarigen, naar gewest, 1999-2050



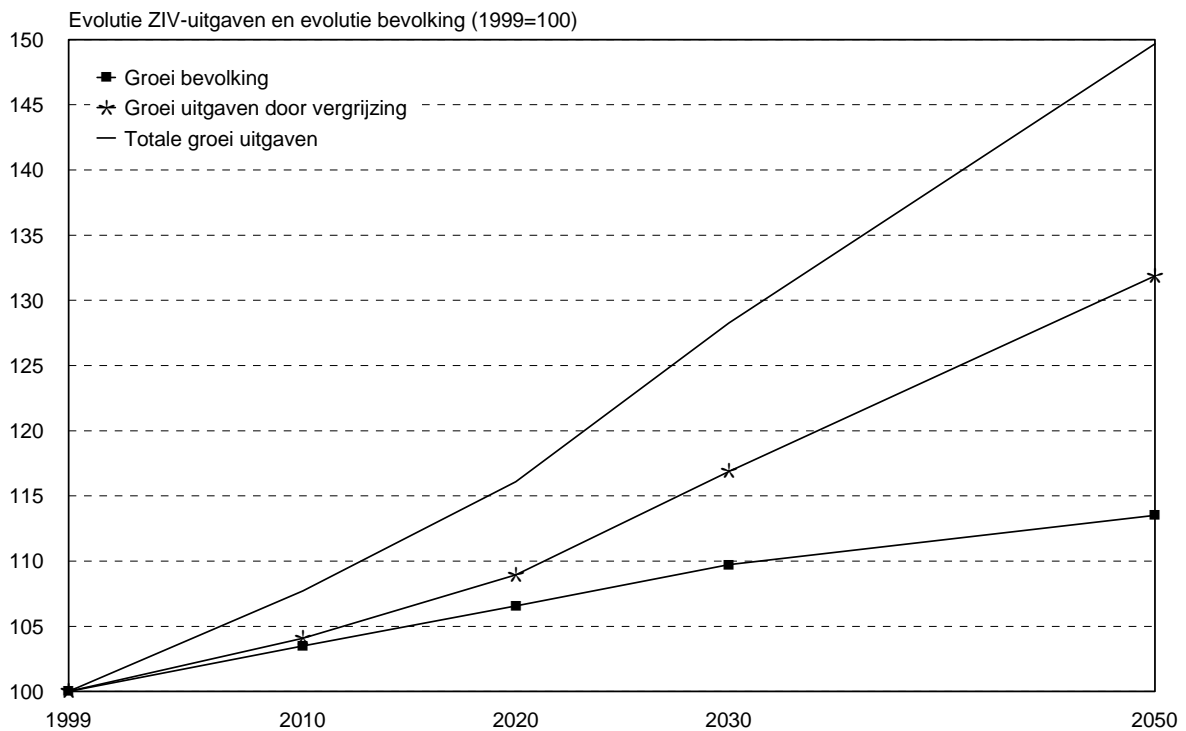
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van CM-data

Figuur 6.39 Evolutie ZIV-uitgaven/capita door groeï bevolking en door vergrijzing, België, 1999-2050, in index



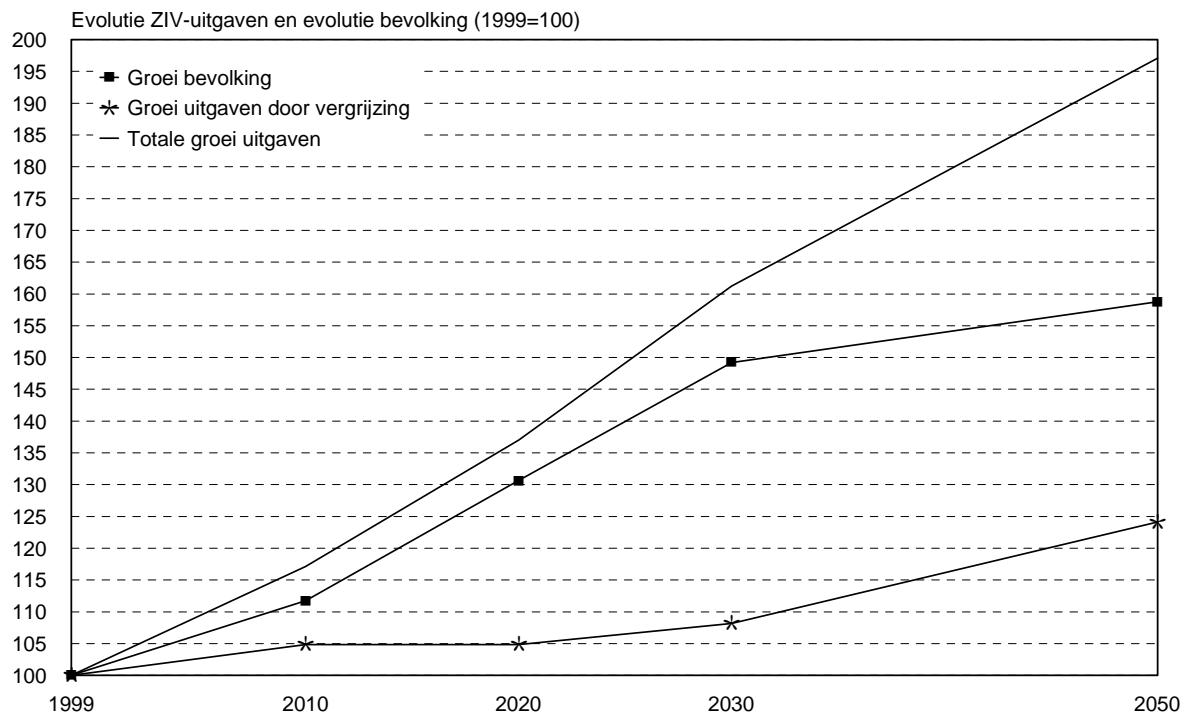
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van CM-data

Figuur 6.40 Evolutie ZIV-uitgaven/capita door groeï bevolking en door vergrijzing, Vlaamse Gemeenschap, 1999-2050, in index



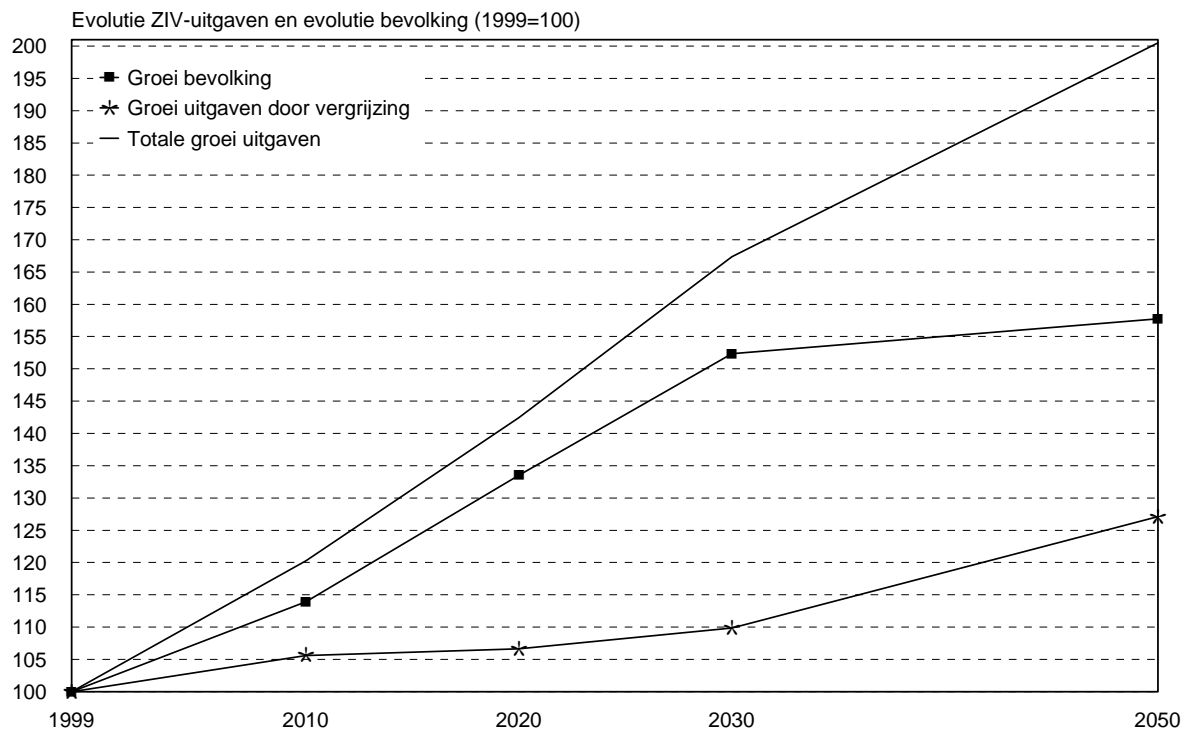
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van CM-data

Figuur 6.41 Evolutie ZIV-uitgaven/capita door groeï bevolking en door vergrijzing, Franse Gemeenschap, 1999-2050, in index



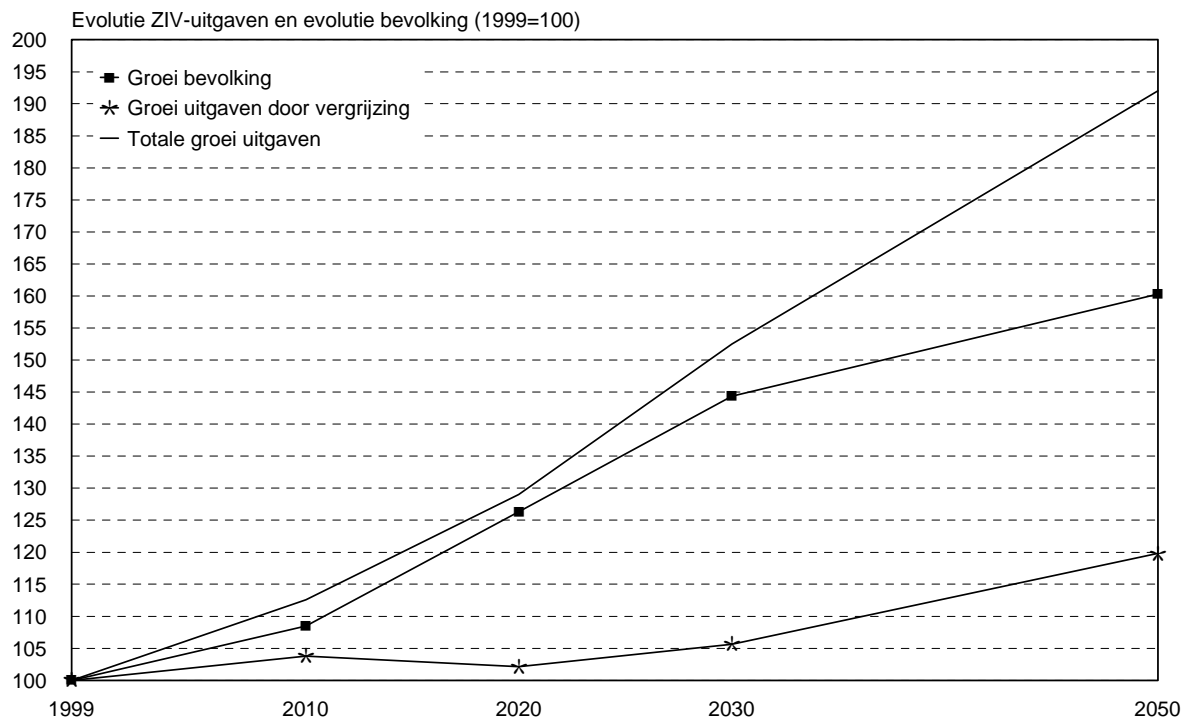
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van CM-data

Figuur 6.42 Evolutie ZIV-uitgaven/capita bij de +60-jarigen door groeï bevolking en door vergrijzing, België, 1999-2050, in index



Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van CM-data

Figuur 6.43 Evolutie ZIV-uitgaven/capita bij de +60-jarigen door groei bevolking en door vergrijzing, Vlaamse Gemeenschap, 1999-2050, in index



Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van CM-data

Figuur 6.44 Evolutie ZIV-uitgaven/capita bij de +60-jarigen door groei bevolking en door vergrijzing, Franse Gemeenschap, 1999-2050, in index

Tabel 6.26 Evolutie RIZIV-forfaits ROB-RVT en RIZIV-personeelsnormen 1999-2020 (1999=100) voor bevolking +60-jarigen, naar gewest

	België	Vlaanderen	Wallonië	Brussel
<i>Evolutie RIZIV-forfaits</i>				
Totale groei	159,57	172,71	152,86	116,39
Groei door vergrijzing	122,13	128,77	117,67	104,95
Bevolkingsevolutie	130,65	134,12	129,91	110,90
<i>Evolutie verpleegkundigen volgens RIZIV-norm</i>				
Totale groei	159,54	172,67	152,85	116,41
Groei door vergrijzing	122,10	128,74	117,66	104,97
Bevolkingsevolutie	130,66	134,12	129,91	110,90
<i>Evolutie verzorgenden volgens RIZIV-norm</i>				
Totale groei	159,58	172,71	152,92	116,44
Groei door vergrijzing	122,14	128,77	117,71	105,00
Bevolkingsevolutie	130,66	134,12	129,91	110,90

Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van RIZIV-data en NIS-bevolkingsprognoses

2.4.5 De financiering van de zorguitgaven, privaat en publiek, zal moeten stijgen: het 'Baumol-effect' geconcretiseerd

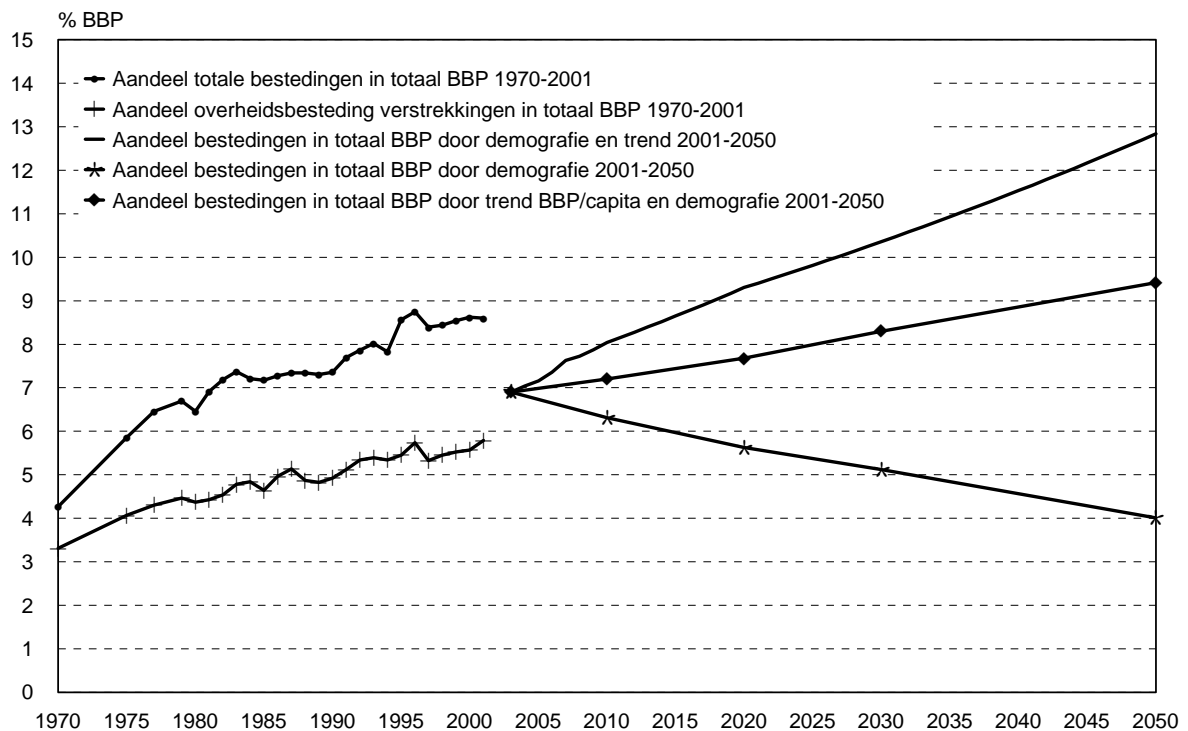
De prospectieve analyses van het Planbureau projecteren vooral de demografische component en een trendfactor. In feite kan en mag deze letterlijk geïnterpreteerd worden als 'trendvolgerschap' in de zorgsector, waarbij niet alleen nominale indexering van prijzen-inkomens mag verwacht worden (anders zou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

Dit is ver van het zogenaamde 'Baumol-effect' dat er van uitging dat er een steeds groter beslag wordt gelegd op de productiefactoren en toegevoegde waarde. Dit is ten dele zo, maar vooral omdat er ook meer dienstverlening en toegevoegde waarde is gecreëerd in deze sector. Daarnaast blijkt - en dat was ook de essentie van het Baumol-effect dat er nog veel meer middelen overblijven voor de overige consumptie. Dit wordt hierna geïllustreerd voor de periode 1970-2050.

Het Planbureau trekt deze trend door, en neemt een voorzichtige supplementaire groei aan ten opzichte van de evolutie van het BBP. Wij projecteren het BBP en de medische consumptie in de toekomst op basis van een louter demografische component (die overigens dezelfde is als deze van het Planbureau) en een bijkomende trendfactor. Deze elementen illustreren dat de aannames van het basisscenario van de Commissie vergrijzing minimalistisch zijn en dat de totale groei als aandeel van het BBP voornamelijk toe te schrijven is aan demografische factoren.

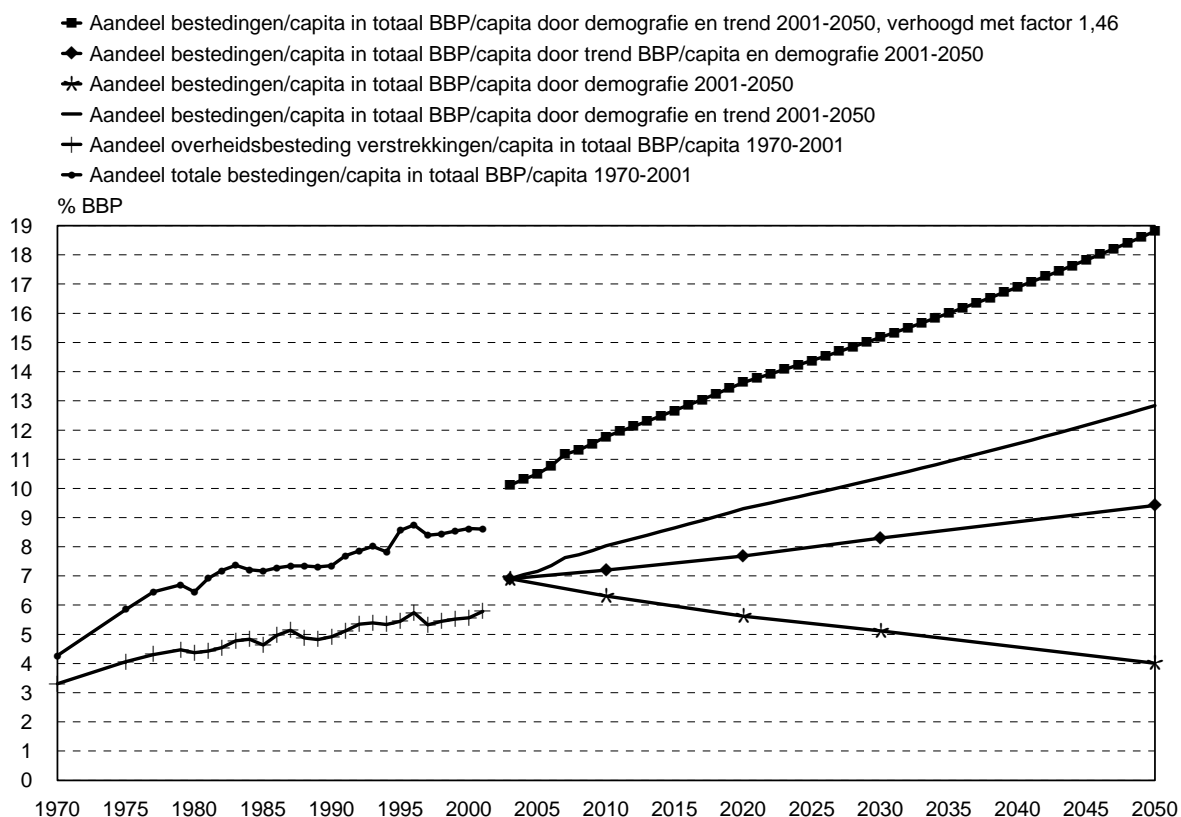
Louter demografisch zou de totale consumptie (amper!) stijgen van index 100 in 1999 naar index 150 in 2050. Aangezien er maar een beperkte volumegroei is in de bevolking is dit ook zo voor de consumptie per capita die stijgt tot index 140. Wij rekenen dit om naar evolutie van het aandeel in het BBP, zoals hieronder weergegeven in figuur 6.45 en 6.46. Wij laten de prognoses voor de toekomst aansluiten bij de werkelijke evolutie van de gezondheidszorguitgaven in het verleden. Wij berekenen vooreerst de evolutie van de publieke bestedingen (figuur 6.45). Indien wij de uitgaven i.f.v. de leeftijd constant zouden houden, zou het aandeel van de publieke uitgaven dalen. Indien wij 'trendvolgerschap' veronderstellen, d.w.z. de uitgaven evolueren reëel met hetzelfde % als de reële evolutie van het BBP, dan stijgen de publieke uitgaven tot iets meer dan 9% in 2050; indien tenslotte de 'trend' van het Planbureau wordt gevolgd, dan stijgen de publieke uitgaven tot 13%. Deze 'trend', die ook gehanteerd wordt in de scenario's van de Commissie voor de Vergrijzing, ligt nog altijd hoger dan alleen de trend te volgen van het BBP, doordat men nog een hogere groei verwacht, en o.m. de komende 4,5% groei aanneemt, wat de curve op een hoger groeipad brengt. De curve is een gestyleerde weergave. De publieke uitgaven zijn opgehoogd tot een hoger % dan alleen maar de gezondheidsuitgaven (de curve voor de toekomst vertrekt 1% van het BBP hoger dan de uitgaven van het verleden).

In figuur 6.46 tenslotte zijn deze publieke uitgaven verder opgehoogd met het totaal van de private bestedingen. De totale uitgaven liggen immers met een factor 1,46 hoger dan de publieke uitgaven (situatie begin jaren 2000, en doorgetrokken tot 2050).



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

Figuur 6.45 Aandeel van de totale bestedingen/capita in BBP/capita, aandeel overheidsbesteding verstrekkingen/capita in BBP/capita, België, 1970-2050, in %



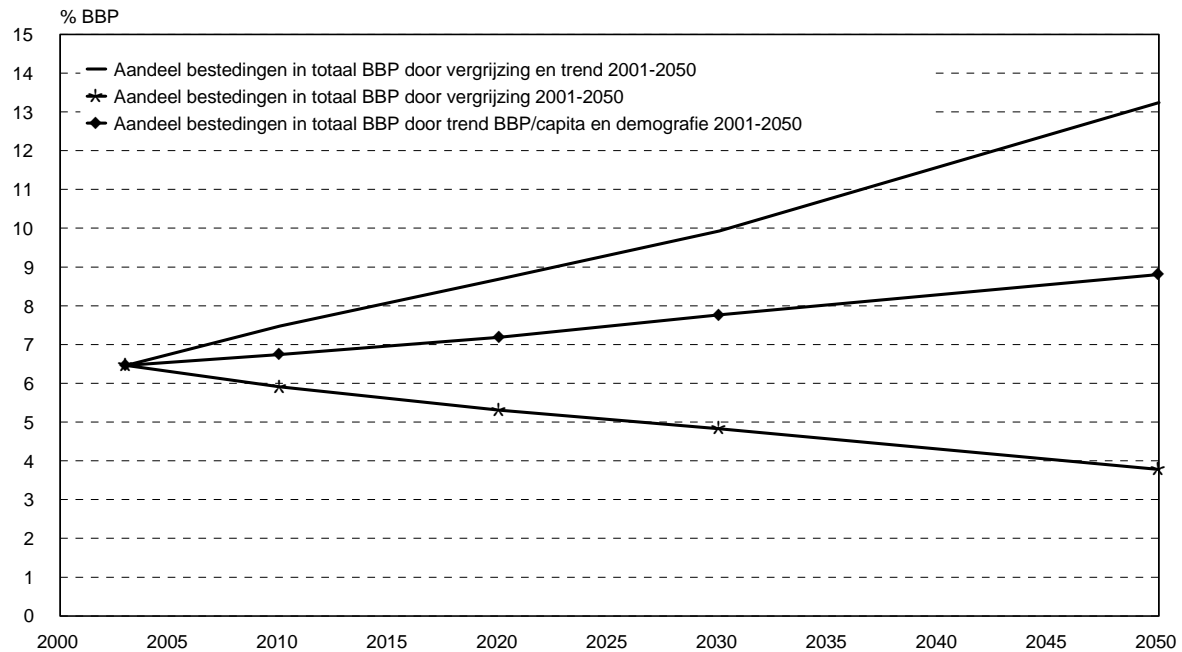
* Aandeel bestedingen/capita in totaal BBP/capita door demografie en trend 2001-2050 werden verhoogd met een factor 1,46 (de verhouding van de publieke uitgaven tot de totale uitgaven, zie tabel 6.17)

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

Figuur 6.46 Aandeel van de totale bestedingen/capita in BBP/capita, aandeel overheidsbesteding verstrekkingen/capita in BBP/capita, België, 1970-2050, in %

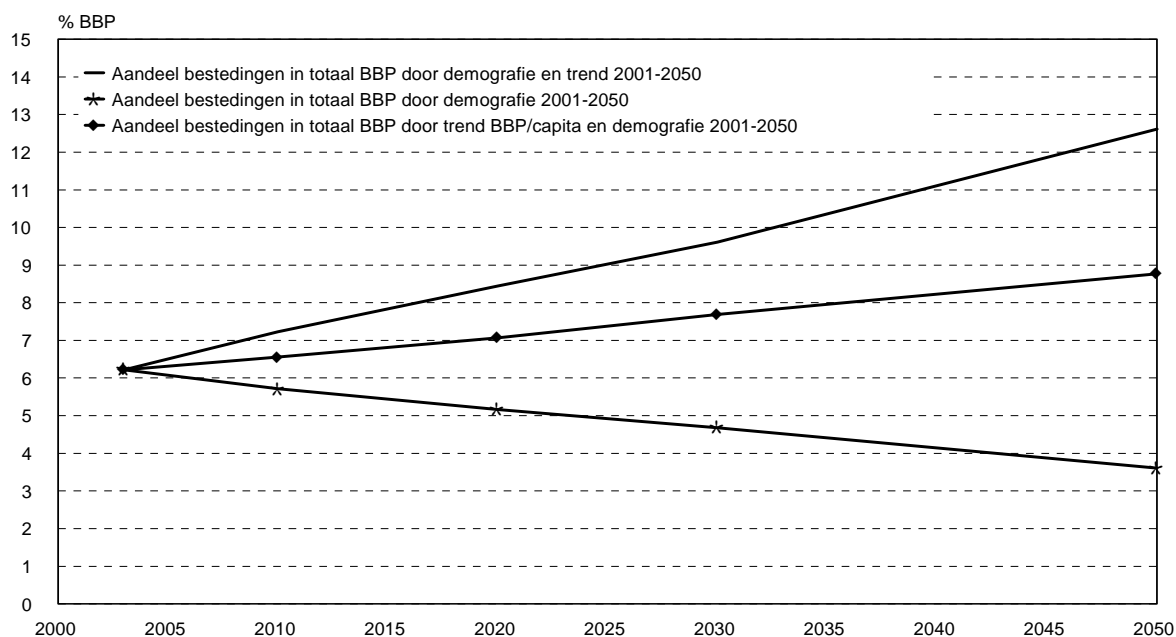
Soms wordt gesteld dat de vergrijzing zich in de toekomst sterker zal laten voelen in Vlaanderen dan in Wallonië en Brussel. Dit is zo, maar een expliciete berekening van deze factor toont echter aan dat de evolutie van de uitgaven niet zo sterk afwijkt van Vlaanderen ten opzichte van Wallonië omdat er naast een vergrijzingseffect ook een effect van het bevolkingsaantal speelt. De totale uitgaven zullen in de Franse Gemeenschap net als in de Vlaamse Gemeenschap met ongeveer 50% stijgen, maar terwijl dit in Vlaanderen bijna volledig omwille van de vergrijzing is, is dit voor 70% van de volumegroei in Wallonië aan de vergrijzing toe te schrijven, en is er ook nog een stijging van de totale bevolking die meer zorguitgaven zal meebrengen. De mate dat dit gemakkelijker betaalbaar is, zal dan afhangen van de economische situatie, waarbij een groeiende bevolking effectief een hogere activiteitsgraad zou kunnen impliceren. In onderstaande grafieken vergelijken wij deze scenario's voor België en de twee gemeenschappen. De

percentages zijn hier niet volledig vergelijkbaar met figuur 6.45 – 6.46 omdat hier enkel de gezondheidszorguitgaven zijn ingecalculerd.



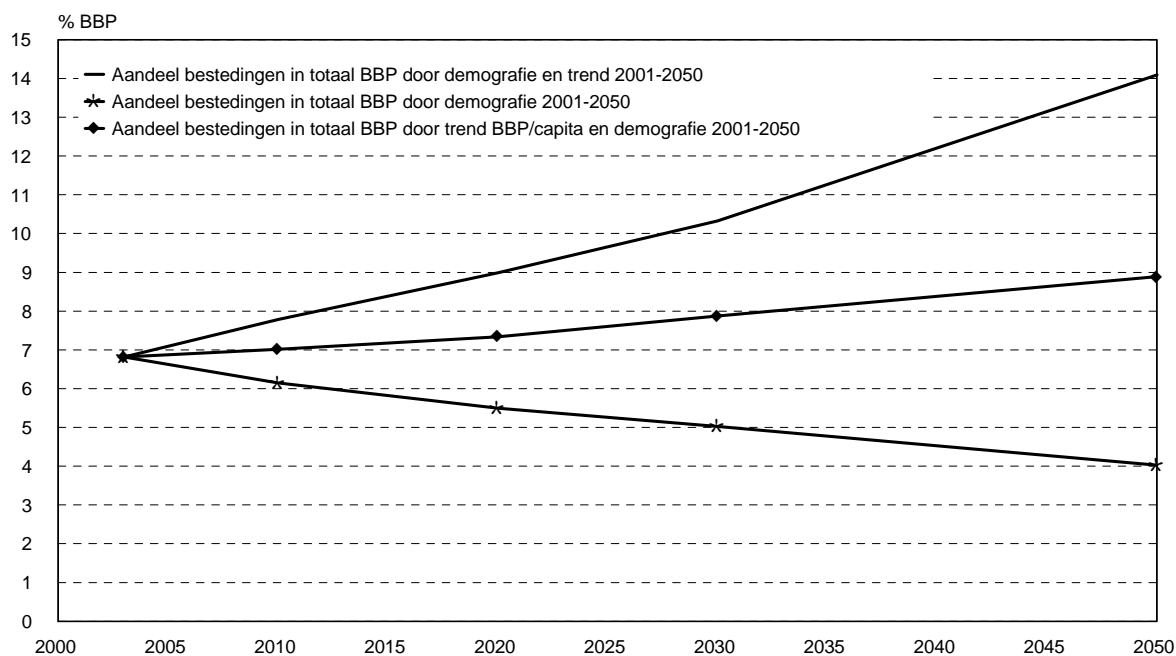
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van Nationale Rekeningen, NIS-bevolkingsstatistieken en bevolkingsprognoses, Economische Vooruitzichten Federaal Planbureau, Studiecommissie vergrijzing, CM-data

Figuur 6.47 Evolutie aandeel van publieke uitgaven in BBP door vergrijzing, trend van BBP/capita en trend Federaal Planbureau, België, 2002-2050, in %



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

Figuur 6.48 Evolutie aandeel van publieke uitgaven in BBP door vergrijzing, trend van BBP/capita en trend Federaal Planbureau, Vlaamse Gemeenschap, 2002-2050, in %

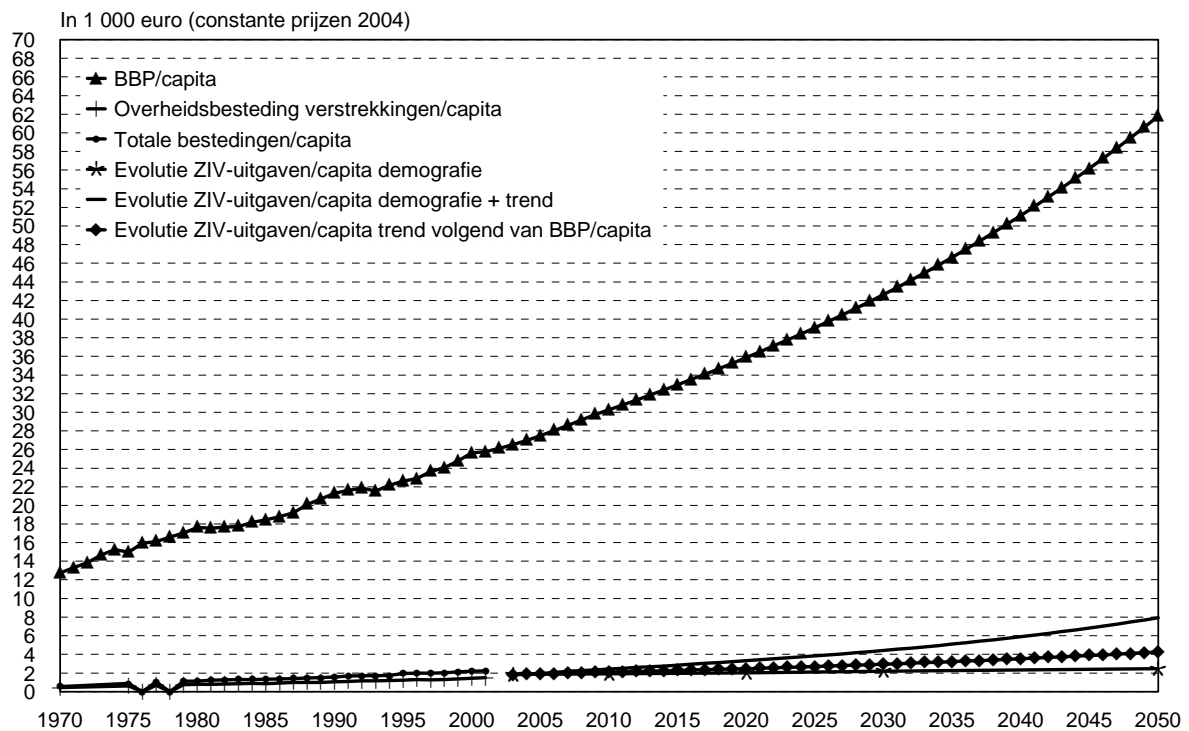


Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van Nationale Rekeningen, NIS-bevolkingsstatistieken en bevolkingsprognoses, Economische Vooruitzichten Federaal Planbureau, Studiecommissie vergrijzing, CM-data

Figuur 6.49 Evolutie aandeel van publieke uitgaven in BBP door vergrijzing, trend van BBP/capita en trend Federaal Planbureau, Franse Gemeenschap, 2002-2050, in %

2.4.6 De betaalbaarheid van de zorguitgaven: het 'Baumol-effect' geïllustreerd als 'de hoorn des overvloeds'

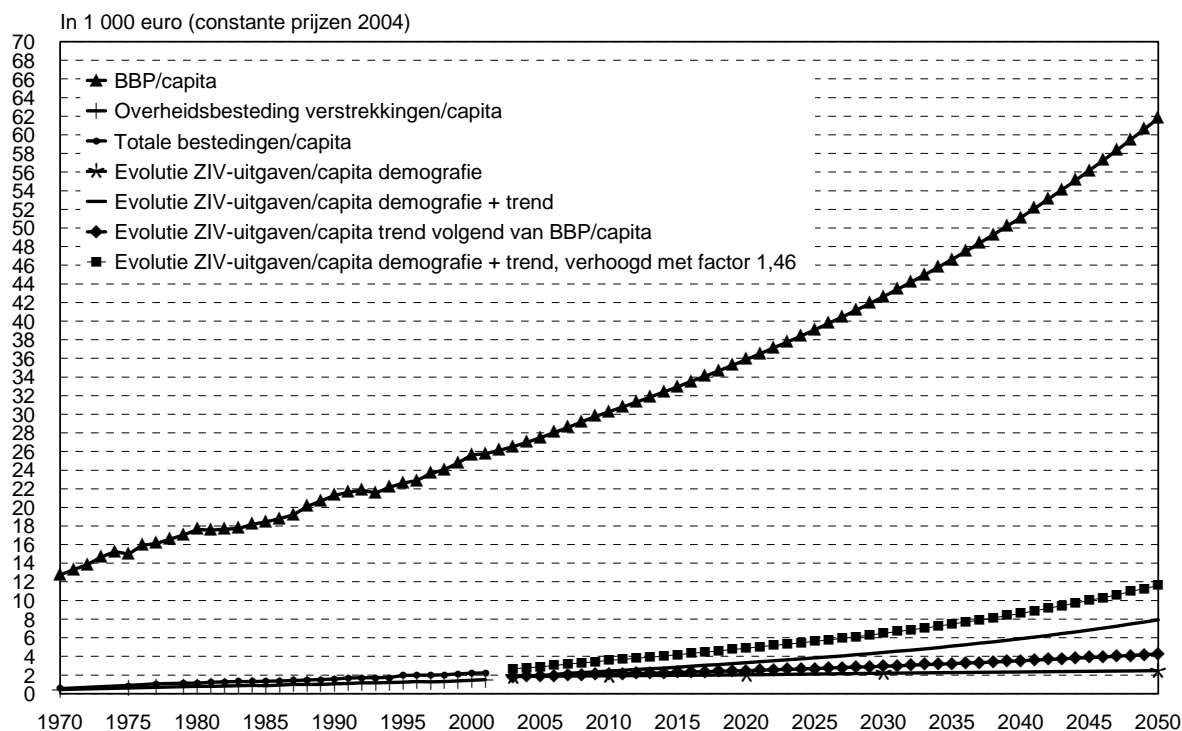
Samenvattend worden in de figuur hierna publieke en private gezondheidszorguitgaven voorgesteld in constante prijzen (prijzen van 2004) voor de periode 1970 tot nu, en in gestileerde vorm worden de projecties tot 2050 weergegeven, enerzijds louter de demografische component, en anderzijds rekening houdende met het trendvolgerschap dat in diverse scenario's in België wordt gehanteerd. Wij zien hoe dat in reële termen de publieke zorguitgaven zouden kunnen stijgen van nu 1 900 euro per capita naar 8 000 euro in 2050 (in prijzen van 2004), maar dat het nationaal inkomen met de aannames van de groeiscenario's voor de lange termijnprognoses nog meer zou stijgen. In relatieve termen zien wij tussen 2000 en 2030 de publieke uitgaven voor zorg met 3% van het BBP stijgen, (aannames van het Planbureau en de Commissie voor de vergrijzing) en nog verder tot 2050 zouden de publieke uitgaven kunnen oplopen tot misschien 13%. De totale zorguitgaven zouden kunnen stijgen van nu 2 800 euro naar 11 600 in 2050. Deze curve ontkracht evenwel het vooroordeel dat de welvaart van toekomstige generaties zal worden opgeofferd voor de sociale bescherming van de babyboomgeneratie. Naast de zorg hebben de huidige generaties zo'n 24 200 euro per capita te besteden, terwijl de toekomstige generaties zo'n 50 000 euro (in reële termen) te besteden hebben.



Noot: De berekende evolutie ZIV-uitgaven/capita op basis van demografie werd in lijn gebracht met de werkelijke uitgaven en omgerekend naar constante prijzen van 2004.

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

Figuur 6.50 'De hoorn des overvloeds', evolutie van het BBP/capita, totale bestedingen en de overheidsbesteding voor de zorg en projectie van de publieke uitgaven per capita, aan constante prijzen van 2004, 1970-2050, in euro, België



Noot: De berekende evolutie ZIV-uitgaven/capita op basis van demografie werd in lijn gebracht met de werkelijke uitgaven en omgerekend naar constante prijzen van 2004. De evolutie ZIV-uitgaven/capita op basis van demografie en trend werd verhoogd met een factor 1,46 (de verhouding van de publieke uitgaven tot de totale uitgaven, zie tabel 6.17) en staat voor de totale uitgaven in de toekomst om de lijn door te trekken van de totale bestedingen in het verleden.

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

Figuur 6.51 De 'hoorn des overvloeds', evolutie van het BBP/capita, totale bestedingen en de overheidsbesteding voor de zorg en projectie van de publieke en totale uitgaven per capita, aan constante prijzen 2004, 1970-2050, in euro, België

Deze voorstellingswijze is geïnspireerd door het ook in de Belgische discussie geciteerde 'Baumol-effect' van achterblijvende productiviteit in de zorgsector, die een steeds groter aandeel van de bestedingen zal opslorpen. Maar de conclusie die Baumol er aan toevoegde was ook dat ondanks dit groeiend beslag van de zorgsector er nog een veelvoud van andere reële consumptie zou overblijven in de groeiende economie. Wil men deze zorg laten toenemen, dan zal zij volgens hem een groter beslag op de bestedingen moeten leggen zonder dat dit een probleem zou moeten zijn, omdat er nog zoveel meer overblijft in reële termen voor andere consumptie. Politici zullen die keuze dan ook moeten durven maken, en er van

alle kanten misschien ook voor bekritiseerd worden. Maar hij concludeert¹²: 'Here is a problem for public choice that is likely to prove critical for our quality of life. An unfortunate choice in this arena does indeed threaten to bring us an economy, in the words of the poet, "where wealth accumulates and men decay"'. Deze keuze voor 'new money' voor de zorgsector en sociale vooruitgang is niet in tegenstrijd met verdere economische vooruitgang, integendeel maakt er deel van uit.

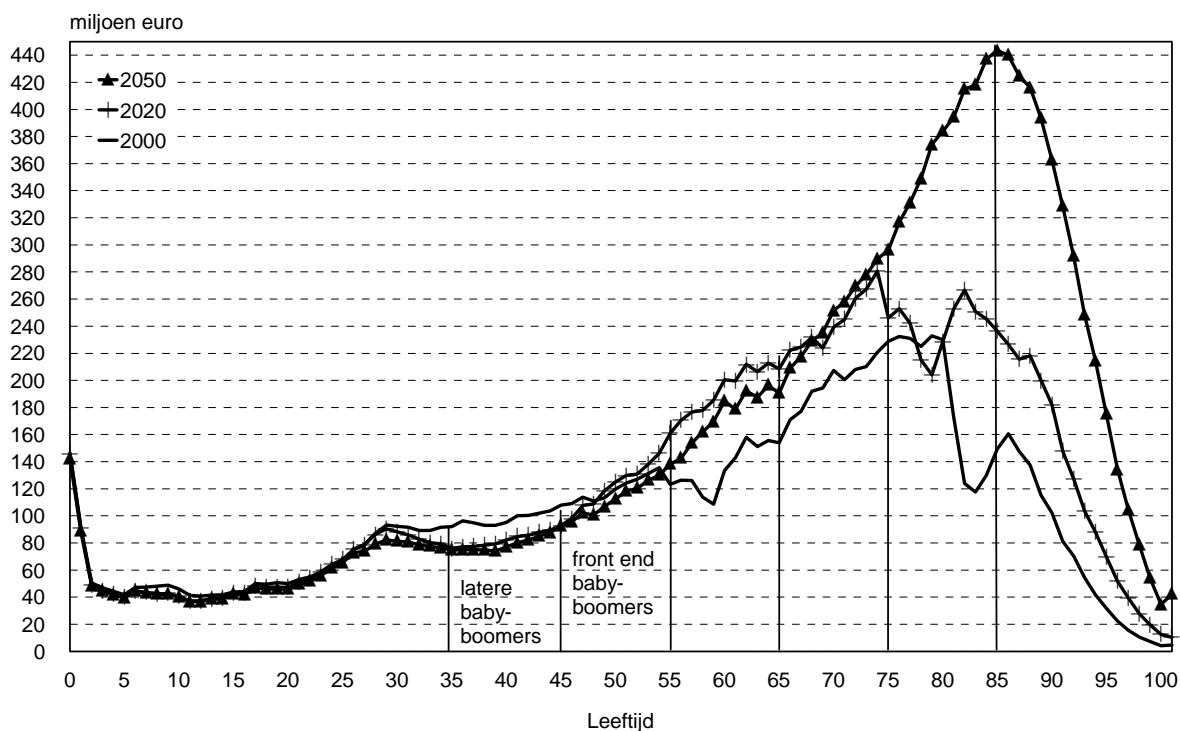
Dit belet niet dat moet gezocht worden naar verdere mogelijkheden om de performantie van het stelsel te verbeteren, door zowel meer efficiëntie¹³ na te streven als door andere financieringsmiddelen te zoeken voor de zorguitgaven in het bijzonder of de sociale bescherming in het algemeen. Beide aspecten verdienen echter een aparte analyse die niet mogelijk was binnen het bestek van deze studie. Eén zaak is zeker: de 'genereusiteit' van het zorgstelsel hoeft niet in strijd te zijn met een streven naar efficiëntie en spaarzaamheid, integendeel.

2.4.7 Drie opeenvolgende generaties van ouderen achter een toekomstverkenning van 50 jaar

De zorguitgaven naar leeftijd die aan de basis lagen van onze toekomstprojecties kunnen vertaald worden naar de totale uitgaven voor gezondheidszorg in volgende grafiek van de totale uitgaven naar leeftijd (wij geven het profiel voor 2000, 2020 en 2050).

¹² W.J. Baumol, 1993, 'Health care, education and the cost disease: A looming crisis for public choice', *Public Choice*, p. 27. De dichter waarvan sprake is een Iers-Engelse dichter Oliver Goldsmith (1730-1774).

¹³ Achter dit ene woord zit een wereld van mogelijkheden om via preventie, technologische vooruitgang enz. productiviteitswinst in de zorgsector te realiseren, waarvan de impact kan zijn dat zorg wordt uitgesteld of vermeden of goedkoper kan. Een aantal artikels zijn hierover (over de 'ziekte van Baumol', m.n. die achterblijvende productiviteit in de zorg) te vinden in een recent nummer van *Economische Statistische Berichten*, Dossier Arbeidsproductiviteit in de zorg, februari 2005



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

Figuur 6.52 Totale ZIV-uitgaven per leeftijdsgroep in België, 2000-2020-2050

Belangrijke referentieleeftijden zijn in dit soort grafiek 65 jaar, vandaag in veel landen de wettelijke pensioenleeftijd, maar ook ongeveer de leeftijd waar 1 op 2 gezondheidsproblemen heeft; 75 jaar, de leeftijd waar 1 op 2 afhankelijk wordt (gebrek aan zelfredzaamheid); en tenslotte 85 jaar, waar vandaag 1 op 2 overleden is.

Het aandeel van de gezondheidszorg voor ouderen (65+) in de totale gezondheidszorg stijgt van 35% midden jaren tachtig naar ongeveer 47% einde van de jaren negentig, en de huidige bestedingen extrapolierend naar de toekomst zou dit verder evolueren naar 53% in 2020 en 65% in 2050.

De bovenstaande grafiek laat ook toe opeenvolgende generaties te situeren, ondermeer de babyboomers waarvan de 'front-end babyboomers' geboren tussen 1945 en 1954, en de latere babyboomers, geboren tussen 1955 en 1964. In de curve voor de gezondheidszorguitgaven zijn zij in 2000 nog in de leeftijdsgroep 35-55, met nog relatief lage uitgaven. Twintig jaar later zijn zij tussen 55 en 75 jaar, en blijktbaar is de extra uitgave voor deze babyboomers (omwille van het getal en de leeftijdsstructuur, wij nemen geen hypothesen omtrent een generatie-effect mee) maar een deel van de gestegen kosten, en is het vooral de interbellumgeneratie die voor de extra uitgaven zorgt (leeftijdscategorie 80+). In 2050 is de piek in de uitgaven voor de babyboomers net achter de rug: zij zijn 85 jaar of ouder en de grafiek illustreert dat zij al niet meer voor het gros van de uitgaven staan, maar

ingehaald zijn door hun kinderen, de 'echo-babyboomers', die het gros van de uitgaven vormen. Deze drie opeenvolgende curven over 50 jaar illustreren hoe dat de gezondheidsuitgaven reeds drie opeenvolgende generaties ten goede komen. Zij weerleggen de bewering dat de kost van de vergrijzing conflicten tussen generaties zou impliceren. Het illustreert evenwel hoe dat in een repartitiesysteem steeds nieuwe generaties zullen genieten van de voordelen van een stelsel waarvoor zij vroeger hebben bijgedragen. Het is een 'toonbeeld' van intergenerationele solidariteit.

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

Naast het aandeel van de gezondheidszorguitgaven voor ouderen, dat evolueert van 35% in de jaren '80 naar thans 50% en 65% in 2050 (met de huidige gebruiksprofiel) zijn ook de overige uitgaven voor zorg belangrijk om te identificeren. Meer en meer wordt naast de gezondheidszorg expliciet melding gemaakt van de zogenaamde 'long term care' (LTC). Dit is niet volledig synoniem met noch chronische zorg, noch ouderenzorg, maar overlapt in alle geval sterk met dit begrip en wordt vaak door elkaar gehaald. De afbakening van het begrip LTC is in deze context nog onduidelijk, zowel in de Europese als OESO-studies. Soms worden ouderenzorg, gezinszorg en zorg voor personen met een handicap samen genomen, met elk hun eigen terugbetalingsregeling. Ondermeer de mate dat voorzieningen voor personen met een handicap al dan niet meegerekend wordt, beïnvloedt sterk het totaal en de mate van eigen bijdragen. Internationaal wordt verder doorgaans het onderscheid gemaakt tussen institutionele zorg en thuiszorg. Er bestaan onvolledige cijfers hierover voor België. Zowel RIZIV-gegevens als bestedingen van de gemeenschappen en de lokale overheden moeten in beeld gebracht worden. Toch kunnen wij voor Vlaanderen de publiek uitgaven van LTC ramen voor de ouderen op ongeveer 1% van het BBP, een aandeel dat redelijk gestegen is de jongste jaren, terwijl de overige publieke zorguitgaven voor personen met een handicap nog eens op 0,45% van het BBP liggen, en redelijk constant bleven. De overige publieke uitgaven voor de gezondheidszorg bedragen ongeveer 5,8% van het BBP. Deze cijfers liggen in de lijn van wat het EPC (Economic Policy Committee van de EU) hanteerde, maar is wat de LTC betreft toch hoger dan de 0,8 daar gehanteerd. Met dit cijfer situeert Vlaanderen/België zich op een redelijk niveau in internationaal perspectief en situeert België zich bij die landen die een redelijk goed uitgebouwd systeem van ouderenzorg hebben. De publieke middelen zijn verhoudingsgewijs meer gericht op de thuiszorg. Ook

de toekomstperspectieven daaromtrent komen in het algemeen in macro-economische termen redelijk laag uit, en zouden nog lager kunnen zijn indien hypothesen van dalende morbiditeit en verbeterde zelfredzaamheid worden aangenomen. Wel valt internationaal op dat het voornamelijk de residentiële voorzieningen zijn die in België onderverzekerd zijn. Het herbevestigt een groeiend besef dat de chronische zorg een belangrijke karakteristiek wordt van de gezondheidszorg, en dat de uitgaven daarvan nog meer geconcentreerd raken bij een beperkt deel van de bevolking, zodanig dat een solidariseren van het risico voor de hand ligt. In de meeste buitenlandse situaties is dit risico dan ook meer verzekerd in de ziekteverzekering dan de overige gezondheidszorg, en dit verklaart ook waarom er zo weinig private verzekeringen bestaan in de 'long term care insurance'.

2.4.8 Internationale prospectieve analyses

2.4.8.1 EPC

Vooreerst bespreken wij de projecties van de Ageing Working Party (AWP) van het Economic Policy Committee (EPC), waarin ook België gedetailleerd in beeld wordt gebracht. Hier zijn projecties voor zowel de gezondheidszorg als de LTC voorzien.

Onderstaande grafieken geven het leeftijdsprofiel weer dat aan de basis lag van de EPC-projecties. De publieke uitgaven worden uitgedrukt als % van het BBP per capita. Hieruit blijkt dat het verloop van de publieke gezondheidszorguitgaven in België in lijn liggen met de meeste andere EU-lidstaten, met een lichte daling voor de hoogste leeftijdsgroep. De uitgaven voor langdurige zorg zijn evenwel veel minder hoog dan in een aantal Scandinavische landen en ook Denemarken.

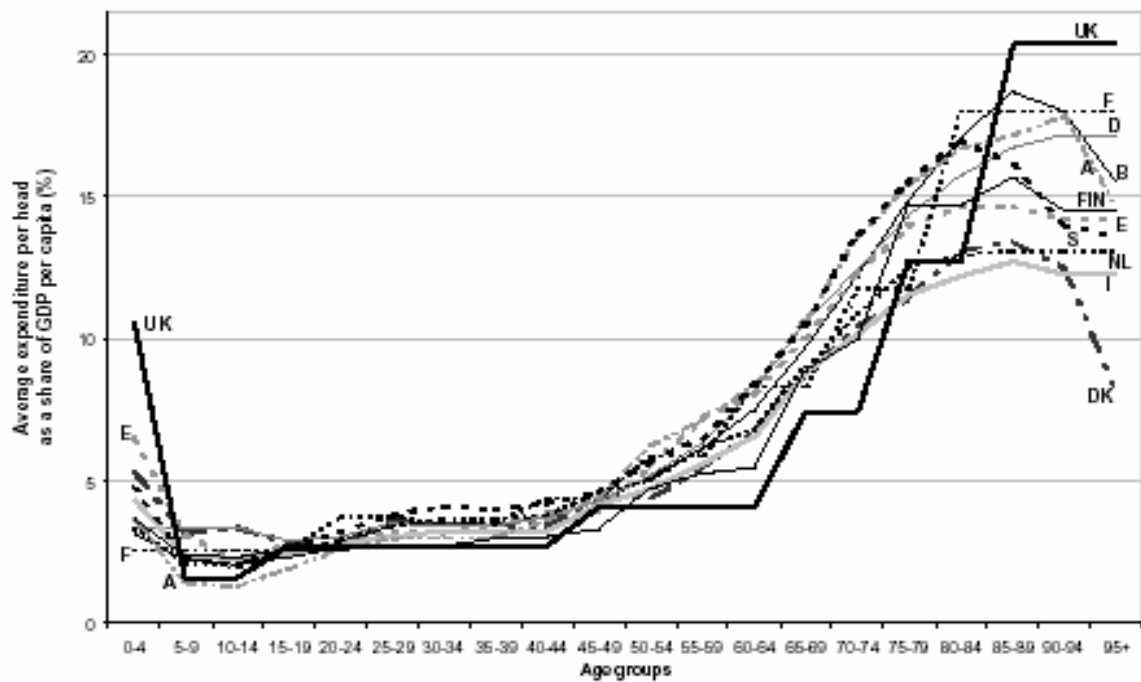
Op basis van deze leeftijdprofielen worden demografische projecties berekend van de zorgkosten. De projecties dateren van 2001. Nieuwe projecties zijn verwacht tegen midden 2005 (EPC, 2003, p. 59). Terloops signaleert de WPA dat de niet-demografische kostenfactoren voor zowel gezondheidszorg als LTC verder dienen te worden onderzocht (Ibidem, p. 60). Ter vergelijking wordt in figuur 6.36 ook de curve getekend die wij hanteerden voor een aantal scenario's van de gezondheidsuitgaven hierna.

Het leeftijdprofiel en de omvang van de uitgaven hangt af van de uitgaven gevat in de hier gehanteerde definities. LTC bevat residentiële ouderenvoorzieningen, thuiszorg en zorg voor personen met een handicap.¹⁴

Onderstaande tabel situeert België in het internationaal perspectief. De publieke uitgaven voor zorg (gezondheidszorg en langdurige zorg) zouden 6,1% van het

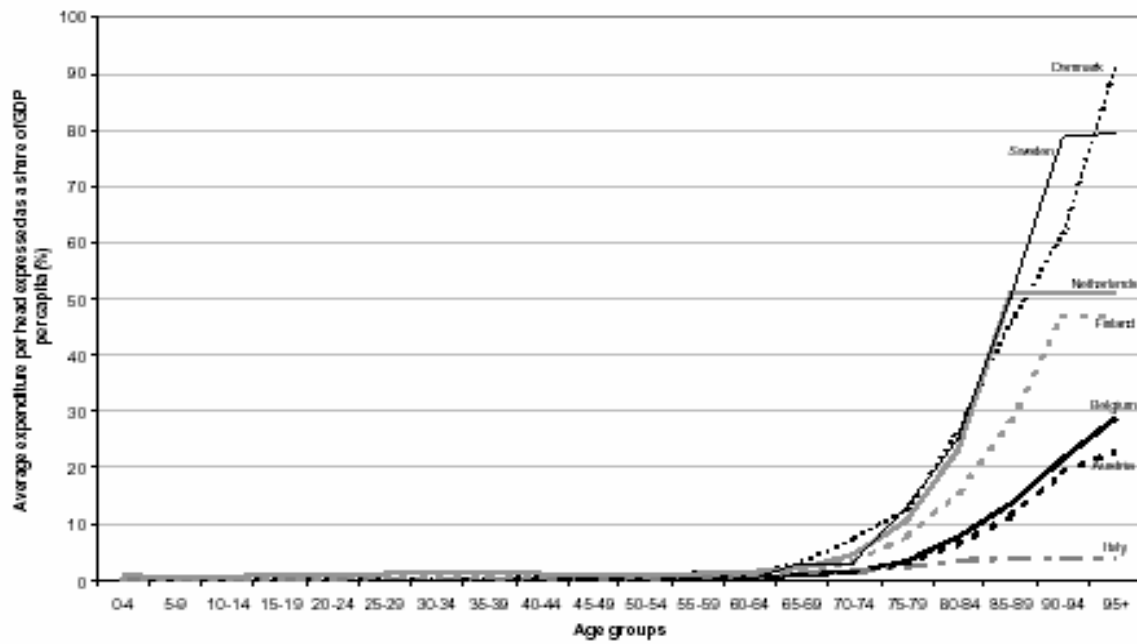
¹⁴ De in ontwikkeling zijnde zorgrekeningen op OESO- en Eurostat-niveau hanteren afwijkende definities voor de zorg, zodanig dat de tweedeling die blijkbaar hier relevant was, niet eenvoudig is door te trekken naar het in ontwikkeling zijnde statistisch apparaat.

BBP bedragen, waarvan 5,3% voor gezondheid en 0,8 voor LTC. Deze cijfers liggen in de lijn met onze eigen gedetailleerde ramingen voor België; publieke uitgaven zorg worden geschat op 5,77% van het BBP, waarvan 5,04% voor gezondheid en 0,72 voor LTC.



Bron: Economic policy committee, The impact of ageing populations on public finances, 2003, p. 24

Figuur 6.53 Leeftijdsprofiel publieke uitgaven per capita voor gezondheidszorg



Bron: Economic policy committee, The impact of ageing populations on public finances, 2003, p. 24

Figuur 6.54 Leeftijdsprofiel publieke uitgaven per capita voor long term care

Tabel 6.27 Publieke uitgaven en evolutie, als % BBP in 2000 en 2000-2050 in de EU

	Uitgaven als % BBP in 2000				Groei uitgaven als % van BBP tussen 2000 en 2050									
	Totale publieke uitgaven	Uitgaven LTC en gezondheidszorg	Uitgaven gezondheidszorg	Uitgaven LTC	Totale publieke uitgaven	Uitgaven LTC en gezondheidszorg, per capita	Uitgaven gezondheidszorg, per capita	Uitgaven LTC, per capita	Uitgaven LTC en gezondheidszorg, per actieve	Uitgaven gezondheidszorg, per actieve	Uitgaven LTC, per actieve	Uitgaven gezondheidszorg, per actieve	Onderwijs	Werkloosheids-uitkeringen
B	23,9	6,1	5,3	0,8	3,7	2,1	1,3	0,8	2,4	1,5	0,8	3,3	-0,6	-1,1
B ⁸		6,13	5,05	1,08										
DK	28,5	8,0	5,1	3,0	5,4	2,7	0,7	2,1	3,5	1,1	2,5	2,9	-0,1	0,0
D	24,0		5,7		6,1		1,4			2,1		5	0,0	-0,4
EL	21,8		4,8		13,0		1,7			1,6		12,2	-0,7	-0,2
E	21,3		5,0		7,4		1,7			1,5		7,9	-1,3	-1,0
F	26,5	6,9	6,2	0,7	4,0	1,7	1,2	0,5	2,5	1,9	0,6	3,8	-0,9	-0,5
IRL	10,1	6,6	5,9	0,7	3,1				2,5	2,3	0,2	4,4	-1,5	0,2
I	24,2	5,5	4,9	0,6	1,5	1,9	1,5	0,4	2,1	1,7	0,4	0,3	-0,6	-0,1
LU	7,6				1,9							1,9	0,0	0,0
NL	21,4	7,2	4,7	2,5	8,9	3,2	1,0	2,2	3,8	1,3	2,5	5,7	-0,1	0,1
A	26,9	5,8	5,1	0,7	4,2	2,8	1,7	1,0	3,1	2,0	1,1	2,5	-1,0	-0,2
P	21,5		5,4		3,5		0,8			1,3		3,4	-0,6	-0,1
FIN	25,3	6,2	4,6	1,6	6,5	2,8	1,2	1,7	3,9	1,8	2,1	4,7	-0,7	-0,3
S	27,0	8,8	6,0	2,8	3,6	3,0	1,0	2,0	3,3	1,2	2,1	1,7	-0,8	-0,3
UK	17,4	6,3	4,6	1,7	0,6	1,8	1,0	0,8	2,5	1,4	1,0	-1,1	-0,2	0,1
EU		6,6	5,3	1,3		2,2	1,3	0,9	2,7	1,7	1,0			

1 Uitgaven gezondheidszorg groeien op dezelfde wijze als BBP per capita

2 Uitgaven gezondheidszorg groeien op dezelfde wijze als BBP per actieve

3 Ramingen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven), zie boven

Bron: Economic Policy Committee, The impact of ageing populations on public finances, 2003, p. 6 en p. 25

2.4.8.2 Prognoses voor LTC voorzieningen in detail

Voor vier landen werd onlangs een verdere gedetailleerde demografische en economische prognose uitgevoerd van de zogenaamde 'long term care' voor ouderen, m.n. voor Duitsland, Spanje, Italië en VK. Opnieuw blijkt dat de uitgaven voor LTC nu nog een bescheiden plaats innemen in de totale zorguitgaven en als % van het BBP, maar dat ook het aandeel relatief beperkt zal zijn (tussen 1,7 en 3,5% van het BBP) in 2050. Een alternatief scenario van uitstel van morbiditeit en afhankelijkheid doet deze kost nog lager uitvallen.

Tabel 6.28 Evolutie van de bevolking, het aantal zorgafhankelijke personen en de uitgaven aan long term care in Duitsland, Spanje, Italië en het Verenigd Koninkrijk, 2000-2050

	Duitsland	Spanje	Italië	Verenigd Koninkrijk
Bevolkingscijfers				
Bevolking, 2000	82 163 500	39 960 700	57 679 900	59 623 400
Aantal personen ouder dan 65 jaar, 2000	13 313 000	6 596 000	10 343 000	9 268 000
Aantal personen ouder dan 65 jaar, 2050	21 790 000	11 581 000	16 100 000	15 434 000
Aantal personen ouder dan 85 jaar, 2000	1 602 000	638 000	1 191 000	1 132 000
Aantal personen ouder dan 85 jaar, 2050	4 291 000	1 872 000	3 190 000	2 853 000
% groei van aantal personen >=65 jaar 2000-2050	64%	76%	56%	67%
% groei van aantal personen >=85 jaar 2000-2050	168%	194%	168%	152%
Aantal hulpontvangers				
Ontvangers van informele zorg, 2000	653 000	1 728 000	564 000	1 369 000
Ontvangers van informele zorg, 2050	1 427 000	3 452 000	1 180 000	2 357 000
% groei aantal ontvangers informele zorg 2000-2050	119%	100%	109%	72%
Ontvangers van thuiszorg, 2000	293 000	360 000	620 000	1 804 000
Ontvangers van thuiszorg, 2050	641 000	716 000	1 359 000	3 470 000
% groei aantal ontvangers thuiszorg 2000-2050	119%	99%	119%	92%
Ontvangers van institutionele zorg, 2000	465 000	222 000	356 000	449 000
Ontvangers van institutionele zorg, 2050	1 053 000	488 000	645 000	949 000
% groei aantal ontvangers institutionele zorg 2000-2050	127%	120%	81%	111%
Basisprognose				
Uitgaven als % van BBP, 2000	1,24%	0,65%	0,99%	1,36%
Totale uitgaven als % van BBP in 2050	3,32%	1,62%	2,36%	2,89%
Prognose o.b.v. Bevolkingsprognoses Eurostat (hoog)				
Uitgaven als % van BBP, 2050	3,23	1,69	2,27	3,46
Vergelijkingsbasis voor sensitiviteitsanalyse, met 0% groei in BBP en in eenheidskost				
% groei uitgaven als % van BBP 2000-2050	120,2%	115,3%	95,8%	101,7%
% groei absolute uitgaven 2000-2050	120,2%	115,3%	95,8%	101,7%
Uitgaven als % van BBP, 2050	2,72	1,39	1,94	2,75
Stijging van 1 jaar in levensverwachting stelt afhankelijkheid 1 jaar uit				
Groei aantal afhankelijke personen 2000-2050	34%	56%	-1%	35%
Groei LTC uitgaven als % van BBP 2000-2050	29%	64%	27%	45%
Uitgaven als % van BBP, 2050	1,58	1,06	1,26	1,98

Bron: Comas-Herrera; Soeta-Font, Gori, di Maio, Patxot, Pickard, Pozzi, Rothgang, Wittenberg, 2003

2.4.9 Conclusies

Meer nog dan de kosten van de vergrijzing en de reële toename van het volume aan zorg, zijn prijsfactoren en inkomensfactoren determinerend geweest in de evolutie van de jongste 10 jaar, zowel nationaal als internationaal. Het correct inschatten, beheersen maar ook honoreren en budgetteren, is dan ook een belangrijke uitdaging voor het gezondheidsbeleid.

Het volumebeleid, georiënteerd op het aanbod, kan misschien zelfs een pervers effect hebben op de prijs.

De impact van de vergrijzing lijkt noch in het verleden, noch in de toekomst de zorguitgaven voor onmogelijke uitdagingen te plaatsen. De impact van de vergrijzing is in het verleden beperkt geweest tot een groei van 10% in de voorbije 10 jaar en voor de komende twintig jaar zou puur mechanisch deze factor nog lager kunnen uitvallen. Dit hoeft niet in tegenstrijd te zijn met een grotere expansie omwille van verbeterde dienstverlening, meer zorg, betere arbeidsvoorwaarden.

Er is in België een groeiende discrepantie tussen diegenen die de kost van de vergrijzing op de gezondheidszorg als dramatisch voorstellen en diegenen die het in zijn juiste proportie willen voorstellen of juist ontmijnen (H. Avalosse, 2004, p. 33).

Noch in het verleden, noch naar de toekomst toe kan demografie als een belangrijke risicofactor omschreven worden die de kosten van de gezondheidszorg omhoog duwen. De impact lijkt in het verleden, wat de demografische component betreft, beperkt geweest te zijn, wat ook te verwachten viel omdat de demografische effecten van de babyboomers zich pas in de toekomst zullen manifesteren. In het verleden observeerden wij vooral de uitbouw van de verzorgingsstaat onder diverse vormen. Meer zorgvoorzieningen, betere terugbetaling, meer omkadering, betere verloning, betere kwaliteit en vooruitgang van de levensverwachting, zijn in de voorbije veertig jaar een feit geworden. De uitbouw van de verzorgingsstaat (sommigen noemen het een 'trendfactor'), het welvaartvast houden van de sector, verklaart veel meer de zorguitgaven dan de demografische factor. Afgezien van indexering en welvaartvastheid lijkt de expansie bovendien niet sterker gestegen te zijn dan de werkgelegenheid in de sector. Aangezien kan aangenomen worden dat dit in grote mate reële vooruitgang van de zorgverlening impliceert is de zogenaamde prijs/kostenevolutie een reële vooruitgang van het zorgvolume waarbij zelfs een relatieve prijsdaling kan geobserveerd worden (voor een deel te verklaren doordat in de zorgsector segmenten zijn bijgekomen waarvan de eenheidsprijs lager liggen).

Naar de toekomst toe is louter mechanisch het demografische effect ook beperkt in omvang en zou nog kunnen gereduceerd worden bij gestegen levensverwachting en verbetering van de morbiditeit. De aannames van het Planbureau en de Commissie van de Vergrijzing zijn voorzichtig in hun extrapolaties zodat buiten trendvolgerschap enkel de demografie verder wordt doorgerekend. Het kan voor de overheid (maar die keuzen worden ook internationaal beïnvloed) belangrijk zijn een afweging te maken tussen kostenintensieve zorgtechnologische vooruitgang of meer kostenbesparende.

Een beleid gericht op het vermijden van afhankelijkheid, zoals de Europese Commissie thans beklemtoont, kan een kostenbesparend alternatief vormen: de investering in gezondheid als – opnieuw, maar nog anders bedoeld- ‘motor van de economie’.

3. Professionele zorg

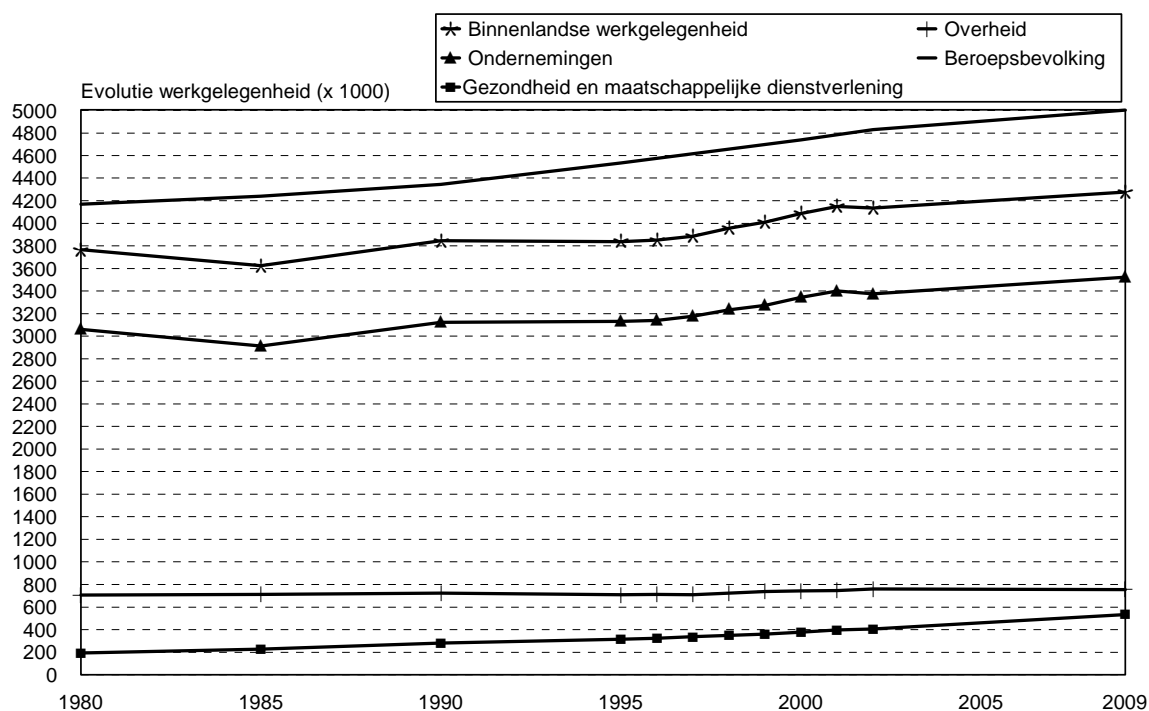
Het zal menig observator niet ontgaan zijn dat voor de eerste keer in officiële documenten wordt gesteld dat de jobcreatie van de zorgsector, net zoals eender welke andere jobcreatie, werkgelegenheid en toegevoegde waarde inhouden (Hoge Raad voor Financiën, Commissie van de vergrijzing, Jaarlijks verslag, april 2004, p. 35).

Dit was de hoopvolle conclusie die wij in onze eigen toekomstverkenningen voor de zorgsector onderlijnden: net als in het verleden zal de quataire sector, en meer specifiek de zorgsector, te weten de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening, motor zijn van jobcreatie en bijgevolg- want het is toegevoegde waarde - van economische groei (Pacolet, Van De Putte, Cattaert & Coudron, 2002).

Tevens wordt met toenemende ongerustheid uitgekeken naar de toenemende behoefte aan de ene kant en de toenemende vergrijzing van de beroepskrachten aan de andere kant en het mogelijke tekort aan beroepskrachten voor de zorgsector. Ook op die discussie gaan wij in.

3.1 Werkgelegenheidsevolutie

Met onderstaande schets van de evolutie van de werkgelegenheid geeft de Hoge Raad van Financiën zelf aan dat de werkgelegenheid in de zorgsector een steeds groter belang inneemt in de totale werkgelegenheid.



Bron: Berekeningen Pacolet en Coudron (HIVA-K.Uleuven) aan de hand van Jaarlijks verslag Studiecommissie voor de vergrijzing, Hoge Raad van Financiën, 2004

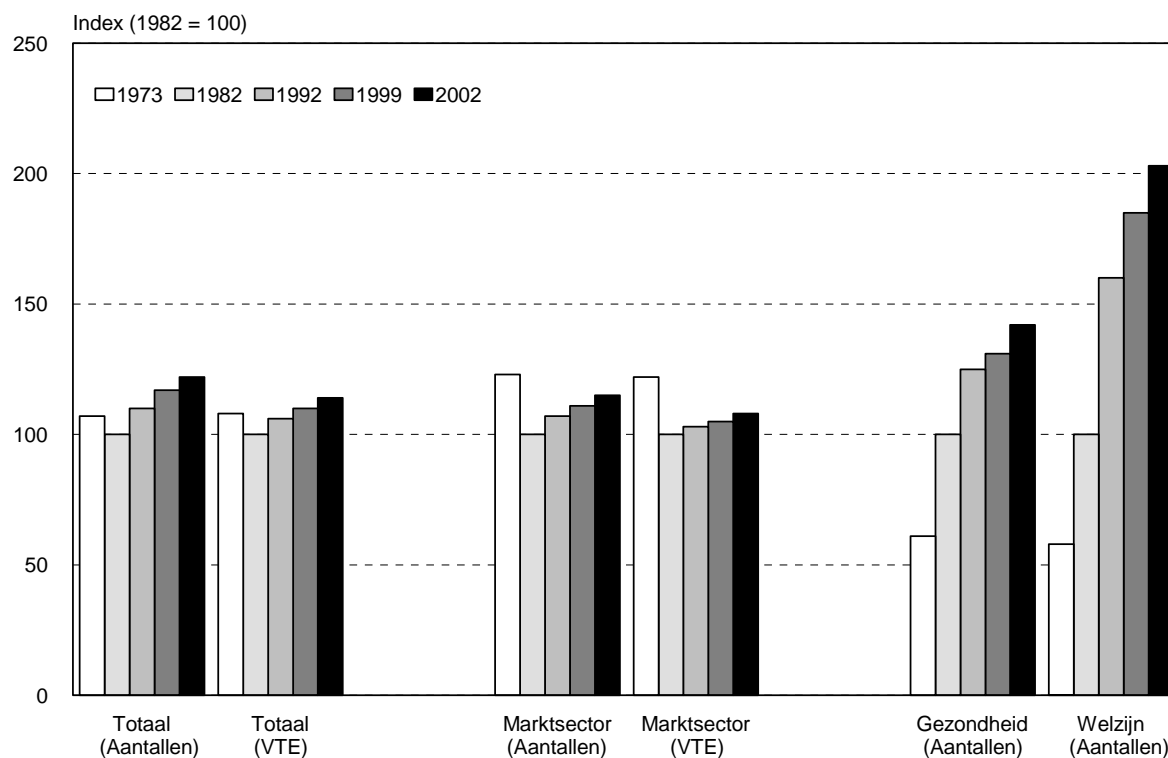
Figuur 6.55 Evolutie werkgelegenheid België, 1980-2009

3.1.1 Verleden: motor van jobcreatie en economische ontwikkeling

Een iets langer en iets meer gedetailleerd overzicht leert dat de gesalarieerde werkgelegenheid in de sector gezondheid groeide met een factor 2,5 in de periode 1973-2002; de sociale sector is meer dan verdrievoudigd in diezelfde periode (Pacolet en Coudron, 2004). De marktsector daarentegen stagneerde in die periode, zeker als men de werkgelegenheid uitdrukt in VTE, en is nog altijd niet hersteld van de tewerkstellingsdaling sinds de eerste oliecrisis in de jaren '70. Zonder de expansie in de quataire sector, en meer specifiek de zorgsector, zou de tewerkstelling thans in VTE ook in zijn totaliteit lager liggen dan aan de vooravond van de economische crisis. Het illustreert de rol van de sector als 'motor van jobcreatie'. Een inzichtelijke maatstaf van de uitbouw van de zorgsector, die wij verder ook internationaal gebruiken, is het aantal jobs per 1 000 inwoners. De gezondheidssector steeg van ongeveer 7,4 jobs per 1 000 inwoners naar 17,3 en is ondanks deze expansie reeds aan een vertraagde groei begonnen. De uitbouw was in de jaren '70, en vertraagde nadien, met een heropflakking van de groei sinds 1999 (onder invloed ook van een voluntaristisch beleid terzake). In de welzijnssector, sociale sector, is de groei later opgetreden. De sector kende een versterkte groei in de jaren '80, maar begon in de jaren '90 een vertraagde groei te vertonen. Voor beide sectoren geldt dat een opmerkelijke groei kon blijven opgetekend worden ondanks het feit dat reeds van in de jaren '80, en

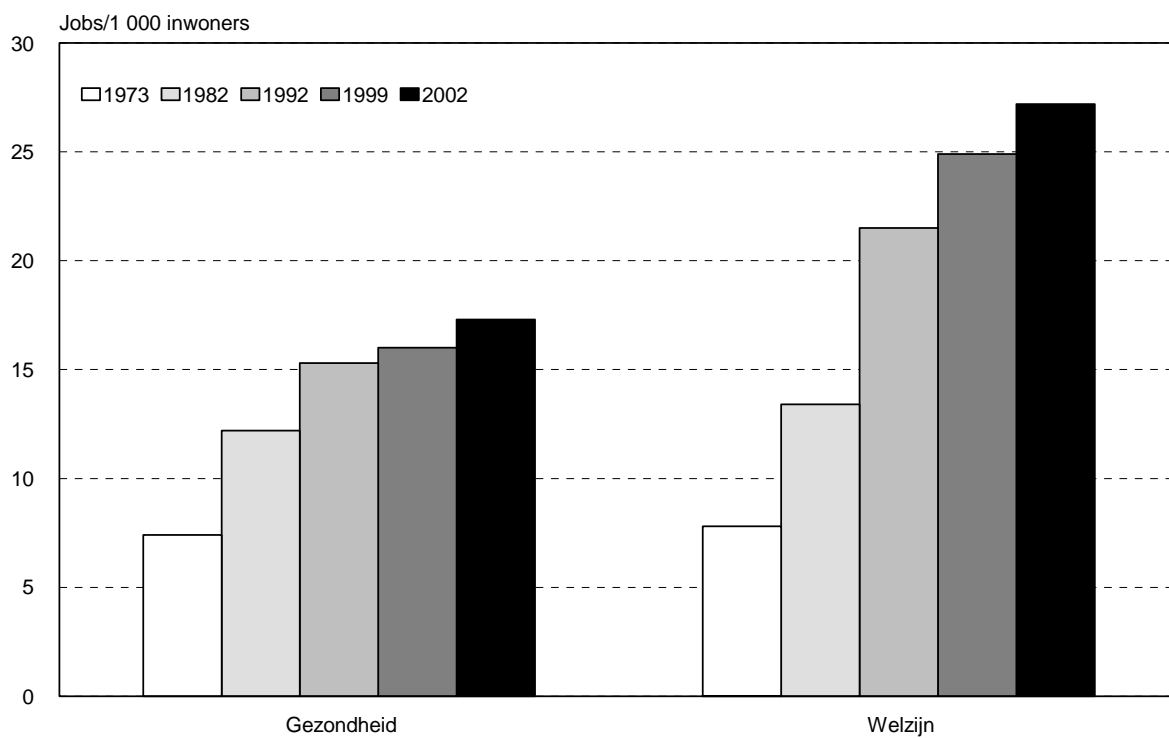
doorheen de jaren '90 beperkingen van de publieke financiën en de noodzaak om te besparen, speelden.

In onderstaande grafiek geven wij ook de uitbouw van de gezondheidssector en de welzijnssector in de voorbije twintig jaar naar gewest. De werkgelegenheid is ongeveer 30 jobs per 1 000 inwoners voor gezondheid en sociale sector samen en de sociale sector (hier enkel intramurale en extramurale welzijnssectoren) is hierbinnen nagenoeg even groot geworden als de gezondheidszorgsector. De verschillen tussen de gewesten zijn niet zo groot in dit deel van de quartaire sector, vermoedelijk ook omdat zij voor een belangrijk deel afhankelijk zijn van dezelfde financiering (gezondheidszorg).



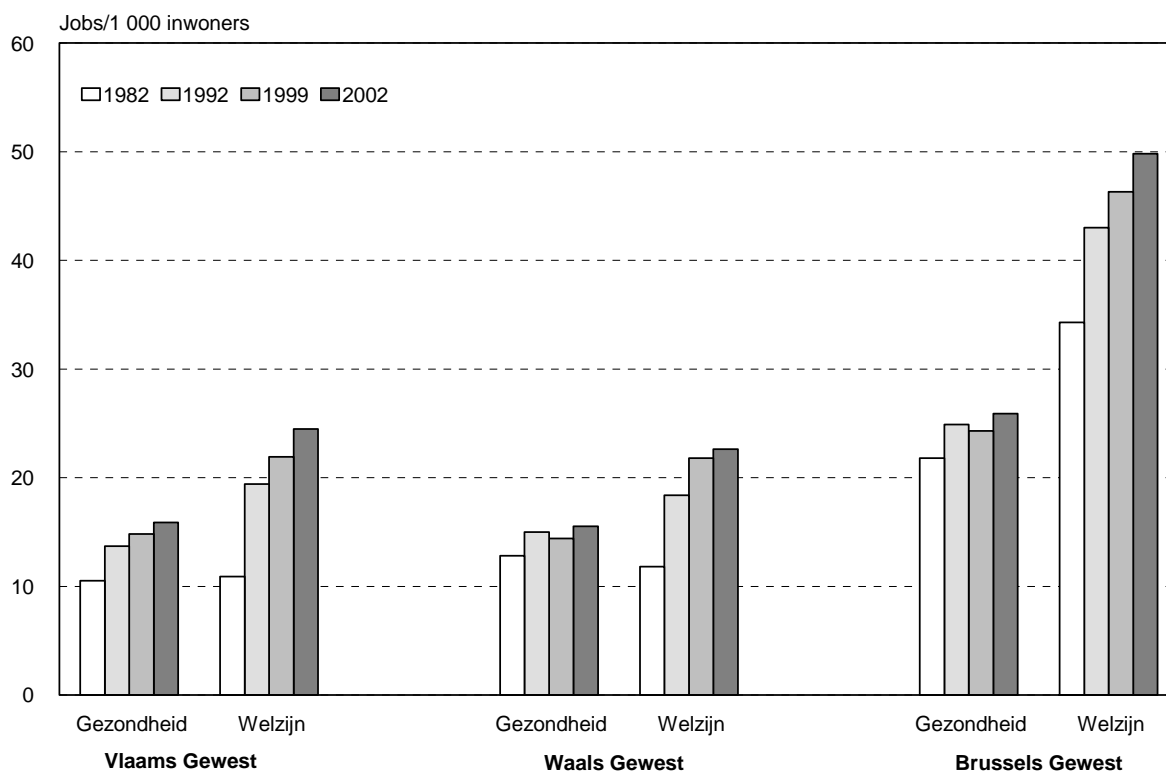
Bron: Pacolet J. en Coudron V., 2004

Figuur 6.56 Evolutie van de werkgelegenheid in de totale economie, in de marktsector en de sectoren gezondheid en welzijn, België, 1973-2002



Bron: Berekeningen Pacolet en Coudron op basis van RSZ gedecentraliseerde statistieken (Pacolet, Coudron, 2004, p. 15)

Figuur 6.57 Evolutie van het aantal jobs per 1 000 inwoners in de sectoren gezondheid en welzijn, België, 1973-2002



Bron: Berekeningen Pacolet en Coudron op basis van RSZ gedecentraliseerde statistieken en Pacolet J., Van De Putte I., Van Damme B., Gos E., Tilleman B. (2002), p 92

Figuur 6.58 Evolutie van het aantal jobs per 1 000 inwoners in de sectoren gezondheid en welzijn, per gewest, 1982-2002

Wel is de timing van de expansie van de sectoren nog verschillend. In Vlaanderen is de gezondheidssector in de jaren '80 en '90 nog verder gegroeid terwijl in het Waalse Gewest er eerder een stagnatie optrad; de sociale sector is sterker gegroeid in Vlaanderen.

3.1.2 Toenemende zelfstandige tewerkstelling

De zorgsector is de voorbije 20 jaar ook gekenmerkt geweest door een aanzienlijke toename van de zelfstandige tewerkstelling, bijvoorbeeld van verpleegkundigen en kinesitherapeuten. In onderstaande tabellen geven wij de evolutie voor de voorbije twintig jaar in respectievelijk het Rijk en de drie gewesten, in aantallen en in index 1982 = 100. Het aantal zelfstandigen verdubbelde in de gezondheidszorg in de voorbije twintig jaar, meer en meer ook aangevuld met eigen personeel bij deze zelfstandigen (verdrievoudiging). Aangezien de gesalarieerde tewerkstelling in die periode maar 40% steeg, kan het ons ook niet verwonderen dat het aandeel van de zelfstandige werkgelegenheid van 25% steeg naar 35% tien jaar later, om nadien opnieuw te dalen. Ook dit is een vorm van privatisering in de zorgsector. Het hoge aandeel zelfstandige tewerkstelling is een karakteristiek van het

Belgische zorgstelsel dat ons onderscheidt (wij zijn koploper) van de andere EU-landen (zie verder).

De evolutie in de drie gewesten is niet gelijklopend. Terwijl Vlaanderen blijkbaar ook nog in de uitbouw van de gezondheidszorg bezig was, zowel in de totale tewerkstelling als in de zelfstandige tewerkstelling (respectievelijk een toename met 77% en 112% op twintig jaar tijd), is de groei in Wallonië maar 2/3 daarvan voor de totale tewerkstelling (47% groei) en een groei van de zelfstandige tewerkstelling van 86%. Brussel kent een nog lagere groei, de groei van de totale tewerkstelling is maar 1/3 van de groei in Vlaanderen, terwijl ook de zelfstandige tewerkstelling op twintig jaar tijd maar een groei kende van 36 %. Als wij naar de gesalarieerde tewerkstelling kijken in de zorgvoorzieningen, dan groeit deze 61% in Vlaanderen, nog niet de helft daarvan (toename van 27%) in Wallonië en amper 18 % groei (1/3 van Vlaanderen) in Brussel. Wanneer de gezondheidszorg meer uitgebouwd was in Wallonië en Brussel (zie Pacolet, Coudron, 2004), dan is er duidelijk een inhaaloperatie bezig geweest. Met deze cijfers voor ogen is het voor ons moeilijk begrijpbaar waarom men in het Brusselse Gewest, maar ook in Wallonië, blijft beweren dat er een tekort zou zijn voor beroepskrachten in de zorgsector, aangezien de groei er aanzienlijk lager lag dan in Vlaanderen, terwijl de werkloosheid er aanzienlijk hoger is.

Tabel 6.29 Totale tewerkstelling in de gezondheidszorg in het Rijk, 1982-2002, absolute aantallen en indices (1982=100)

	1982	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Absolute aantallen										
Zelfstand. gezondheidszorg*	35 062	53 674	60 648	62 105	64 364	65 870	67 394	69 037	69 840	70 049
Werknemers bij vrije beroepen in gezondheidszorg**	5 122	6 840	17 493	17 491	16 339	16 413	16 448	16 548	16 855	16 697
Gesalarieerden in gezondheidszorg	122 052	147 563	146 298	147 378	152 439	156 195	159 880	163 997	169 430	173 119
Totaal Gezondheidszorg	162 236	208 077	224 439	226 974	233 142	238 478	243 722	249 582	256 125	259 865
Aandeel Zelfst./totaal	25	29	35	35	35	35	34	34	34	33
In index (1982=100)										
Zelfstand. gezondheidszorg*	100	153	173	177	184	188	192	197	199	200
Werknemers bij vrije beroepen in gezondheidszorg**	100	134	342	341	319	320	323	323	329	326
Gesalarieerden in gezondheidszorg	100	121	120	121	125	128	131	134	139	142
Totaal Gezondheidszorg	100	128	138	140	144	147	150	154	158	160

* Ingeschrevenen in het RSVZ en werkende in het buitenland zijn buiten beschouwing gelaten, daarnaast bevatten de cijfers tot en met 1994 ook het aantal dierenartsen, vanaf 1995 gaat het enkel over geneesheren, tandartsen, apothekers en paramedici.

** Het betreft hier het in loonverband werkend personeel van geneesheren, tandartsen, apothekers en paramedici.

Bron: Eigen bewerkingen Pacolet en Coudron (HIVA-K.U.Leuven) op basis van RSZ en RSVZ

Tabel 6.30 Totale tewerkstelling in de gezondheidszorg in de drie gewesten, 1982-2002, absolute aantallen en indices (1982=100)

	Vlaams Gewest		Waals Gewest		Brussels Gewest	
	1982	2002	1982	2002	1982	2002
Absolute aantallen						
Zelfstand. gezondheidszorg*	17 866	37 792	13 366	24 872	5 448	7 385
Werknemers bij vrije beroepen in gezondheidszorg**	2 677	8 451	1 613	5 312	839	2 934
Gesalarieerden in gezondheidszorg	59 227	95 131	41 061	52 331	21 757	25 657
Totaal Gezondheidszorg	79 770	141 374	56 040	82 515	28 044	35 976
Aandeel Zelfst./totaal	26	33	27	37	22	29
In index (1982=100)						
Zelfstand. gezondheidszorg*	100	212	100	186	100	136
Werknemers bij vrije beroepen in gezondheidszorg**	100	316	100	329	100	350
Gesalarieerden in gezondheidszorg	100	161	100	127	100	118
Totaal Gezondheidszorg	100	177	100	147	100	128

* Ingeschrevenen in het RSVZ en werkende in het buitenland zijn buiten beschouwing gelaten, daarnaast bevatten de cijfers tot en met 1994 ook het aantal dierenartsen, vanaf 1995 gaat het enkel over geneesheren, tandartsen, apothekers en paramedici.

** Het betreft hier het in loonverband werkend personeel van geneesheren, tandartsen, apothekers en paramedici.

Bron: Eigen bewerkingen Pacolet en Coudron (HIVA-K.U.Leuven) op basis van RSZ en RSVZ: zie bijlage voor alle tussenliggende jaren.

3.1.3 Evolutie naar sector en kwalificatie

Geconfronteerd met de aanzienlijke expansie van de zorgsector, is er in het verleden maar ook naar de toekomst toe een groeiende ongerustheid over het feit of er voldoende gekwalificeerde beroepskrachten zullen kunnen gevonden worden om deze behoeften te dekken. In de manpowerstudies die het HIVA voor de Vlaamse Gemeenschap, en het SESA voor de Franse Gemeenschap, de voorbije jaren opstelden (zie o.m. Pacolet, Leroy, Cattaert, Coudron, 2004, voor de Belgische synthese), wijst geen enkele indicator op dramatische ontwikkelingen van schaarste, maar ontdekten wij in tegendeel een sector die een enorme expansie kende, maar ook voldoende arbeidskrachten heeft gevonden om deze gestegen vraag in te vullen. Onderstaande tabel illustreert bijvoorbeeld de vraag naar arbeid in de zorgsector per beroepsgroep in Vlaanderen in de periode 1995-2000. Wij ontdekten ook een aanzienlijke interesse voor de opleiding tot deze zorgberoepen (zie verder). Indien het onderwijssysteem er in slaagt om deze aantrekkingskracht voor alle zorgopleidingen op het huidige hoge peil te houden, dan zullen er ook in de toekomst vermoedelijk geen tekorten zijn, en zal ook een antwoord kunnen geboden worden op die andere impact van een ouder wordende bevolking, met name de vervanging van de beroepskrachten in deze sector, naarmate deze ouder worden. Dit is overigens, in een sector die recent nog sterk gegroeid is, en bijgevolg relatief jong, een probleem niet voor 'morgen', maar voor 'overmorgen'. In landen waar de sector reeds veel vroeger zijn expansie kende (bijvoorbeeld de Scandinavische landen), is dit probleem van vervanging van de beroepskrachten wel nu reeds aan de orde.

Een meer gedetailleerde analyse van een aantal zorgberoepen leert ons dat alleen al voor de jongste vijf jaar de evolutie van het werkvolume aanzienlijk is. De omvang is hier zelfs in voltijds equivalent aanzienlijk meer gestegen, wat deels door herschikkingen in de sectorindeling kan verklaard worden, maar ook door een inhaalbeweging in de werkgelegenheid die aanzienlijk is in de jongste jaren. Het betreft hier cijfers voor Vlaamse Gemeenschap.¹⁵

¹⁵ Net zoals in het buitenland zijn deze statistieken nog volop in ontwikkeling, en gevoelig aan wijzigende sectorafbakening in opeenvolgende ad hoc analyses, anderzijds onder invloed van de wijzigende sectorafbakening in de NACE-indeling zelf.

Tabel 6.31 Evolutie van de tewerkstelling van zorgberoepen in de ziekenhuizen, ROB's en RVT's, de thuiszorg en de voorzieningen voor gehandicapten, 1995-2000 (1995=100), Vlaamse Gemeenschap, in index, in VTE

	Ziekenhuizen	Rusthuizen	Thuiszorg	Voorzieningen gehandicapten	Totaal
Verpleegkundigen	112,0	120,4	114,6		113,6
Verzorgenden	113,5	114,7	115,5		113,9
Kinesitherapeuten			116,1		116,1
Opvoeders				110,3	110,3
Maatschappelijk werk				104,3	104,3
Totaal	112,2	117,1	115,4	109,7	113,8

Bron: Pacolet e.a., 2003 en Deschamps M. & Pacolet J., 1999

3.1.4 Meer jobs staat voor meer zorg en meer kwaliteit

Deze cijfers over tewerkstelling zijn een belangwekkende indicator van de reële evolutie van de omvang van de verstrekte zorg, om niet te zeggen ook van de kwaliteit (betere omkadering is niet alleen een reactie op een gewijzigde zorgbehoefte van de patiënt, maar kan ook een betere zorg impliceren). Een tekortkoming aan deze informatie is dat zij niet altijd in VTE is, waarvan voor de zelfstandigen het enerzijds moeilijk is om een VTE te definiëren (maar het daalt vermoedelijk) terwijl ook voor de gesalarieerden er een aanzienlijke daling optrad in gemiddelde arbeidsduur, doordat men meer en meer deeltijds ging werken.

Een voorbeeld van de complexiteit is dat arbeidsduurvermindering enerzijds, bij vervangende aanwerving, een toename zal meebrengen van het aantal personeelsleden, maar niet van het werkvolume noch van het aantal verzorgde personen, en zal neerkomen op een prijsverhoging per gepresteerd uur, wat equivalent is voor een loonsverhoging. Dergelijke prijsverhoging moet in de prijseffecten geregistreerd worden. Daar is meer tewerkstelling in aantallen geen synoniem voor meer zorg, maar betere arbeidsvoorwaarden voor de zorg en om die reden misschien synoniem voor betere zorg.

3.2 Werkgelegenheidsperspectieven

3.2.1 Prognoses op korte termijn

De korte termijn prognoses van het Planbureau geven al een idee van de werkgelegenheidsevolutie in de zorgsector in de komende jaren. De cijfers worden in de tabel hierna toegevoegd aan de evolutie van de voorbije 20 jaar. In de volgende tabel en grafiek wordt het werkgelegenheidsaandeel ook gerelateerd met het aandeel in het BBP. Wanneer de zorgsector tussen 1975 en 2003 zal geëvolueerd zijn van 3,6 naar 11,4% van de totale werkgelegenheid (een

verdrievoudiging) zal het aandeel in de toegevoegde waarde maar verdubbeld zijn. Het illustreert nog maar eens het feit dat de globale sector (gezondheid en welzijn) niet gekenmerkt is door een prijsexplosie, maar vooral een volumegroei kende. De groeiende kloof tussen het aandeel van de toegevoegde waarde in het BBP en het aandeel in de tewerkstelling, is enerzijds te verklaren doordat in deze totale zorgsector het aandeel van de sociale sector toeneemt t.o.v. de typische gezondheidszorg, met ook lagere inkomens voor sectorspecifieke beroepen. Of dit de enige factor is voor dit verschil dient verder onderzocht te worden. Ook het aandeel van de productiefactor kapitaal (investeert men voldoende?) is de moeite waard om hier ook onderzocht te worden. Let ook op de sectorafbakening N en de toegevoegde waarde van sector N verschilt van gezondheidsbestedingen (ondermeer de farmaceutische sector is hier niet opgenomen).

Tabel 6.32 Evolutie van het aantal arbeidsplaatsen, België, 1980-2009, in duizend personen, in index (1980=100) en in groeipercentages (%)

	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2009
Binnenlandse werkgelegenheid	3 767,4	3 625,1	3 845,3	3 838,3	3 851,1	3 886,3	3 956,5	4 011,2	4 088,0	4 148,5	4 136,0	4 277,7
Index 1980=100	100,0	96,2	102,1	101,9	102,2	103,2	105,0	106,5	108,5	110,1	109,8	113,5
Jaarlijkse groei binnenlandse werkgelegenheid (%)		-0,77	1,19	-0,04	0,33	0,91	1,81	1,38	1,91	1,48	-0,30	0,48
1. Overheid	707,4	712,1	723,7	708,4	710,9	710	722,2	737,3	743,8	747,6	761,3	755,9
Jaarlijkse groei overheid (%)		0,13	0,32	-0,43	0,35	-0,13	1,72	2,09	0,88	0,51	1,83	-0,10
2. Ondernemingen	3 060,0	2 913,0	3 121,5	3 129,9	3 140,2	3 176,3	3 234,3	3 273,9	3 344,2	3 400,9	3 374,0	3 423,4
2.1 Loontrekkenden	2 448,5	2 276,2	2 446,1	2 430,2	2 436,1	2 473,9	2 537,3	2 581,3	2 656,1	2 718,1	2 694,6	2 755,6
Jaarlijkse groei loontrekkenden (%)		-1,45	1,45	-0,13	0,24	1,55	2,56	1,73	2,90	2,33	-0,86	0,84
Gezondheid en maatschappelijke dienstverlening*	175,5	200,9	245,3	272,6	279,2	289,6	297,9	311	325,9	346,4	355,1	436,9
Index 1980=100	100,0	114,5	139,8	155,3	159,1	165,0	169,7	177,2	185,7	197,4	202,3	248,9
2.2 Zelfstandigen	611,5	636,8	675,4	699,7	704,1	702,4	697	692,6	688,1	682,8	679,4	665,4
Jaarlijkse groei zelfstandigen (%)		0,81	1,18	0,71	0,63	-0,24	-0,77	-0,63	-0,65	-0,77	-0,50	-0,30
Gezondheid en maatschappelijke dienstverlening*	18,6	25,7	34,9	43,2	45,1	47,9	49,6	50,7	50,5	50,3	50,2	57,2
Index 1980=100	100,0	138,2	187,6	232,3	242,5	257,5	266,7	272,6	271,5	270,4	269,9	307,5
3. Totale werkgelegenheid	3 060,0	2 913,0	3 121,5	3 129,9	3 140,2	3 176,3	3 234,3	3 273,9	3 344,2	3 400,9	3 374,0	3 521,9
Gezondheid en maatschappelijke dienstverlening	194,1	226,7	280,2	315,8	324,3	337,5	347,5	361,7	376,4	396,7	405,3	494,1
Index 1980=100	100,0	116,8	144,4	162,7	167,1	173,9	179,0	186,3	193,9	204,4	208,8	254,6
Als % van totaal binnenlandse werkgelegenheid	5,2	6,3	7,3	8,2	8,4	8,7	8,8	9,0	9,2	9,6	9,8	11,6
Jaarlijkse groei gezondheid en maatschappelijke dienstverlening (%)		3,2	4,3	2,4	2,7	4,1	3,0	4,1	4,1	5,4	2,2	2,87
4. Beroepsbevolking	4 169,9	4 239,1	4 346,1	4 533,8								
Jaarlijkse groei beroepsbevolking (%)		0,33	0,50	0,85					4 738,4	4 829,4	4 829,4	5 002,8
									0,89	0,96	0,96	0,51

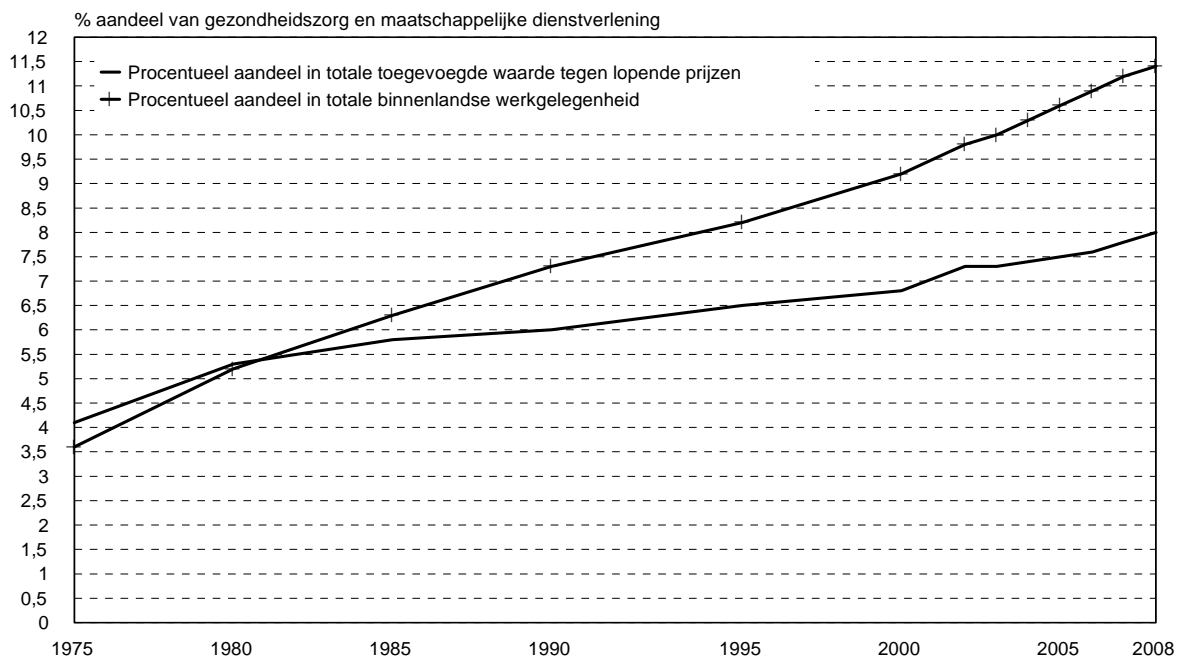
* Sector N van de NACE-classificatie; is een andere hergroepering die wij hierboven (tabel 6.28) konden maken van de zelfstandige werkgelegenheid op basis van de beroepsindeling van de RSVZ.

Bron: Economische vooruitzichten 2004-2009, Federaal Planbureau, 2004

Tabel 6.33 Evolutie in toegevoegde waarde, werkgelegenheid, totale uitgaven en arbeidsproductiviteit van de sector gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, België, 1975-2008

	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Procentueel aandeel in totale toegevoegde waarde tegen lopende prijzen	4,1	5,3	5,8	6	6,5	6,8	7,3	7,3	7,4	7,5	7,6	7,8	8
Procentueel aandeel in totale binnenlandse werkgelegenheid	3,6	5,2	6,3	7,3	8,2	9,2	9,8	10	10,3	10,6	10,9	11,2	11,4
Totale uitgaven als % van BBP volgens Studiecommissie voor de vergrijzing	6,4	6,4	7,2	7,4	8,7	8,8	9,1						
Totale bestedingen als % BBP volgens OESO-bron	4,0	4,4	4,6	5,0	5,5	5,6							
Overheidsbestedingen als % van BBP volgens OESO-bron							8,9	9,2					
		1976-1980	1981-1985	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2002						
Gemiddelde jaarlijkse groei van arbeidsproductiviteit in %	1,4		-1,3	1,6	-0,8	-1,4	-0,5						
		1971-1980	1981-1990	1991-2000	2001-2002								
Gemiddelde jaarlijkse groei van totale uitgaven gezondheidszorg volgens studiecommissie voor de vergrijzing	6,7		3,2	4,0	3,3								
Gemiddelde jaarlijkse groei van totale bestedingen volgens OESO-bron	7,9		3,0	3,5									
Gemiddelde jaarlijkse groei van overheidsbestedingen volgens OESO-bron	6,5		3,47	3,2									

Bron: Hoge Raad van Financiën, 2004, p. 86, p. 108, p. 116



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

Figuur 6.59 Evolutie in toegevoegde waarde en werkgelegenheid van de sector gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening, België, 1975-2008

3.2.2 Globale prognoses op middellange en lange termijn

Het is een merkwaardig sterke bevestiging van onze prognoses in de manpowerplanningstudies (Pacolet, Cattaert, Coudron, 2002) op basis van bevolkingscijfers. In volgende tabel geven wij de aannames van het Federaal Planbureau weer voor de evolutie van de (gezondheids-) zorgsector als % van het BBP. Het werkgelegenheidsaandeel definiëren wij op een constante verhouding t.o.v. het aandeel van het BBP (aandeel werkgelegenheid 11,1% t.o.v. aandeel BBP 8,6%), in werkelijkheid steeg het aandeel minder sterk dan het aandeel in de werkgelegenheid. Deze lange termijn prognoses van het Planbureau laten een onderschatting van de zorgevolutive vermoeden. In het verleden was immers de expansie van de groei maar in beperkte mate terug te brengen op een demografische component. Naar de toekomst toe lijkt dit de belangrijkste factor te zijn, afgezien van een evident 'trendvolgerschap' met de evolutie van het reëel BBP.

Tabel 6.34 Evolutie van de werkgelegenheid in de zorgsector in de langetermijnprognoses van het Federaal Planbureau, België, 2000-2030 en vergelijking met onze toekomstverkenning, Vlaanderen, 2000-2020

Uitgangspunten Federaal Planbureau					
Volume	BBP (reëel) index	Bevolking index	Werkgelegenheid index ¹	Gezondheidszorg als % BBP	als % werkgelegenheid ²
2000	100	100	100	8,6	11,1
2010	131	103	108	9,7	12,5
2020	134	104	109	10,7	13,8
2030	203	106	107	11,8	15,2

Omrekening naar tewerkstellingsvolume en evolutie werkgelegenheid zorgsector volgens 'Plus est en vous'						
	België (op basis van Federaal Planbureau)			Vlaanderen		
	Totaal werkgelegen- heid (in 1 000) ³	Zorgsector aantal (in 1 000) ⁴	Index (2000=100)	Totaal werkgelegen- heid (in 1 000) ⁵	Zorgberoepe n Plus est en vous (in 1 000)	Index (2000=100)
2000	3 913	4 34,3	100	1 923	131,8	100
2010	4 226	529,1	121,8	2 077	165,3	125,5
2020	4 265	589,0	135,6	2 096	189,2	143,6
2030	4 187	637,7	146,8	2 058		

(3) = situatie 2000 x (1)

(4) = (3) x (2)

(5) = situatie 2000 x (1)

Bron: Eigen raming HIVA op basis van M. Englert, e.a., 2003

De totale werkgelegenheid in totaal zou vanaf 2010 beginnen te stagneren, onder invloed van de beroepsbevolking. De toename van de werkgelegenheid zou dus, in vergelijking met de prognoses van het Planbureau tot 2007, nadien minder sterk stijgen. De toekomstverkenning van het Federaal Planbureau geeft ook de prognose voor de gezondheidszorguitgaven. Zoals boven geschetst, zou deze vooral stijgen onder invloed van demografie, en voor de rest gelijke tred houden (qua prijzen, verloning) met de reële evolutie van het BBP. Het aandeel van het BBP stijgt van 8,6% naar 11,8%. Wij hebben geen vergelijkingspunt voor het werkgelegenheidsaandeel. Wij veronderstellen hier een constante verhouding tussen het aandeel in het BBP en het aandeel zoals wij dat vinden in de middellange-termijnprognoses in de werkgelegenheid, die ook iets hoger is (tot die vaststelling komen wij ook in de satellietrekeningen; wel is de definitie maar bij benadering dezelfde). Het aandeel van de tewerkstelling in de zorgsector zou dan kunnen stijgen tot 13,8% in 2020. Wij nemen opnieuw de uitgangssituatie van 2000 in de middellange-termijnprognoses en trekken die door op basis van de groei-indexen in de langetermijnprognoses. De werkgelegenheid in de zorgsector

zou onder die hypothese index 135,6% bereiken in 2020. Voor Vlaanderen veronderstellen wij in 'Plus est en vous herbekeken' dat de werkgelegenheid van de zorgberoepen een index 144 heeft bereikt in 2020. Volgens onze berekening op basis van het Planbureau zou die index maar bereikt worden tien jaar later. Het bevestigt dat onze toekomstscenario's maximalistisch lijken, in vergelijking met het Planbureau. Wij berekenen even de verhouding van de zorgberoepen tot de totale tewerkstelling, in beeld gebracht in de mapowerplanningstudies van het HIVA-SESA, wat ongeveer neerkomt voor Vlaanderen op 5,2% van de beroepskrachten en 7% tegen 2020. Nog geen 2% van de totale werkende bevolking meer vinden voor de zorgsector kan toch geen onoverkoombare hindernis zijn? Tussen 1980 en 2000 steeg de werkgelegenheid in de zorgsector in België van 6 naar 11% van de arbeidskrachten, of 5% toename. Meer dan de helft hiervan zijn de zorgberoepen waarvan sprake in onze prognoses, dus ongeveer meer dan 2,5% van de beroepskrachten werd bijkomend als zorgberoep ingeschakeld. De uitdaging van de komende 20 jaar is, maximalistisch geschat, van dezelfde orde van grootte als wat gerealiseerd is in de voorbije twintig jaar. Dat is ook wat wij al elders concludeerden in aantallen. Het verleden greep plaats in een context van stabiel blijvende/dalende arbeidsmarktparticipatie; de toekomst zal er één moeten zijn van stijgende arbeidsmarktparticipatie. De economie zal de zorgsector nodig hebben om dit te kunnen realiseren.

3.2.3 'The sky is the limit'?

Elders formuleerden wij dat het Planbureau 'voorzichtig' is om de stijging van de kosten in te schatten, in de betekenis dat zij ze laag inschat. Het kan hoger uitvallen. Zo circuleren er thans in Nederland reeds toekomstverkenningen waarbij in 2025 22% van de werkgelegenheid in de zorgsector zou gesitueerd zijn, tegen nu 12% (M. van den Hauten, APE, 2004). In punt 3.2.5 merken wij op dat omgerekend naar VTE, en rekening houdende met de totale tewerkstelling van zowel gesalarieerden als zelfstandigen, het werkvolume in de zorgsector thans niet zoveel hoger is in Nederland in vergelijking met België (berekeningen op basis van Arbeidskrachtentelling-gegevens). De vraag is dan ook wat deze groeiprognoses voor Nederland in aantallen impliceren in werkvolume. Sommige prognoses komen tot een nog hoger percentage op langere termijn voor de zorguitgaven. In een seminarie in het Brookings Institution (25 maart 2004) werd een recent boek geïntroduceerd van David Cutler, Harvard University, voorheen economisch adviseur Clinton administratie: 'Your money or your life. Strong medicine for America's health care system'. In dit boek werd een illustratie gegeven hoe belangrijk deze wijzigingen kunnen zijn: 'In 1950, a half century ago, \$1 in every \$25 in the economy was spent on medical care. Today it is about \$1 in every \$7 in the economy and it is rapidly rising to soon going to be about \$1 in \$6; then going to be \$1 in \$5. If you look at projections for the next half century, the Medicare actuaries, when they are allowed to give you their projections, will tell

you that medical care will be about \$1 in every \$3 in the economy' (Brookings Institution, maart 2004). De rest van het verhaal gaat o.m. over de interpretatie van deze trends, o.m. dat zelfs ondanks deze aanzienlijke toename, 'the amount left over non-medical stuff will still increase' (cfr. onze illustraties van de Baumolstelling hierboven) en nog over het onlogische onderscheid dat 'when the information technology computer sector grows, we all applaud', maar 'when the health care sector does the same, that is bad'. De stelling is ook hier dat een rijkere wordende economie meer besteedt aan gezondheidszorg, daarbij nog meer overhoudt om andere goederen te consumeren, en ook bereid is meer te besteden aan zorg omdat zij ook, empirisch vast te stellen voor wie twijfelt, ('willingness to pay value of life'), meer waarde hecht aan gezondheid en hogere levensverwachting. Blijkbaar twijfelen sommigen wel: T.E. Mann (The Brookings Institution), over de titel van D. Cutler's boek ('Your money or your life'): I love that title. But remember how Jack Benny responded to it when confronted by the robber, he hesitated and said, "I'm thinking. I'm thinking" (Brookings Institution, 2004).

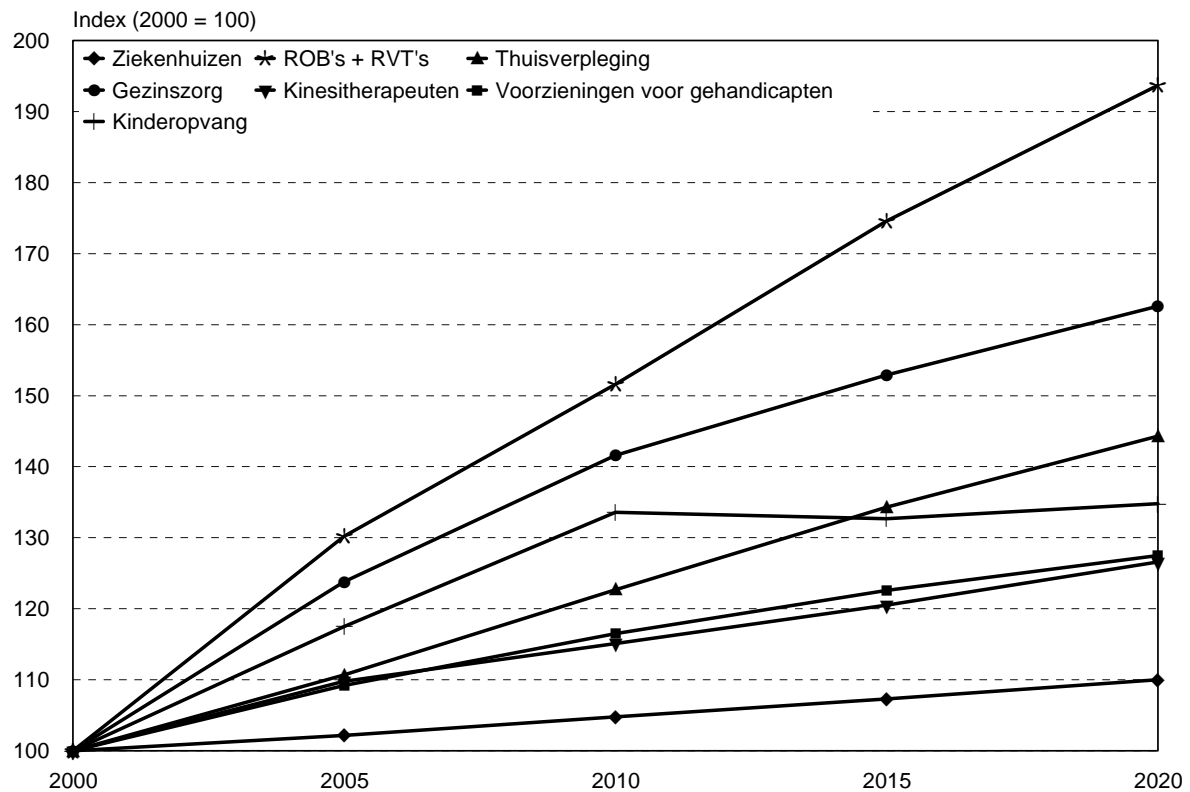
Wij twijfelen daar niet aan. In een recente gezondheidseconomische studie gingen wij ook in op de vaststelling dat de waarde van het mensenleven, en de 'willingness to pay' ook toeneemt naarmate men ouder wordt (Degreef, Pacolet, Bouten, 2003), een argument dat onvoldoende wordt gehanteerd in de discussie over de vermeende kost van de vergrijzing. Een voorbeeld hoe het in het maatschappelijk debat moet geïntroduceerd worden, is ook te vinden in een aantal bijdragen van R. Van den Ploeg in Nederland over de stijgende zorguitgaven. Noteer dat D. Cutler's seminarie in het Brookings Institution verder ging over mogelijkheden tot kostenbesparing en meer effectiviteit en efficiëntie, ondermeer ook door meer preventie, waar wij hier niet verder op ingaan.

De hoge ramingen in de hier geciteerde toekomstverkenningen zijn enkel ter illustratie dat zij hoger kunnen liggen dan wat voor België thans wordt aangenomen en die wij soms zelf als eerder maximalistisch omschrijven (wat wij doen in de manpowerplanning 'Plus est en vous herbekeken', Pacolet, Van De Putte, Cattaert, Coudron, 2001). Maar tegelijk kunnen steeds meer ook ramingen gevonden worden die de althans louter demografische impact lager inschatten. Een voorbeeld volgt hierachter.

3.2.4 Toekomstige evolutie naar subsectoren en beroepsgroep

In de synthese voor België van de manpowerplanningstudies van het HIVA en het SESA kunnen wij volgend overzicht vinden van de groeiverwachtingen voor de tewerkstelling van zorgpersoneel en dus mutadis mutandis van alle personeel, en ook de zorgkost, in een aantal zorgsectoren. Uiteenlopende hypothesen werden soms gehanteerd voor beide gemeenschappen, omdat soms van een ander vertrekpunt wordt gestart. De sterkste groei is voor de Vlaamse Gemeenschap voorzien voor de rusthuissector (bijna een verdubbeling van het personeel op

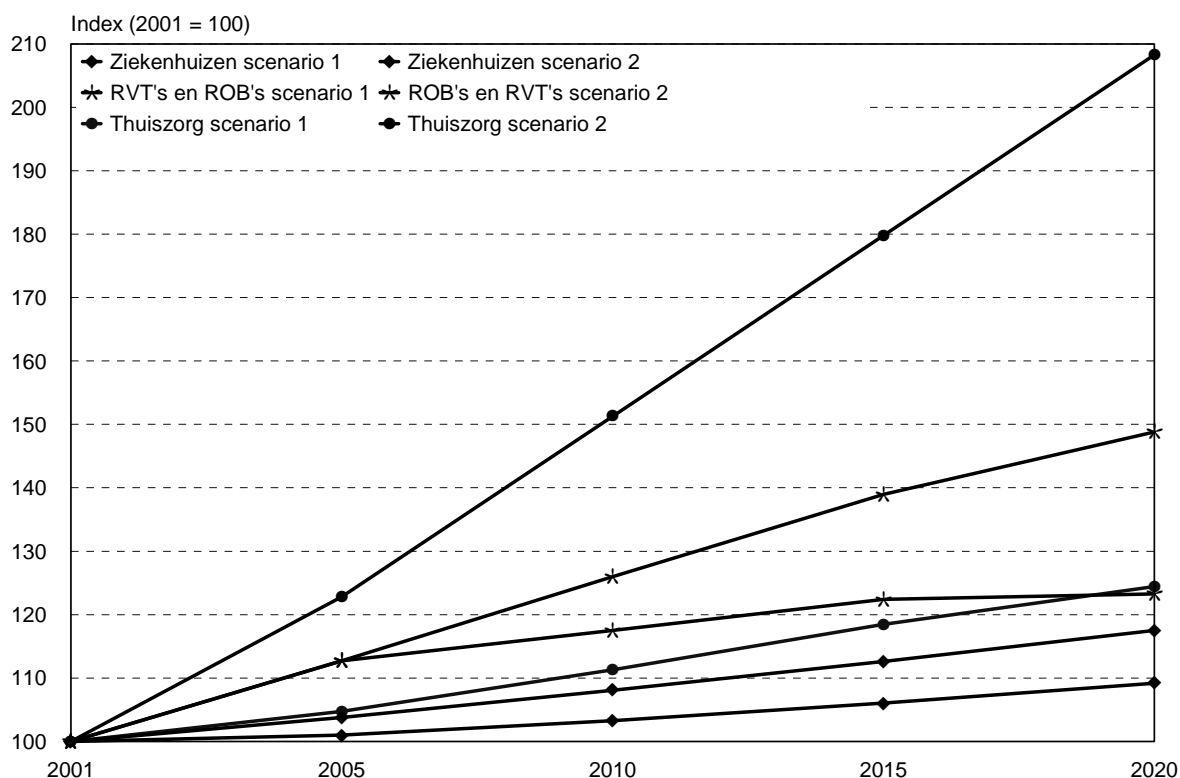
20 jaar), terwijl voor de Franse/Duitstalige Gemeenschap een groei in de thuiszorg vooral opvalt (ook een verdubbeling) terwijl de rusthuissector 'maar' 50% groeit op 20 jaar tijd.



* De prognoses zijn gebaseerd op het hoge scenario (scenario 2).

Bron: Pacolet, Leroy, Cattaert, Coudron, 2004

Figuur 6.60 Evolutie van het tewerkgesteld verplegend en verzorgend personeel (in VTE) in de verschillende sectoren, Vlaamse Gemeenschap, index (2000=100)



Bron: Pacolet, Leroy, Cattaert, Coudron, 2004

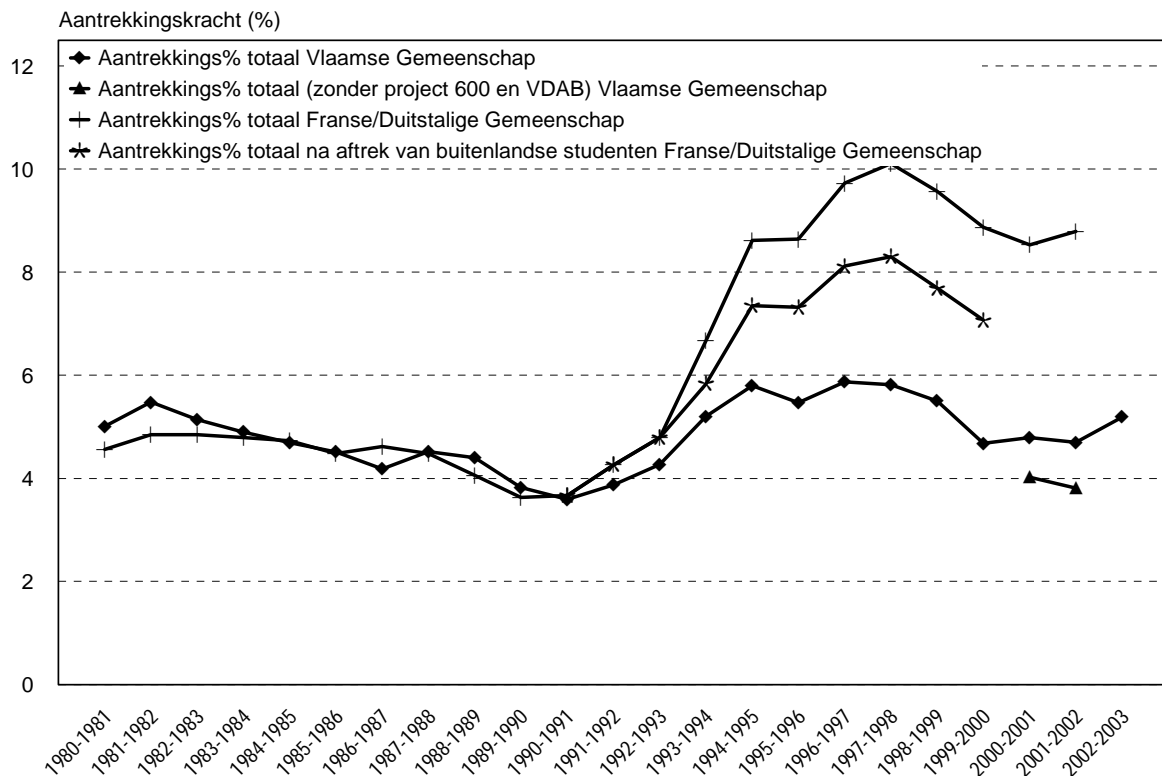
Figuur 6.61 Evolutie van het tewerkgesteld verplegend en verzorgend personeel in de verschillende sectoren (in VTE), Franse/Duitstalige Gemeenschap, index (2001 = 100)

Voor beide gemeenschappen wordt een groeipercentage van 10% genoteerd voor de ziekenhuissector, alhoewel voor de Franse/Duitstalige Gemeenschap nog een alternatief hoger scenario was voorzien. Het is een belangrijk deel van de totale zorgsector dat blijkbaar maar in beperkte mate zal stijgen. Voor Vlaanderen is zij bijvoorbeeld volledig gebaseerd op de extrapolatie van het huidige gebruik volgens het leeftijdsprofiel. Alternatieve scenario's zijn mogelijk, bijvoorbeeld een extrapolatie op basis van het gebruik van het ziekenhuis in de periode voor het overlijden. Een recente studie in het VK illustreert nog maar eens dat de ziekenhuisuitgaven voor de periode 2002-2026 geen 22% zouden toenemen, maar dat de groei gehalveerd wordt tot ongeveer 10% over 25 jaar indien men deze alternatieve methode gebruikt (M. Seshamani, A. Gray, 2004, p. 559). Het is een lagere groei dan wat wij bijvoorbeeld voor Vlaanderen aannemen. In hoofdstuk 4 van dit rapport berekenen X. Leroy en D. Delière dat bij de aanname van een soort generatie-effect (de gebruikspercentages worden naar de toekomst toe verlaagd door ze vijf jaar door te schuiven), de vraag naar rusthuizen aanzienlijk lager zou uitvallen. Globaal concludeerden wij in de mapowerplanning studies dat de vraag naar zorgarbeid de komende 20 jaar aanzienlijk zou toenemen, maar niet veel meer dan de groei die onze economie in het verleden reeds succesvol heeft opgevangen.

Deze voorbeelden illustreren dat toekomstverkenningen in de zorgsector nog niet zijn als weersvoorspellingen die dagelijks moeten gebeuren, maar zij moeten wel op frequente basis herzien worden, omdat de informatie over de gehanteerde parameters herzien wordt, en vaak ook beter wordt. Een belangrijke factor is evenwel gesitueerd in het aanbod van beroepskrachten.

3.2.5 Interesse voor het beroep of alvast voor de opleiding

Wij verwijzen naar de uitgebreide documentatie en de interpretatie van diverse evoluties in de zorgberoepen in de drie gemeenschappen van België. Bij wijze van voorbeeld geven wij de evolutie voor één belangrijke beroepsgroep in deze sector, m.n. de verpleegkundigen. De instroom van jongeren in een opleiding verpleegkunde wordt hier als indicator genomen. Wij zien dat, vergeleken met de jaren '80, de jaren '90 gekenmerkt zijn door een hoge aantrekkingskracht voor een opleiding verpleegkunde, in de Franse/Duitstalige Gemeenschap het dubbele, zelfs na correctie voor de buitenlandse studenten. Deze vaststellingen staan in schril contrast met de perceptie dat er minder interesse is voor de zorgberoepen. Indien dit peil naar de toekomst toe kan gehandhaafd worden, en daar moet het beleid wel naar streven, dan laten onze prognoses uitschijnen dat er voldoende beroepskrachten in België zullen kunnen gevonden worden.



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

Figuur 6.62 Evolutie van de aantrekkingskracht van de opleidingen tot verpleegkundige en vroedkundige (opleidingen in HO en 4de graad BSO), 1980-2003, naar gemeenschap

3.2.6 Tekorten of voldoende beroepskrachten voor de zorgsector?

Deze discussie is niet nieuw, en is soms verweven met de plaats van diverse beroepsgroepen in het geheel, soms ook beïnvloed door de discussie over de organisatie en financiering van de zorg, zodat enkel de feiten ons mogen tot conclusies laten leiden. Onze eigen toekomstverkenningen voor een aantal zorgberoepen, en de evaluatie van wat werkelijk gebeurde in het verleden en vandaag de dag, kunnen de toestand dedramatiseren:

- er is nog nooit zoveel personeel, en hooggekwalificeerd personeel tewerkgesteld in de sector;
- er is voor tal van opleidingen voor medische, paramedische en overige zorgberoepen nog nooit zo een hoge interesse geweest;
- zodat voor een aantal beroepen zelfs - en de discussie is niet afgesloten - numerus clausus werd ingesteld, of dat men rationalisering in de opleidingstructuur voorstelde (opleidingen kiné verdwenen in Vlaanderen, discussie over de rol van de opleiding vierde graad verpleegkunde enz.);

- de toename van de zorgsector is van recente datum, zodanig dat de sector nog een redelijke jonge beroepsbevolking kent die nog geruime tijd in de arbeidsmarkt zal blijven: de historische cijfers over uittrede uit de zorgsector, of pensionering zijn niet te extrapoleren naar de toekomst;
- ook is het debat over de taakverdeling tussen de diverse beroepsgroepen nog maar pas gestart: zowel de raakvlakken tussen de activiteiten van artsen en verpleegkundigen als tussen verpleegkundigen en verzorgenden/zorgkundigen is nog niet uitgeklaard;
- en worden tal van zogenaamd verontrustende signalen overroepen: men blijft trouw aan de zorgsector; de sector heeft aanzienlijke verbeteringen gekend in zijn loon- en arbeidsvoorwaarden en loopt bijvoorbeeld op het vlak van arbeidstijd voor oudere werknemers voorop op de rest van de economie en kan misschien zelfs als voorbeeldig omschreven worden (voor een uitgebreide discussie zie Pacolet, Leroy, Cattaert en Coudron, 2004).

Dit neemt niet weg dat de uitdaging van een adequate voorziening van beroepskrachten voor de zorgsector ernstig moet genomen worden. Dit betekent dat rantsoenering in de instroom dient vermeden te worden en op een dynamische manier en flexibel dient geïnterpreteerd te worden, zodat een ruime totale instroom voorzien moet worden op elk opleidingsniveau.

De transitie van een acuut zorgsysteem naar een groter gewicht van chronische zorg en ouderenzorg heeft belangrijke implicaties. In onze toekomstscenario's voor 2020 evenaarde het zorgpersoneel in de ouderenvoorzieningen al het zorgpersoneel in de ziekenhuissector, zonder dan nog rekening te houden met de wijzigingen in de structuur van de werkgelegenheid in de ziekenhuizen zelf. Veel meer personeelsleden zullen exclusief en intensief betrokken worden op de zorg voor ouderen en hun specifieke behoeften.

Wij concluderen in onze toekomstverkenningen dat het antwoord vooral zal liggen in het onderwijssysteem zelf dat over het hele gamma meer mogelijkheden zal moeten bieden voor zorgberoepen, van verzorgende, over diverse soorten verpleegkundig werk tot geneesheren specialisten. Een niet onbelangrijke groep komt al na het secundair onderwijs in deze sector terecht, of moet kunnen doorstromen naar gepaste opleidingen die slaagkans bieden voor de betrokkenen, en werkgelegenheidsperspectieven in een volwaardige en toekomstgerichte job.

Het debat hierover gebeurt ook weinig geïnformeerd. Evoluties in het buitenland, als ook die reeds voldoende geïnformeerd zijn, zijn niet blindweg te extrapoleren naar het binnenland. De levensloop van de zorgsector zelf, de algemene arbeidsmarkt, de mate dat een land een immigratieland is of niet, maken of men al dan niet een reserve heeft om beroepskrachten aan te trekken voor de zorgsector. Zo zullen in sommige landen als de Scandinavische landen, waar de sector reeds veel vroeger was uitgebouwd, zich vroeger - nu reeds - het probleem stellen van

de vervanging door nieuwe beroepskrachten. In België is dit nog minder aan de orde. Een aantal landen zijn van traditie immigratielanden geweest en is daar ook immigratie van zorgpersoneel uit het buitenland denkbaar. In België, maar ook tal van andere Europese landen, is het amper aan de orde. Toch zouden 10% van de Belgische artsen van buitenlandse oorsprong zijn- maar is dat niet het aandeel van de bevolking van buitenlandse origine?.

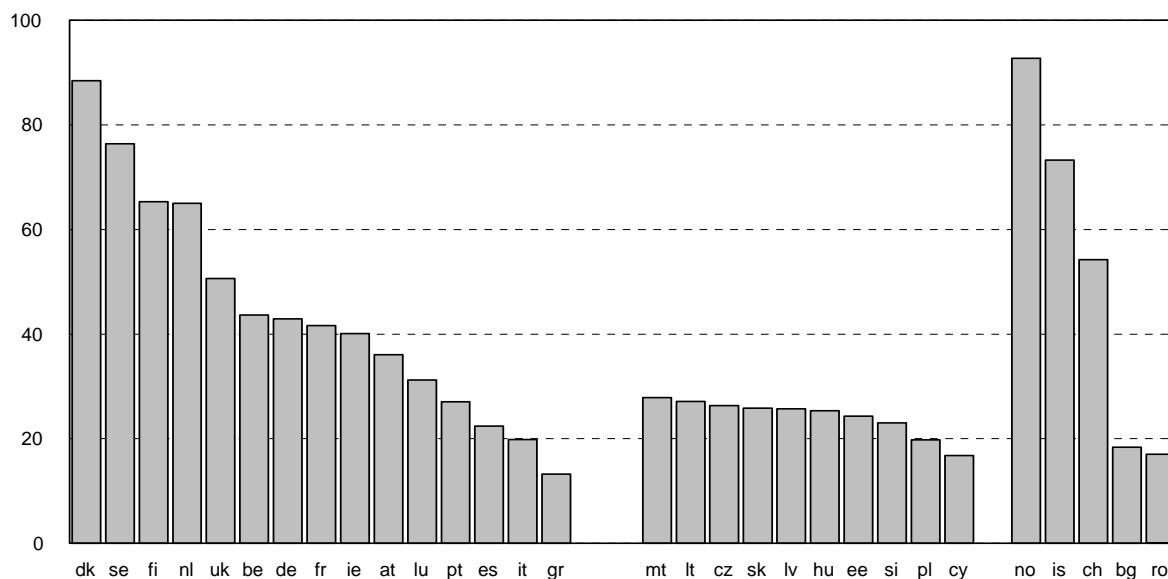
De beschikbaarheid van beroepskrachten is evenwel vooral afhankelijk van de ontwikkelingen in de arbeidsmarkt zelf. Wij kunnen hier niet ingaan op de evolutie in de arbeidsmarkt in het algemeen, maar willen enkel in herinnering brengen dat op dit moment de werkloosheid op een zeer hoog peil is gebleven, en dat de activiteitsgraad op een uitzonderlijk laag niveau ligt in vergelijking met andere Europese landen. Deze arbeidsmarktsituatie is het gevolg van de economische evolutie en van de industriële mutaties die arbeid blijven uitstoten, of activiteiten verschuiven naar andere regio's zodat de grootste uitdaging zal blijven voor de toekomst voldoende jobs te vinden om volledige werkgelegenheid te realiseren. Daarenboven zal in het licht van de betaalbaarheid van de pensioenen de activiteitsgraad vooral bij oudere beroepsbevolking verder moeten stijgen, in België meer dan in andere Europese landen, en riskeert men te statisch ook de projecties van de toekomst hieromtrent te interpreteren. Wanneer nu nog aarzelend verschuivingen in de fel verlaagde werkelijke pensioenleeftijd ter discussie worden gebracht, zal men op langere termijn ook de verschuiving van de wettelijke pensioenleeftijd moeten durven bespreken. Wie gezondheidszorguitgaven projecteert naar 2050 moet de gewijzigde feitelijke maar ook de werkelijke pensioenleeftijd naar de toekomst toe durven te projecteren. Want het debat daarover is al vandaag aan de orde gesteld, en zal ontegensprekelijk tegen dan gewijzigd zijn. Op korte termijn geven wij elders aan hoe dat volgens de prognoses van het Planbureau de groei van de werkgelegenheid in de zorgsector aanzienlijk is, maar dat de totale werkgelegenheid amper nog het stijgende aanbod van arbeidskrachten kan opvangen, zodat de werkloosheid, en ook de kost ervan, ongewijzigd blijft. Het bevestigt onze conclusies dat wij nog ver verwijderd zijn van volledige tewerkstelling, en dat de economie de zorgsector zal nodig hebben om deze te kunnen realiseren, eerder dan dat er tekorten zullen optreden aan beroepskrachten.

3.2.7 Uitbouw zorgtewerkstelling in Europees perspectief

Hieronder geven wij de meest recente informatie over de werkgelegenheid in de zorgsector (sector N van de NACE-classificatie), zowel in de gesalarieerde jobs als in de zelfstandige jobs. Wij rekenen de aantallen personen ook om naar VTE. Wij geven naast elkaar de oude en de nieuwe (EU25) lidstaten van de EU en de EVA-landen en nog twee kandidaat-lidstaten, die alle in de Eurostat-statistieken van de

arbeidskrachtentelling zijn te vinden. De Scandinavische landen en Nederland hebben de hoogste gesalarieerde tewerkstelling per 1 000 inwoners in de zorgsector. Voor de zelfstandige tewerkstelling is België evenwel de kampioen in de EU, gevolgd door Frankrijk. Dat wordt nog meer uitgesproken in VTE, waar België en Frankrijk blijkbaar ook kampioen zijn in meer voltijdse jobs voor zelfstandigen.

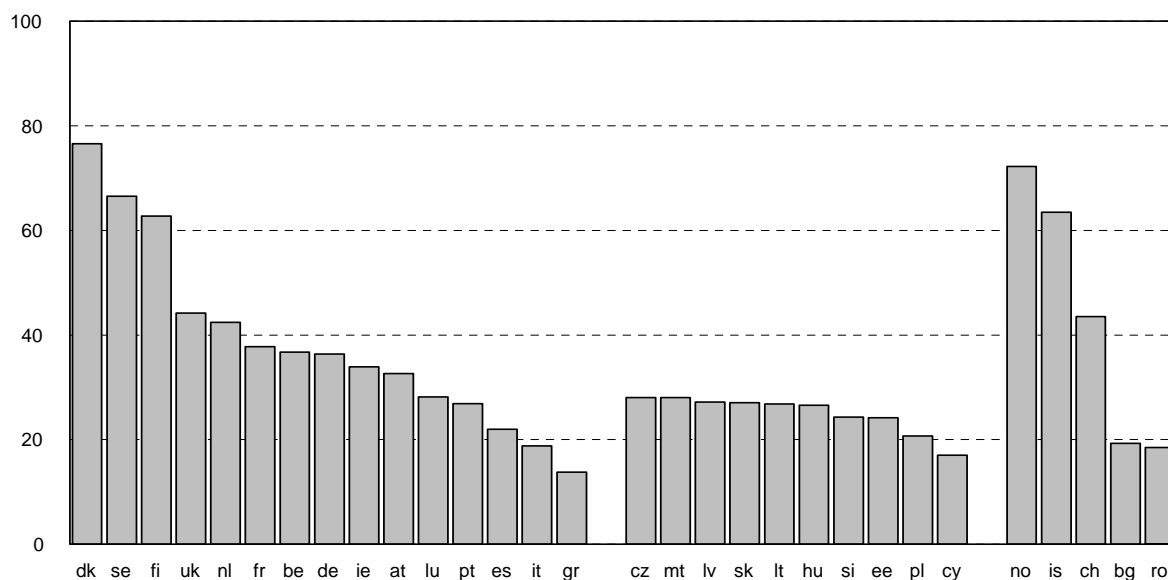
In internationaal perspectief sluit België aan bij de Scandinavische landen wat betreft de uitbouw van de quataire diensten waaronder gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Opvallend is dat België een relatief hoog aantal zelfstandigen tewerkgesteld heeft in deze sector, het hoogste blijkbaar van de EU en net iets minder hoog dan Zwitserland. Optelling van zowel de gesalarieerde als de zelfstandige arbeid, herbevestigt dat de Scandinavische landen (of beter de Noordse landen, want ook Finland komt in de lijst voor en hoort niet bij de Scandinavische landen) de hoogste tewerkstelling hebben in de zorgsector, maar dat ook Nederland hierbij hoort. Indien de cijfers herberekend worden naar VTE, dan blijven enkel de Noordse landen over met een afgetekend sterk uitgebouwde zorgsector, en komt Nederland, zelfs na het VK, in een middencategorie van landen, waartoe ook Zwitserland, Frankrijk en tenslotte ook België behoren. Gecorrigeerd voor deeltijds werk, ligt de tewerkstelling in de zorgsector niet zoveel hoger in Nederland als in België, en valt het op dat de werkgelegenheid in het VK zelfs hoger is, terwijl het niet zoveel lager is in Frankrijk. Frankrijk en België vallen in de EU op door hun hoog aandeel zelfstandige tewerkstelling. Merk ook op dat in de nieuwe lidstaten van de EU, maar ook nog in de oudere mediterrane lidstaten van de EU15, de werkgelegenheid relatief laag is. Het resultaat voor België, en de landen met een vergelijkbaar uitgebouwde zorgsector, en blijkbaar lager dan de Noordse landen, dient verder onderzocht te worden. Want in hoofdstuk 8 waar wij nader ingaan op een aantal landen, valt ons de ontevredenheid op in het maatschappelijke debat met de uitbouw van het zorgsysteem in Frankrijk en het VK. Frankrijk was er niet in gelukt om een ramp als de ouderensterfte door de hittegolf in 2003 te voorkomen; het VK vertrok van de vaststelling dat zij lange jaren achterop waren gebleven t.o.v. de rest van Europa in de groei van de zorg, en de modernisering van de infrastructuur (zie verder). Toch blijken deze landen net boven, en niet beneden de werkgelegenheid te zitten zoals deze in Nederland en België. Hebben deze landen dan ook reden tot een zeker onbehagen? Of is het alvast geen reden tot zelfgenoegzaamheid?



1. Italië en het Verenigd Koninkrijk: bevolkingscijfers 2001.
2. Nederland, Malta en IJsland: cijfers 2002.

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

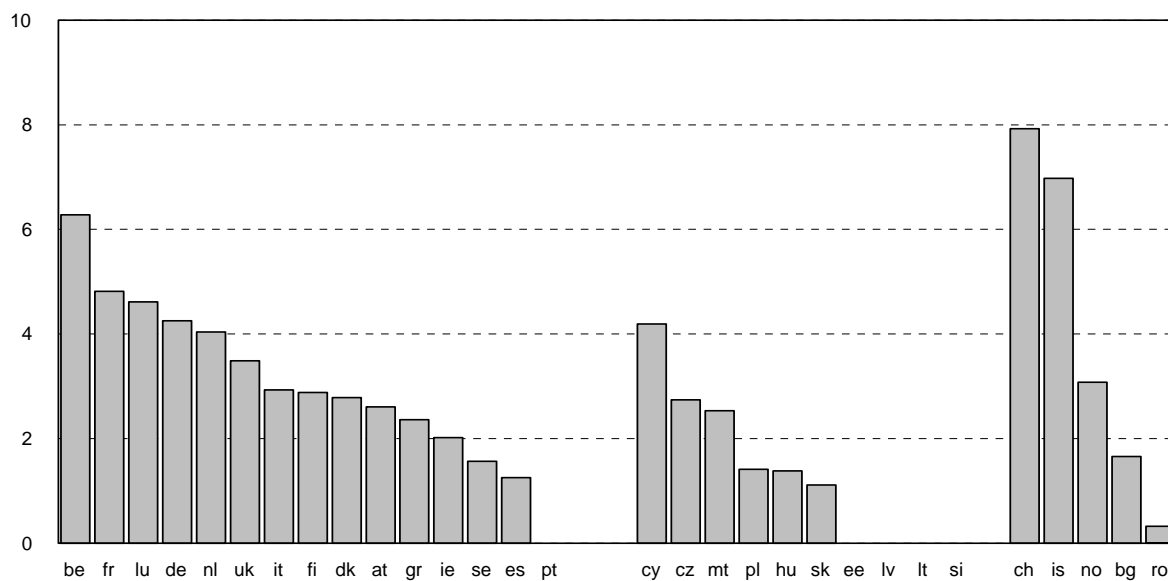
Figuur 6.63 Gesalarieerde tewerkstelling per 1 000 inwoners voor de sectoren gezondheid en welzijn in de verschillende Europese landen, 2003



1. Italië en het Verenigd Koninkrijk: bevolkingscijfers 2001.
2. Nederland, Malta en IJsland: cijfers 2002, Luxemburg: cijfers 2000

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

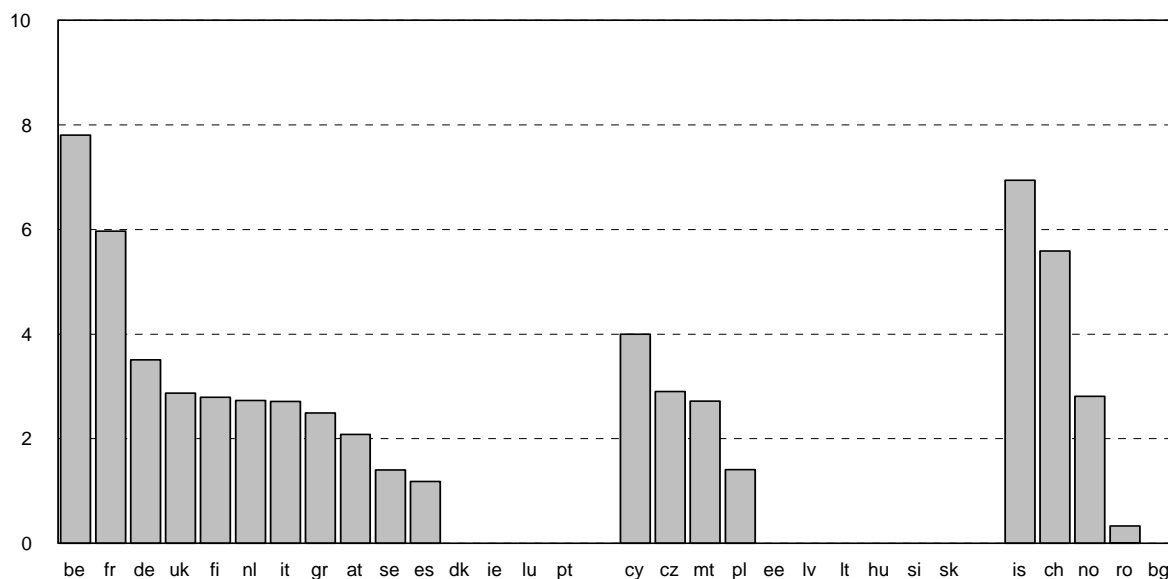
Figuur 6.64 Gesalarieerde tewerkstelling in VTE (gestandaardiseerd 38 uur) per 1 000 inwoners in de sectoren gezondheid en welzijn in de verschillende Europese landen, 2003



1. Nederland, Malta en IJsland:cijfers 2002; Luxemburg:cijfers 2000; Portugal, Estland, Letland, Litouwen en Slovenië:geen betrouwbare tewerkstellingscijfers beschikbaar.
2. Italië en het Verenigd Koninkrijk:bevolkingscijfers 2001.

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

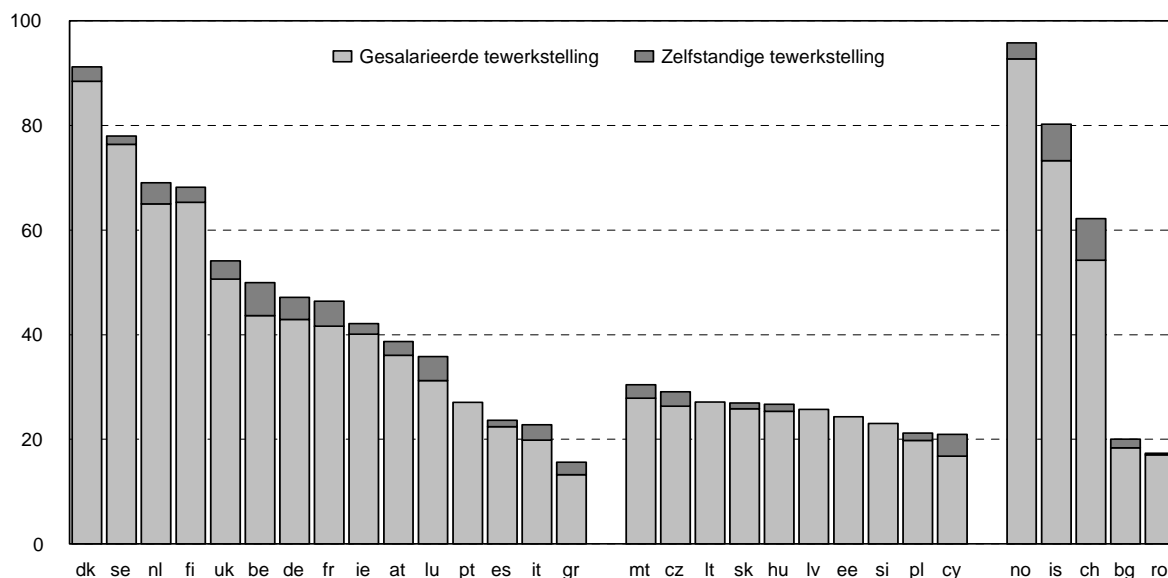
Figuur 6.65 Zelfstandige tewerkstelling per 1 000 inwoners voor de sectoren gezondheid en welzijn in de verschillende Europese landen, 2003



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

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

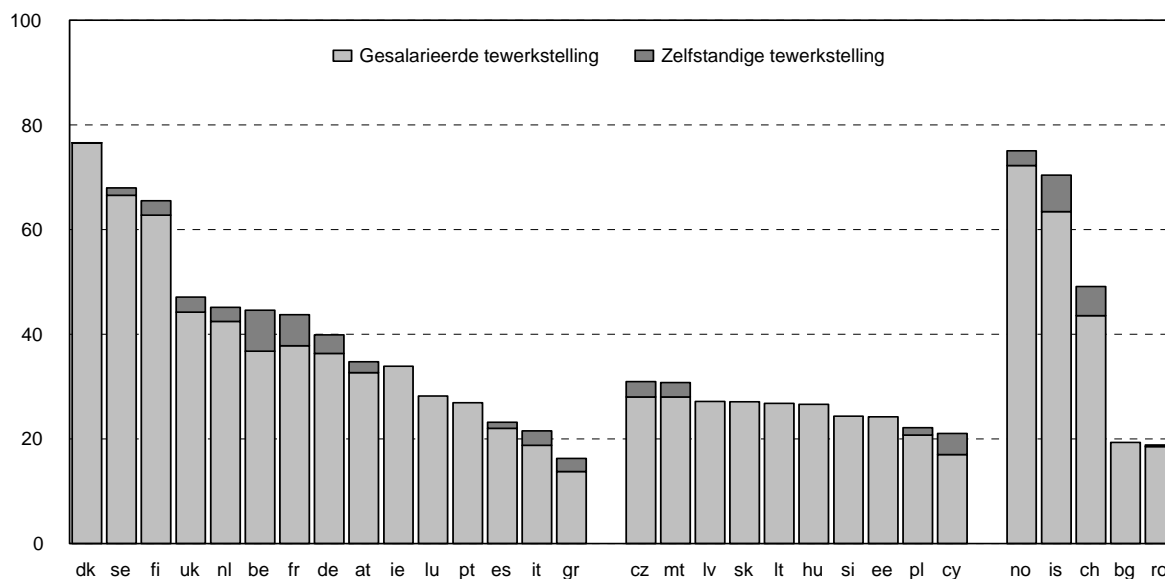
Figuur 6.66 Zelfstandige tewerkstelling in VTE (gestandaardiseerd 38 uur) per 1 000 inwoners in de sectoren gezondheid en welzijn in de verschillende Europese landen, 2003



1. Italië en het Verenigd Koninkrijk:bevolkingscijfers 2001
2. Nederland, Malta en IJsland:cijfers 2002

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

Figuur 6.67 Gesalarieerde en zelfstandige tewerkstelling per 1 000 inwoners in de sectoren gezondheid en welzijn in de verschillende Europese landen, 2003



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

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

Figuur 6.68 Gesalarieerde en zelfstandige tewerkstelling in VTE (gestandaardiseerd 38 uur) per 1 000 inwoners in de sectoren gezondheid en welzijn in de verschillende Europese landen, 2003

3.2.8 Conclusie

Zoals de zorgsector de voorbije kwarteeuw de motor is gebleken van jobcreatie, ziet het er naar uit dat ook in de toekomst de sector, ondermeer omwille van de veroudering van de bevolking, deze rol zal kunnen blijven verder zetten. Aangezien de grootste uitdaging van onze samenleving een verdere bestrijding van de werkloosheid zal zijn, en een verhoging van de arbeidsmarktparticipatie, zijn er in België (omdat de reserve groot is) geen aanwijzingen dat wij schaarste moeten vrezen. Wij moeten haar ook vermijden. Een beleid dat er op gericht blijft om een ruim onderwijsaanbod voor alle mogelijke opleidingen, van beroepsonderwijs tot de specialistische geneeskunde, open te houden is dan ook aangewezen. Dit zal ook garant staan voor het vermijden van knelpunten zodat onnodige prijsverhogingen die de zorg relatief duurder dreigen te maken, vermeden worden.

De uitbouw van de zorgsector, die in de Noordse landen • hoger ligt dan in onze contreien, roept vragen op zowel over de uitbouw ginder als hier. Dezelfde bedenking kan gemaakt worden als wij de bestedingen internationaal bekijken. Daar valt op dat de USA een uitgavenpercentage heeft dat aanzienlijk hoger ligt dan in België of de EU. Dit kan aan verschillende factoren te wijten zijn, maar wij moeten ons ook de vraag durven te stellen of ons zorgsysteem, waarover wij tevreden zijn, voldoende is uitgebouwd.

4. Professionele zorg én informele zorg

Een regelmatig terugkerende bezorgdheid is de beschikbaarheid van de mantelzorg, en de draagkracht van de mantelzorg en de vraag hoe dat men deze kan ondersteunen/ laat staan creëren.

De voornaamste zorg voor zorgbehoevende personen komt voornamelijk van de informele hulp. Sinds 1983 hebben wij op het HIVA herhaaldelijk de kost van de thuiszorg bekeken vanuit een 'holistische en patiëntcentrische visie' op het zorgproces. De patiënt stond in het midden van de informatieverzameling waarbij zijn afhankelijkheid en alle zorg rondom hem werd geregistreerd, dus ook de informele zorg. Zowel de tijd werd geregistreerd, evenals werd deze informele zorg ook in gemonetariseerde termen vertaald. In feite zou ook de zelfzorg daar een groeiende aandacht moeten gekregen hebben, wat ondermeer opviel bij de kostenstudie van MS-patiënten waar de behandeling en de aard van de aandoening gedurende het ziekteverloop aanzienlijke inspanningen voor revalidatie en zelfzorg omvatte.

Afhankelijkheid, professionele zorg en mantelzorg (misschien moet het ook zelfzorg zijn) worden ook de drie dimensies waarbij Eurostat tegenwoordig de 'afhankelijkheid' wenst in beeld te brengen. Wat leerden ons de vroegere Belgische/Vlaamse studies. De algemene observatie was dat in een gemiddelde thuiszorgsituatie in de jaren tachtig tegenover 1 dag professionele zorg (8 uur, voornamelijk -in tijd- gezinszorg en ook thuisverpleging) er doorgaans een voltijdse week of meer dan 40 uur informele zorg stond. Deze verhoudingen hebben wij nadien steeds teruggevonden, en soms nog op een hoger niveau. Zo was de omvang van de informele zorg voor thuiswonende demente bejaarden zelfs meer dan 60 uur, en in sterke mate te dragen door de voornaamste verzorger die hier vaak de reeds oudere en fragiele partner was. Deze verhoudingen zijn herbevestigd in het Qualidem-onderzoek, waar ook een vergelijking van deze informele zorg in de thuiszorg werd gemaakt met de intramurale zorg. Deze tegenstelling tussen de mantelzorg waarop geen maat staat in de thuiszorg, en soms vierentwintig uur op vierentwintig aanwezigheid veronderstelt, en de situatie in een instelling, valt op. Mantelzorg valt uiteraard/in belangrijke mate/per definitie misschien weg in de residentiële zorgsettings. Veel van de zorg moet dan door professionele krachten uitgevoerd worden. De institutionalisering is immers vaak het gevolg van het wegvallen van de mantelzorg thuis. De tijd en aandacht die geregistreerd kunnen worden in de thuiszorg, steken uiteraard schril af tegen de professionele tijd (soms is de aandacht wel collectief - het schaalvoordeel van de institutionele zorg) zodanig dat ook deze objectieve maatstaf ons duidelijk maakt waarom thuiszorg wordt verkozen. Wij illustreren het verder.

Twee belangrijke trends tonen zich internationaal en ook nationaal af, met name de groeiende aandacht voor een vergoeding van de informele zorg ('payment for care'/'care allowance') en de voorziening in zorgverlof.

In België respectievelijk Vlaanderen is deze ondersteuning aan de orde geweest naar aanleiding van discussies over tijdskrediet en de zorgverzekering.

Veel van de voornaamste verzorgerstaken komt evenwel van de partner, en financiële tegemoetkomingen (ondermeer bepleit door Zweifel, Zwitserland) kunnen de zorg niet creëren als deze partner er niet/niet meer is. Wij concludeerden vroeger reeds dat de mantelzorg er is of er niet is, en niet zo eenvoudig kan gecreëerd worden, en als de mantelzorger er is, neemt die doorgaans zijn verantwoordelijkheid ook op. Wij lezen dezelfde conclusie in de recente Thuiszorgkrant van de Werkgroep Thuisverzorgers Vlaanderen, (juli 2004, p. 1) 'Mantelzorg is er en zal altijd blijven'. Zo is voor deze werkgroep verdere ondersteuning (door betaalbaar houden van de zorg, door fiscale incentieven, door meer mogelijkheden van zorg en werk te combineren en door meer diensten die de mantelzorg ondersteunen) noodzakelijk, naast het reeds jaren gehouden pleidooi voor een statuut van de thuisverzorger. Recentelijk werd ook in Vlaanderen de 'discriminatie in de zorgverzekering' aan de orde gesteld – doelend op het blijven bestaan van een verschillend zorgforfait dat de zorgverzekering in de thuiszorg uitkeert (90 euro per maand) tegenover de tenlasteneming in de residentiële zorg (125 euro). Maar misschien verwijzen deze bedragen toch naar een verschil in kost en zijn ze dus verantwoord? In vergoeding geeft deze zorg effectief de indruk van institutionele zorg voor te trekken, maar in bereik van situaties is in alle geval de thuiszorgsector meer bereikt, en staan vandaag de budgetten voor beide zorgvormen op hetzelfde niveau (zie elders cijfers over de omvang van de zorgverzekering in Vlaanderen).

4.1 Beschikbaarheid van mantelzorg versus professionele zorg.

De beschikbaarheid van mantelzorg en de capaciteit tot zelfzorg zijn belangrijke determinanten voor het al dan niet gebruiken van het alternatief, met name de professionele zorg.

De vergelijking over bijna veertig jaar van de leefsituatieonderzoek bij bejaarden in Vlaanderen leert ons vooreerst dat er een lichte daling is van de alleenstaanden, terwijl er een substantiële stijging is van de ouderen die samen leven met de partner. Dalend is het aantal ouderen dat samenwoont alleen met kinderen (Audenaert, Vanderleyden, 2004, p. 85).

De vergelijking tussen 1985 en 2001 toont evenwel ook aan, en dat bleek reeds uit de dalende huishoudelijke invaliditeitsgraad, dat meer ouderen voor tal van voornamelijk huishoudelijke taken meer zelfredzaam worden, terwijl zij dit voor de meeste persoonlijke taken nog altijd zijn en blijven. Let wel: het is juist op deze

huishoudelijke taken, zelfs al stijgt de zelfredzaamheid, dat de hulpbehoefte groot is. De mantelzorg komt voornamelijk voor deze taken tussen en dat is dan vooreerst de partner, waarvan de hulp overigens stabiel is gebleven de voorbije 15 jaar. Dalend is de hulp gebleven van kind en schoonkind, die gelukkig opgevangen wordt door de gestegen zelfhulp. De gestegen zelfredzaamheid voor de huishoudelijke ADL heeft niet de partner ontlast, maar het zijn de kinderen en schoonkinderen die minder hebben moeten inspringen. Globaal genomen daalt de mantelzorg voor tal van huishoudelijke taken, maar niet noodzakelijk omdat zij niet beschikbaar zou zijn, maar omdat men meer zelfredzaam is. Professionele zorg stijgt voor de meeste van deze taken, behalve voor de was en strijk waar de zelfredzaamheid aanzienlijk is gestegen (effect van betere huishoudapparaten?) (Vanderleyden, Vanden Boer, 2004p. 168).

Tabel 6.35 Wie verricht meestal de persoonsverzorgende en de huishoudelijke activiteiten bij 65-plussers: een vergelijking tussen het leefsituatieonderzoek van 1985 (1) en 2001 (2)

	Aankleden en schoenen aantrekken	Dagelijkse lichaamshygiëne	Voetverzorging	Koffie of thee zetten	Warm maalklaarmaken	Licht huishoudelijk werk	Zwaar huishoudelijk werk	Was en/of strijk ¹	Vuilniszak buiten de deur zetten
Zelf	94	94	73	80	63	67	34	35	54
Iemand anders	6	5	26	21	48	33	65	65	60
Echtg/partner	3	2	5	15	30	21	23	23	38
Kind/schoonkind	2	1	5	3	11	6	21	22	16
Totaal mantelzorg ²	6	4	12	22	46	32	50	50	18
Verpleegster, verzorgende ³ , dienst warme maaltijden	1	3	3	1	4	1	8	1	15
Privé-kracht	*	*	12	*	1	1	9	16	9
Totaal professionele zorg ³	2	2	15	1	5	2	17	17	31

(1) Leefsituatieonderzoek van 1985: n = 1.478

(2) Leefsituatieonderzoek van 2001: n = 1.470

1 In 2001 werd de activiteit was en/of strijk afzonderlijk opgevraagd; de hier gepresteerde resultaten betreffen enkel de was doen

2 Het totaal van de mantelzorg en de professionele zorg overschrijdt het totaal vermeld onder 'iemand anders' aangezien meerdere hulpverleners konden worden vermeld

3 In het leefsituatieonderzoek van 1985 werd de benaming 'bejaardenhelpster/poetsvrouw' gebruikt

* 0,5% of minder

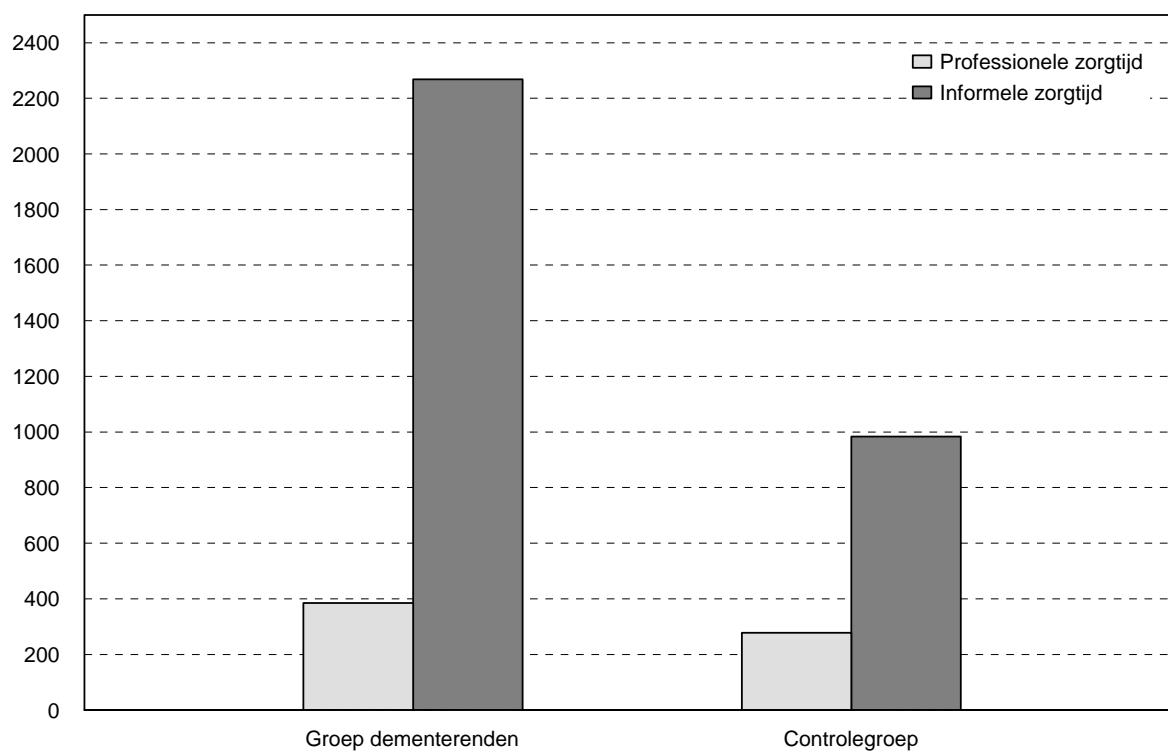
Bron: Vanderleyden, Vanden Boer, 2004, p.168

Herhaaldelijk stelden wij dat mantelzorg er is of er niet is, en dat deze moeilijk kan gecreëerd worden.

Het is misschien zelfs een te idyllische wijze van voorstelling om de 'afnemende buurtsolidariteit' te vermelden als oorzaak van toenemende behoefte aan professionele zorg (Hermesse, 329). Reeds in onze eerste studie over de kostprijs van de professionele en informele thuiszorg (Spinnewyn, Pacolet, 1983) bleek dat de last van de zorg vooral op de schouders neerkomt van de onmiddellijke omgeving, de partner, de dochter of schoondochter. Verdere kringen van verzorgers kwamen voor minder ingrijpende zorg in aanmerking, maar in alle geval niet zo frequent als soms vermoed of gewenst werd (ondermeer het vrijwilligerswerk). Ook het huidige LOVO-onderzoek toont dat deze ruimere kring van verzorgers voor minder personele zorg, de kernzorg, in aanmerking komt, maar eerder voor zachte behoeften als behoeften aan gezelschap en oppas. De meer intieme persoonszorg werd zelfs niet altijd verwacht van de familie, maar werd liever gevraagd aan de professionele krachten.

In meer recent onderzoek waaraan het HIVA meewerkte (EACH-project, Qualidem-project) bij personen met dementie, per definitie oudere patiënten met dus ook oudere partners, kwam nog meer aan het licht dat de zware zorglast neer kwam op steeds frelere schouders (zwaar in de betekenis van zowel omvang van zorgtijd, continue beschikbaarheid, als fysisch en psychische belasting). Deze zorglast bleek aanzienlijk (Pacolet, Hedebouw, Winters, 2001; Mislion, Pacolet en Hedebouw, 2002). In de hieronder geciteerde cijfers van een ruimere groep personen met dementie, werd dit recent gemeten op 36,6 uren per week informele zorg tegenover 6,7 uren professionele tijd. In een engere groep zwaar hulpbehoevende dementen was de informele zorg nog groter, tot 80 uur (Pacolet, Hedebouw, Winters) (zie tabel 6.35).

In onderstaande figuur wordt de omvang van de formele en informele zorg in beeld gebracht doorheen een aantal tijdsanalyses. Want al te weinig wordt ingegaan op de omvang van de zorgtijd, maar eerder op de aanwezigheid van mantelzorg.



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

Figuur 6.69 Gemiddelde professionele en informele zorgtijd bij dementerende personen in de thuiszorg, in minuten per week (2002)

Tabel 6.36 Gemiddelde professionele en informele zorgtijd bij dementerende personen in de thuiszorg, in minuten per week (2002)

	Controlegroep (n=48)	Groep dementerenden (n=28)	Sign. niv. F-waarde*	Pilootstudie ¹ (n=31)
Professionele zorgtijd:				
Gezinszorg en poetshulp	192	222	n.s.	307
Verpleegkundige	58	128	0,05	221
Maatschappelijk werk	12	0	n.s.	2
Kinesist	9	24	n.s.	75
Huisarts	7	11	n.s.	14
Andere	-	-		32
Totaal professionele zorgtijd	278	385	n.s.	651
Informele zorgtijd:				
Persoonlijke verzorging	36	198	0,001	1 802
Praktische hulp	174	696	0,001	1 650
Toezicht en gezelschap	774	1 374	n.s.	1 625
Totaal informele zorgtijd	984	2 268	0,05	5 077

¹ Pacolet J., Hedeboom G., Winters S. (2001), De kost van de zorg voor Alzheimerpatiënten in Vlaanderen en Europa. Resultaten van een pilootstudie in Vlaanderen, Finland, Griekenland, Ierland en Spanje. HIVA KU Leuven, Leuven

* n.s.:verschil is niet significant

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

Tabel 6.37 Gemiddelde professionele zorgtijd bij dementerende personen in de residentiële zorg, in minuten per week (2002)

	Controlegroep (n=22)	Groep dementerenden (n=99)	Sign. niv. F-waarde*
Verpleegkundigen & verzorgenden	409	568	0,10
Kinesist	41	39	n.s.
Huisarts	4	4	n.s.
Maatschappelijk werk	1	0	n.s.
Totaal	455	611	n.s.
Geschatte indirecte tijd voor onderhoud en keuken	262	262	
Totaal professionele tijd	717	873	

* n.s.:verschil is niet significant

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

Ook Jo De Cock (Kamer Van Volksvertegenwoordigers, 2004, p. 273) haalt het probleem aan van het feit dat 45% van de plus-tachtigjarigen alleen leeft en 10% in een instelling, terwijl veel oudere mensen vooral door de mantelzorg worden verzorgd en dit dikwijls zelf bejaarde mensen zijn. Uit het LOVO-onderzoek blijkt evenwel ook een grotere zelfredzaamheid bij de ouderen op het vlak van PADL en ook van HADL, zodat de situatie van zelfredzaamheid vermoedelijk langer denkbaar wordt.

Er is een verdichting van de mantelzorg bezig (nooit leefden gemiddeld zoveel generaties tegelijkertijd, en dit zal door de stijgende levensverwachting nog verder toenemen) en ook de directe beschikbaarheid van de eerste lijn in de mantelzorg, met name de partner, is toegenomen en zal verder toenemen.

Toch blijft het beleid uitgaan van de verschraling die het gevolg is van de gezinsverdunding. Maar zelfs met de grote gezinnen van weleer kwam de mantelzorg vaak op de schouders van één voornaamste verzorger neer. Verbeterde communicatie en mobiliteit zullen ook de beschikbaarheid gunstig beïnvloeden. Toch kan ook de mantelzorg onder druk komen.

Het beeld wordt soms opgehangen van de sandwichgeneratie voor deze mantelzorg, vrouwen geprangd tussen de dochter- en schoondochter-rol en taak voor de verzorging van de ouders, en de grootmoederrol voor de kleinkinderen. In de mate dat er een generatie vrouwen was die niet of niet meer beroepsactief was, was deze rol, indien zij al aanwezig was, gemakkelijker op te nemen. Naar de toekomst toe zal er nog een beroepsactiviteit verwacht worden van deze generatie zodat deze rol niet meer zal kunnen opgenomen worden. De verschuiving in de morbiditeit en hulpbehoevendheid van de ouderen naar een latere leeftijd zou wel kunnen meebrengen dat de hulpbehoevendheid van de ouderen pas volop aan de orde zal zijn naarmate deze vrouwen de pensioenleeftijd voorbij zijn.

‘Opnames wegens eenzaamheid, burn-out bij de mantelzorger, angst en onveiligheidsgevoelens bij de oudere persoon, kunnen gereduceerd worden, door een beleid gericht op de uitbouw van thuiszorgvoorzieningen en transmurale voorzieningen, bestemd zowel voor de zorgbehoevende oudere zelf als voor de mantelzorgers, om burn-out te vermijden’ (Breda en Wunsch, 2002, p. 255).

Toch stelt zich hier de vraag van de professionele ondersteuning van de mantelzorg, en de eventuele stimulering. Wij gingen in dit rapport reeds uitvoerig in op de professionele diensten.

In een recente studie van J. Van Steenberge zijn nog eens, voor Vlaanderen de diverse instrumenten in beeld gebracht die de mantelzorg aanmoedigen, met name via diverse vormen van zorgverlof.

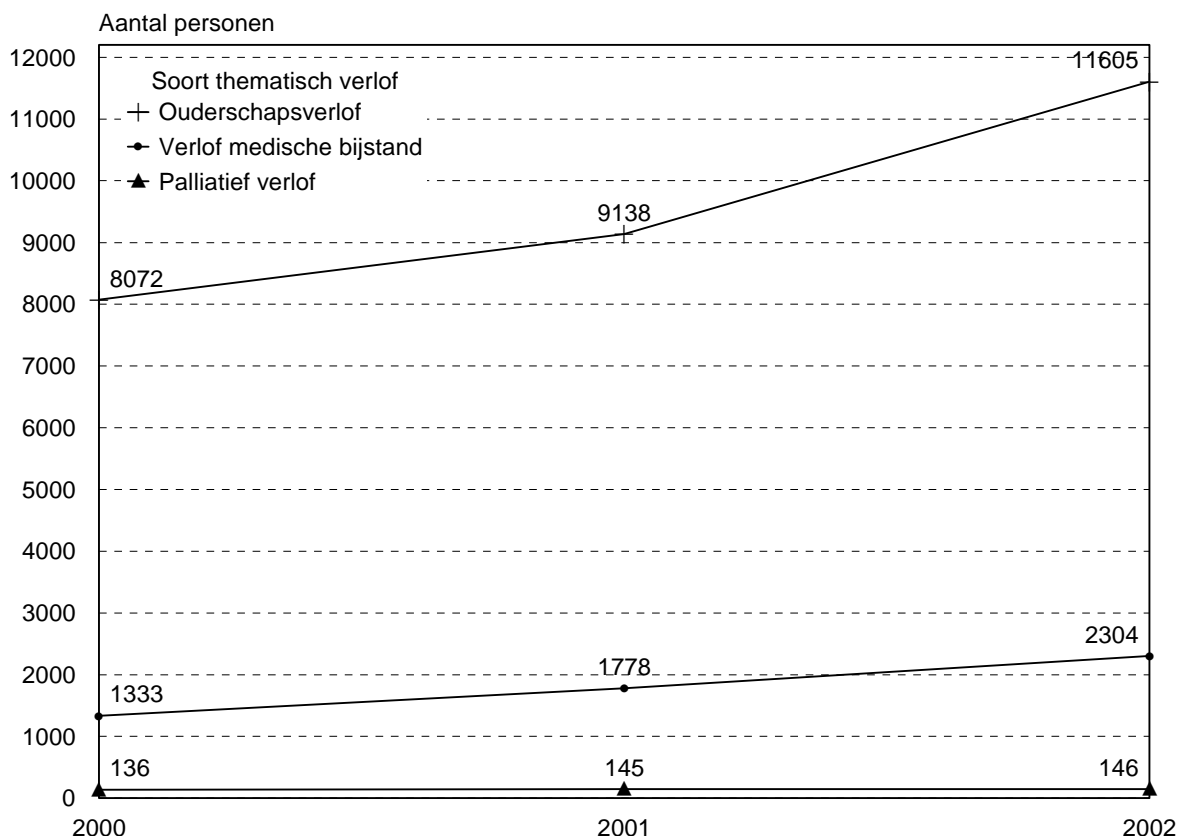
5. Het groeiende belang van verlofstelsels expliciet en impliciet gericht op betaling van zorg en vergoeding van mantelzorg

Er bestaan vandaag de dag heel wat mogelijkheden om met behoud van een inkomen de tewerkstelling te onderbreken om zorg te verlenen. Naast deze specifieke 'zorgvergoedingen' bestaan er ook andere verlofstelsels die kunnen worden genomen voor tal van redenen. Het gaat hier meerbepaald om de 'jaarlijkse vakantie', het 'verlof zonder wedde' en de 'deeltijdse arbeid'.

We bespreken hier de specifieke zorgvergoedingen die kunnen ingedeeld worden in vooreerst de vergoedingen voor de opvang en opvoeding van een kind en vervolgens de vergoedingen voor de verzorging van een zwaar ziek of palliatief gezinslid (zoals voorgesteld door Van Steenberge e.a., 2003). Deze drie verlofstelsels worden ook wel de 'thematische verloven' genoemd. Daarna komt het stelsel van tijdskrediet aan bod en lichten we in het kort de Vlaamse aanmoedigingspremies toe.

Het valt op dat het recht op deze vergoedingen wordt geopend naar aanleiding van situaties die extra zorg vragen. Of de betrokken werknemer de zorg ook daadwerkelijk uitvoert, is niet aan de orde.

Wanneer we naar de populariteit van de drie thematische verloven kijken (ouderschapsverlof, verlof voor medische bijstand en verlof voor palliatieve verzorging) zien we in onderstaande grafiek dat werknemers steeds beter hun weg ernaar vinden. Vooral het ouderschapsverlof is een populaire maatregel: in 2001 namen 11.605 personen ouderschapsverlof. Van Steenberge e.a. stellen ook vast dat vrouwen oververtegenwoordigd zijn. De grafiek illustreert ook het grote verschil in zorgverlofopname voor kinderen, en wij vragen ons zelfs af of, afgezien van het verschil in noodzaak, er ook niet een groot verschil in bereidheid is (Pacolet, Hedeboom, 2003, p.188) (zie ook Pacolet, Marchal, 2003).



Bron: Van Steenberge e.a., Zorgcongres 2003

Figuur 6.70 Overzicht van het aantal personen dat in 2000, 2001 en 2002 een thematisch verlof opnam

5.1 Vergoedingen voor de opvang en opvoeding van een kind

Bij de vergoedingen voor de opvang en opvoeding van een kind is er vooreerst het **zwangerschaps- en bevallingsverlof** van 15 weken waarop iedere moeder bij een gewone bevalling recht heeft. Aan dit verlof is een uitkering gekoppeld vanuit de ziekteverzekering. Naast dit verlof geniet de zwangere vrouw ook van ontslagbescherming.

Vanaf 1 juli 2002 heeft een werkneemster bij een voltijdse tewerkstelling ook recht op twee **borstvoedingspauzes** van een halfuur per werkdag tot 7 maanden na de geboorte van het kind. Voor deze periodes wordt de arbeidsovereenkomst geschorst en is er een vergoeding vanuit de ziekteverzekering voorzien.

Voor de vader is er het **vaderschapsverlof** dat onder de voorwaarden van het klein verlet of kort verzuim valt, en dat tot voor kort enkel bestond uit drie dagen die volledig door de werkgever moeten worden betaald. Sinds 1 juli 2002 heeft een werknemer het recht om gedurende 10 dagen afwezig te zijn en dit binnen de dertig dagen na de bevalling. De zeven extra dagen die worden toegekend,

worden vergoed vanuit de ziekteverzekering. Het vaderschapsverlof dient te worden opgenomen binnen de 30 dagen na de geboorte van het kind.

Deze regeling geldt eveneens sinds 1 juli 2002 voor zowel werknemers als werkneemsters bij het onthaal van een kind in het gezin in het kader van adoptie. Dit is dan het **adoptieverlof**.

Daarnaast is er het **sociale vaderschapsverlof**. Dit verlof wordt toegekend aan de vader wanneer het de moeder haar bevallingsverlof niet kon opnemen wegens haar overlijden of wegens haar langdurige hospitalisatie nadat de baby al naar huis mocht komen. Het sociale vaderschapsverlof bestaat uit de resterende dagen van het bevallingsverlof van de moeder.

Tot slot is er specifiek voor de opvang en opvoeding van het kind het **ouderschapsverlof**. Dit recht is sinds 1998 van toepassing voor alle werknemers uit de privé-sector mits deze aan een aantal voorwaarden voldoen zoals: het bewijzen dat men gedurende minimaal 12 maanden bij de werkgever werkt. Dit verlof kan worden opgenomen tot het vierde levensjaar van het kind en bestaat uit een voltijdse onderbreking van de arbeidsovereenkomst van 3 maanden. Het verlof kan ook opgesplitst of deeltijds worden opgenomen. De onderbrekingsvergoeding die men krijgt, wordt uitgekeerd door de R.V.A. en kan worden aangevuld door Vlaamse aanmoedigingspremies (cf. infra).

5.2 Vergoedingen voor de verzorging van een zwaar ziek of palliatief gezinslid

De **loopbaanonderbreking met het oog op het verlenen van bijstand of verzorging aan een zwaar ziek gezins- of familielid** is in voege vanaf 1998. Deze loopbaanonderbreking wordt ook wel de **loopbaanonderbreking voor medische bijstand** genoemd. Dit verlof is een recht van de werknemer. Wel dient men een bewijs te leveren dat het om een ernstige ziekte gaat (doktersattest) en dat men ofwel familielid is tot in de tweede graad ofwel met de zieke samenleeft. Dit verlof kan zowel volledig, halftijds (1/2) of deeltijds (1/5) worden opgenomen. Bij volledige opneming is de duur begrensd tot 12 maanden, bij deel- en halftijdse opneming is de duur beperkt tot 24 maanden. Tijdens deze loopbaanonderbreking is er een vergoeding van de R.V.A. die kan worden aangevuld door Vlaamse aanmoedigingspremies (cf. infra).

Naast de loopbaanonderbreking voor zieke gezins- of familieleden is er sinds 1995 ook de mogelijkheid tot **volledige of gedeeltelijke loopbaanonderbreking voor palliatieve verzorging**. Het is de arts die via een attest verklaart dat de werknemer de verzorging van een palliatieve persoon op zich zal nemen. De werknemer die loopbaanonderbreking wenst te nemen om deze palliatieve persoon te verzorgen dient geen familie van de betrokkene te zijn of dient er niet mee samen te leven. De loopbaanonderbreking kan volledig, deeltijds (1/5) of halftijds (1/2) worden opgenomen en dit voor maximaal 1 maand. De loopbaanonderbreking is eenmaal

verlengbaar voor een maand. Ook hier is een onderbrekingsvergoeding voorzien vanuit de R.V.A. die kan worden aangevuld met een Vlaamse aanmoedigingspremie (cf. infra).

5.3 Tijdskrediet

Het stelsel van **tijdskrediet** laat diverse mogelijkheden toe van arbeidsduurvermindering of -onderbreking. Er zijn diverse formules mogelijk naargelang de leeftijd (+ of - 50 jaar), het percentage van onderbreking, de anciënniteit in de onderneming en de anciënniteit als werknemer. Aan deze verschillende formules zijn er ook verschillende vergoedingen gekoppeld. Hierop dieper ingaan zou ons hier te ver leiden.

In principe heeft elke werknemer die aan de voorwaarden voldoet recht op het stelsel van tijdskrediet. Wel is het zo dat in een onderneming maximaal 5% van de werknemers het recht op tijdskrediet kan uitoefenen. Dit systeem laat toe dat er prioriteiten kunnen worden gegeven aan bepaalde aanvragen. Dit gebeurt door de ondernemingsraad. Wanneer dit niet door de ondernemingsraad werd vastgelegd of er is geen overeenstemming over, dient de wettelijke prioriteitenlijst te worden gevolgd:vooreerst krijgen de aanvragen voorrang van die werknemers die hun tijdskrediet wensen op te nemen voor de verzorging van een ziek of palliatief gezins- of familielid. Vervolgens wordt de voorrang gegeven aan gezinnen met kinderen waarvan beide ouders werken of waarbij het om een éénoudergezin gaat. Door deze prioriteitenlijst wordt er dus wel voorrang gegeven aan diegenen die het tijdskrediet willen gebruiken voor zorgverlening.

5.4 Vlaamse aanmoedigingspremies

Werknemers die een loopbaanonderbreking of tijdskrediet opnemen kunnen onder bepaalde voorwaarden een bijkomende aanmoedigingspremie ontvangen van de Vlaamse overheid. Er wordt in deze aanmoedigingspremies een onderscheid gemaakt naargelang de sector waarin ze worden toegekend:de openbare sector, de privé-sector en de Vlaamse social profit sector. In de volgende bespreking focussen we ons op die premies die kunnen worden opgenomen voor het verlenen van zorg (Vlaamse Gemeenschap, 2004).

De **Vlaamse aanmoedigingspremie van de openbare sector** (o.a. personeel van de Vlaamse gemeenschap, de lokale en provinciale besturen,..) werd ingevoerd in 1995 en kan voor maximaal 2 jaar worden toegekend. De toegekende premies zijn afhankelijk van het onderbrekingspercentage en van de arbeidsregeling waarin het personeelslid vooraf was tewerkgesteld.

De **Vlaamse aanmoedigingspremie van de privé-sector** wordt momenteel geregeld door een Besluit van de Vlaamse regering van 1 maart 2002, en kan onderverdeeld worden in drie modules:

- de aanmoedigingspremie bij opleidingskrediet;
- de aanmoedigingspremie bij zorgkrediet;
- de aanmoedigingspremie voor werknemers van een onderneming in moeilijkheden.

De *aanmoedigingspremie bij zorgkrediet* kan worden uitgekeerd aan een werknemer wanneer deze een van de zes volgende federale verloven opneemt:

- ouderschapsverlof;
- verlof voor verzorging van een zwaar ziek familie- of gezinslid;
- palliatief verlof;
- tijdskrediet voor de opvoeding van een kind jonger dan 18 jaar;
- tijdskrediet voor de verzorging van bejaarde ouders (ouder dan 70 jaar);
- tijdskrediet voor de verzorging van een zwaar ziek gezins- of familielid of een persoon die ongeneeslijk ziek is.

Sinds 2001 is voor de werknemers uit de Vlaamse social profit sector de **Vlaamse aanmoedigingspremie van de social profit sector** van toepassing. Dit aparte stelsel heeft tot doel de tewerkstelling in deze sector aantrekkelijker te maken. De premiebedragen liggen aanzienlijk hoger dan deze die in de regeling voor de privé-sector van toepassing zijn. Anderzijds is het ook zo dat de voorwaarden om in aanmerking te komen voor deze aanmoedigingspremie strikter zijn. Er zijn vijf types van krediet met bijhorende aanmoedigingspremie voorzien:

- het zorgkrediet (bij ouderschapsverlof, verlof voor medische bijstand of palliatief verlof);
- het loopbaankrediet (voor 50-plussers die meer dan 5 jaar in de sector werken en volledige loopbaanonderbreking nemen);
- de landingsbanen (voor 50-plussers die minder gaan werken tot de pensioenleeftijd);
- het opleidingskrediet;
- steun voor werknemers van ondernemingen in moeilijkheden.

5.5 Vergoedingen betaald ter ondersteuning van de (mantel)zorg

Naast het opnemen van bovengenoemde verloven en het verkrijgen van de daaraan gekoppelde vergoedingen, kunnen er ook specifieke tegemoetkomingen worden uitbetaald ter ondersteuning van de mantelzorg of de geleverde hulp van derden.

5.5.1 Federale vergoedingen

5.5.1.1 De tegemoetkoming hulp aan bejaarden

De **tegemoetkoming hulp aan bejaarden** (THAB) wordt toegekend aan personen die minstens 65 jaar oud zijn en een vermindering van de zelfredzaamheid

vertonen. Deze vermindering van zelfredzaamheid wordt vastgesteld door een controlearts van het ministerie van Sociale Voorzorg aan de hand van een meetschaal die ook wordt gehanteerd voor het berekenen van de integratietegemoetkoming voor gehandicapten. Naast de graad van zorgbehoevendheid, speelt ook de inkomenssituatie van de oudere zelf alsook de inkomenssituatie van diegenen die met hem samenwoont mee voor de bepaling van de hoogte van de tegemoetkoming.

In tabel 5.1 illustreren wij dat het systeem de voorbije 10 jaar aanzienlijk werd verbeterd zodat meer ouderen met een hogere vergoeding werden bereikt. In 2003 genoten 90 939 personen van dit systeem. In datzelfde jaar werd de inkomensgrens nog versoepeld zodat de vergoeding verder steeg en werd de vermindering met $2/3^{\text{de}}$ wegens verblijf in een instelling afgeschaft. Alleen al die maatregel betrof voor de betrokkene een extra voordeel van, 294,43 euro per maand (persbericht Greet Van Gool, 21 oktober 2002). Tussen 2002 en 2003 steeg het budget voor deze tegemoetkoming met 100 miljoen euro (zie tabel 6.2).

5.5.1.2 Vergoedingen in het kader van de 'maatregelen chronische zieken'

Mede onder het impuls van het Algemeen Verslag over de armoede dat in 1994 onder de auspiciën van de regering tot stand werd gebracht door de Koning Boudewijnstichting, werden in de jaren '90 een aantal maatregelen genomen of aangepast die tot doel hadden de administratieve en financiële toegankelijkheid van de verzekering voor geneeskundige verzorging te verbeteren. De maatregelen die specifiek voor chronisch zieken werden genomen, maken deel uit van die beweging en moeten in dit kader worden geplaatst (Marcelis, 2004).

Zo werd in 1998 het **forfait chronische zieken** - ook het **zorgforfait** genoemd - ingevoerd ter compensatie van de hoge medische kosten van sommige chronische zieken. Dit forfait bedraagt 248 euro per jaar en kan worden bekomen wanneer men tijdens twee opeenvolgende jaren meer dan 323 euro aan remgelden heeft betaald en wanneer men kan aantonen dat men aangewezen is op de hulp van anderen. In 2003 kregen zo'n 195 000 chronische zieken dit forfait (Vigneul, 2004).

5.5.1.3 De vergoeding 'hulp van derden' van het RIZIV

De vergoeding **hulp van derden** van het RIZIV, ook genoemd de **vergoeding voor de behoefte aan andermans hulp**, wordt toegekend wanneer men 11 punten scoort op de schaal van zelfredzaamheid en wanneer men recht heeft op een uitkering van de ziekteverzekering wegens arbeidsongeschiktheid.

Afhankelijk van de gezinssituatie en van de duur van de arbeidsongeschiktheid (primaire arbeidsongeschiktheid of invaliditeit) kan men een maandelijks forfaitair bedrag krijgen bovenop de ziekte-uitkering (in 2002 zo'n 125 euro) of kan de ziekte-uitkering worden opgetrokken van 40% naar 65% van het vroegere loon (CM, 2002).

Ook bij de uitkeringen van het Fonds voor Arbeidsongevallen en het Fonds voor Beroepsziekten bestaat de mogelijkheid om een verhoging van de uitkering te krijgen wanneer men hulp nodig heeft van derden.

5.5.2 De Vlaamse zorgverzekering

In 2002 werd in Vlaanderen de **Vlaamse zorgverzekering** geïntroduceerd, de eerste publiek verplichte verzekering voor zorg, die ook als eerste een vergoeding voorzag voor de zorg uitgevoerd door een mantelzorger. In de thuiszorg kreeg een persoon voor mantelzorg een vergoeding van 75 euro per maand, voor professionele zorg en hulpmiddelen kreeg men een vergoeding van 85 euro. Wanneer een zorgbehoevende beroep deed op beide, werd een vergoeding van 125 euro per maand uitgekeerd.

Ondertussen werd het systeem aangepast en is er voor de thuiszorg (ongeacht men beroep doet op mantelzorg en/of professionele zorg) een vergoeding voorzien van 90 euro per maand. Ook voor de residentiële ouderenzorg is er nu een vergoeding voorzien: al wie in een ROB of RVT verblijft, kan sinds 1 april 2004 genieten van een maandelijkse vergoeding van 125 euro per maand, en dit voor alle zorgafhankelijkheidstoestanden.

5.5.3 Premies van lokale overheden

Diverse provincies, gemeenten en/of OCMW's keren maandelijkse of jaarlijkse premies uit voor de vergoeding van mantelzorg. Deze kunnen onder diverse namen voorkomen: **thuiszorgpremie**, **mantelzorgtoelage**,... . De voorwaarden kunnen erg verschillen van gemeente tot gemeente of van provincie tot provincie.

Meestal gaat het om een combinatie van voorwaarden inzake inkomen en zorgafhankelijkheid. De premie kan zowel worden uitbetaald aan de zorgbehoevende zelf (die dan vrij kan beslissen aan wat hij de premie besteedt) of kan ook rechtstreeks aan de mantelzorger van de zorgbehoevende zelf worden uitgekeerd. Vaak kunnen de gemeentelijke en provinciale premies gecumuleerd worden. Ook gebeurt het dat de premies enkel worden toegekend wanneer men (net) niet voor de zorgverzekering in aanmerking komt.

5.5.4 Premies of vergoedingen van privé-instanties

In het verleden hadden ook diverse ziekenfondsen **thuiszorgpremies** of **mantelzorgpremies**. De meeste van de ziekenfondsen hebben deze premies echter afgeschaft bij de invoering van de Vlaamse zorgverzekering in 2001.

5.6 In cash versus in kind of nieuwe alternatieven

Het theoretische uitgangspunt leerde ons dat de zorg kan gefinancierd worden door de overheid door een rechtstreekse financiering van de diensten die in natura (in kind) aan de zorgbehoevende worden verstrekt. Het alternatief is dat men, bijvoorbeeld in functie van een bepaalde graad van hulpbehoevendheid een bepaalde tegemoetkoming in geld uitkeert, 'in cash'. De term is gekenmerkt door een zekere dubbelzinnigheid, omdat in het algemeen overzicht van de sociale bescherming de in cash tegemoetkomingen ook kunnen staan voor alle vormen van vervangingsinkomens, al dan niet rekening houdend met de hulpbehoevendheid. Nieuwe vormen van tegemoetkomingen zijn vergoedingen voor de informele zorg, betaald aan de hulpbehoevende of de voornaamste verzorger. In feite is dit een monetarisering en misschien zelfs professionalisering van de informele zorg, die aan diverse voorwaarden kan onderworpen worden. Tenslotte is de vergoeding in cash ook het toekennen van een budget aan de zorgbehoevende waarmee hij de zorg kan inkopen of finaal beslissen dat hij zich zal behelpen met zelfzorg of mantelzorg. Om de besteding enigszins te sturen, maar dan zit men terug in een vorm van 'in kind' objectfinanciering waarvan men juist vindt dat zij te betuttelend is, en misschien zelfs te duur, kan men een systeem van 'vouchers' of cheques bedenken die alleen voor de aankoop van bepaalde diensten kan gebruikt worden. In Vlaanderen is vooral vanuit de zorg voor personen met een handicap een beweging op gang gekomen die vormen van budgetfinanciering (Persoonlijk Assistentiebudget PAB en Persoonsgebonden Budget PGB) wenst te promoten. Het kan ook in de ouderenzorg aan belang winnen, alhoewel wij van oordeel zijn dat o.m. met de forfaits in de thuisverpleging en in de rusthuizen, men reeds de facto gevorderd is in deze richting. De sector zelf vraagt zelfs eerder een financiering in een andere richting, m.n. een instellingsfinanciering of een financiering van een dienst voor thuisverpleging. Internationaal worden deze nieuwe financieringsformules, die hangen tussen 'in cash' en 'in kind' opgehemeld omdat zij een grotere patiëntgerichtheid impliceren en een autonomie en consumentensoevereiniteit (empowerment?) zou impliceren. Wij hebben hierover onze twijfels maar ook dit zou verder kunnen onderzocht worden.

6. De uitbouw van de zorgverzekering in België en Vlaanderen in Europees perspectief

6.1 Langdurige zorg een onderverzekerd risico

Van in het begin van de jaren negentig komt Europees een beweging op gang om de zogenaamde 'long term care insurance' aan de orde te stellen. De ontwikkeling van voorzieningen voor de ouderen is in de verschillende Europese landen uit-

eenlopend, parallel met de uitbouw van de verzorgingsstaat in globo, maar ook afwijkend daarvan. Zo werd in sommige landen als Duitsland vastgesteld dat de voorzieningen onvoldoende uitgebouwd zijn, in andere landen (ondermeer België) valt vooral in de residentiële zorg een grote eigen verantwoordelijkheid op van de bewoners in de financiering van de zorg. In nog andere landen is de langdurige zorg expliciet of impliciet opgenomen in bestaande systemen van financiering van de gezondheids- of welzijnszorg, maar stellen zich op lange termijn de problemen van financiering. In alle landen groeit het bewustzijn van de toenemende vergrijzing en de budgettaire kost daarvan.

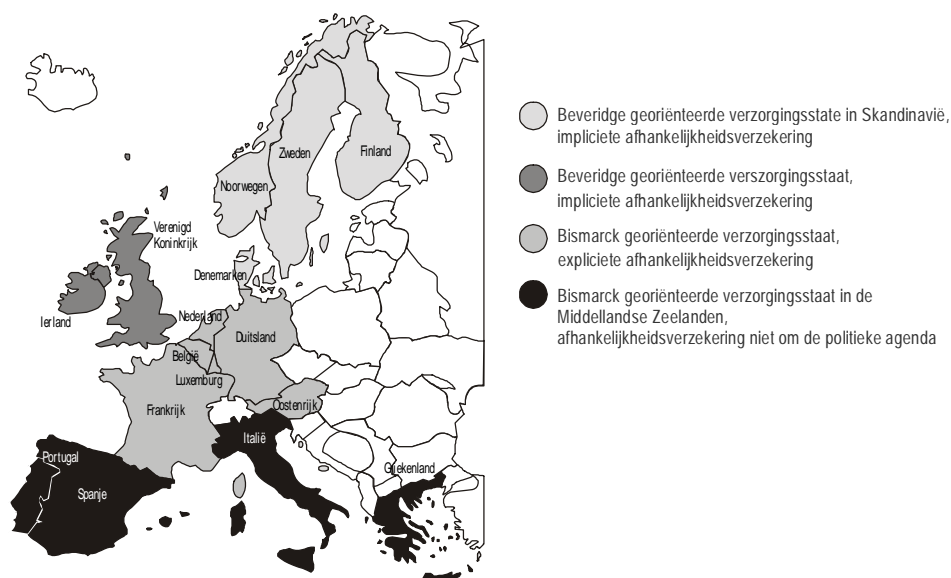
In alle landen bestond al van in het begin het gevoel dat de langdurige zorg een niet gedekt risico was. Dit leidde in niet weinig landen tot een maatschappelijk debat omtrent de invoering van een zorgverzekering.

Kader 6.1 Langdurige zorg: een niet-verzekerd risico?

- Waar komt de belangstelling voor dit probleem vandaan?
 - nieuw risico: toenemend aantal bejaarden (niet noodzakelijk een toenemende afhankelijkheid)
 - hoge kosten: als minder informele zorg beschikbaar is/zal zijn en wegens de noodzaak tot opwaardering van de professionele diensten, met inbegrip van de vraag naar betaling van de informele zorg
- Tekenend van onverzekerd risico:
 - in sommige landen dient nog altijd een beroep te worden gedaan op de familie
 - in sommige landen dient een beroep te worden gedaan op bijstand
 - in sommige landen zijn bepaalde diensten nog steeds onderontwikkeld
 - formele zorg wordt gereduceerd wanneer er informele zorg beschikbaar is
 - informele zorg vaak ingeschat op het vijfvoudige van de professionele zorg en groeiend besef van de zwaarte
 - in sommige landen is de eigen bijdrage zeer hoog en is deze sterk geconcentreerd bij diegenen getroffen door zorgafhankelijkheid

6.2 Stelsels van sociale bescherming en de plaats van de zorgverzekering

In Pacolet, Bouten, Lanoye en Versieck (1998) werd een beschrijving gegeven van de institutionele regeling van de zorgverzekering. Wij maakten een onderscheid tussen vier groepen landen op basis van twee dimensies, m.n. of de zorgverzekering (in de betekenis van de financiering van de niet-medische kosten, of van de langdurige, chronische zorgsituaties - 'long term care insurance' -) impliciet is opgenomen in de bestaande stelsels van sociale bescherming, of er een expliciete zorgverzekering wordt ingesteld, of ter discussie staat en of het 'Beveridge-georiënteerde' versus 'Bismarck-georiënteerde' stelsels van sociale zekerheid zijn.



Bron: Pacolet, Bouten, Lanoye, Versieck, 1998.

Figuur 6.71 Relatie tussen het type van sociale bescherming en het type van zorgverzekering: een aantal gemeenschappelijke kenmerken

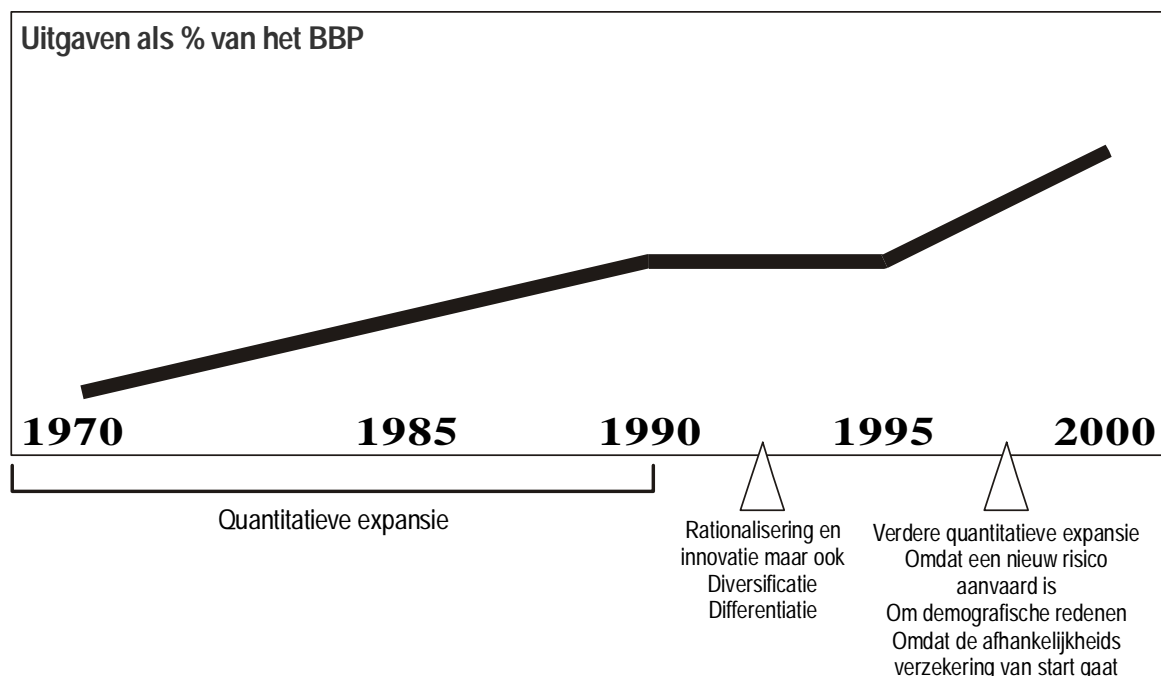
Waar er impliciete stelsels bestaan kunnen deze aanwezig zijn op een hoog niveau, m.n. in de Scandinavische landen, ofwel op een veel lager niveau (in het VK en Ierland). Amper uitgebouwd is de zorgverzekering in de mediterrane landen. Het is opmerkelijk dat vooral in de Bismarck-georiënteerde verzorgingsstaten er een min of meer expliciete zorgverzekering is uitgebouwd.

De EU-lidstaten met eerder Beveridge-georiënteerde systemen van sociale bescherming lijken langdurige zorg in min of meerdere mate in de bestaande ziekteverzekering en de welzijnszorg te hebben geïntegreerd. In de EU-lidstaten met eerder Bismarck-georiënteerde verzorgingsstaten is het debat over de oprichting van een expliciet sociaal verzekeringssysteem voor langdurige zorg begonnen of - soms na een lange periode - inmiddels beëindigd. In Nederland bestaat er reeds verscheidene jaren een expliciete verzekering voor bijzondere ziektekosten (AWBZ). In Oostenrijk, Duitsland en Luxemburg zijn de systemen van recentere datum en in Frankrijk en in België is er op federaal vlak een lange lijst van voorstellen en initiatieven geweest, maar werd geen definitieve keuze gemaakt voor een of ander systeem. Zo was het stelsel in Frankrijk te beperkt in omvang en middelen en heeft het deels een bijstandskarakter, tekortkomingen die in belangrijke mate te wijten zijn aan het gebrek aan bijkomende financiële middelen. Door de beperkte middelen van sommige departementen die verantwoordelijk zijn voor het stelsel, riskeert men zich te beperken tot de meest zorgbehoevenden, en de meest armen (Joël, 1999, p. 63). Het zal de crisis van de hittegolf van 2003 zijn die ook in Frankrijk een radicale keuze uitlokte voor een 'vijfde pijler' in de sociale bescherming, met nieuwe middelen (ondermeer door een betaalde feestdag op te offeren, eenzelfde geste die overigens ook in Duitsland

werd gesteld; zie verder in hoofdstuk 8). In België is uiteindelijk enkel in Vlaanderen uitgemaakt dat er een zorgverzekering moest komen. Toch noemden wij de Belgische situatie een tussensituatie. Enerzijds was er de vraag of er niet bijkomend een nieuwe zorgverzekering zou moeten worden gecreëerd, wat uiteindelijk op Vlaams niveau gebeurde. Maar tegelijk was er een tendens om sommige van deze risico's op te nemen in de bestaande ziekteverzekering, wat ook in toenemende mate gebeurde.

In de Middellandse-Zeelanden werd er minder gediscussieerd over de noodzaak van een zorgverzekering. Misschien is dit te wijten aan het feit dat dit punt wegens de sterkere familiebanden en het beter uitgebouwd informeel zorgmodel (zorg binnen de familie, door de familie) niet op de agenda werd geplaatst of aan het feit dat in deze landen de prioriteit ging naar de sanering van het overheidsbudget. In de Scandinavische landen staat dit punt ook niet op de agenda omdat de verzorgingsstaat daar bijzonder goed ontwikkeld is of omdat er zelfs een debat wordt begonnen over een vermindering van de aangeboden diensten.

Bij onze zoektocht naar het ontwikkelingstraject van de sociale bescherming voor ouderen kwam uiteindelijk een volgend beeld naar boven: expansie – stagnatie – verdere expansie.



Bron: Pacolet, Bouten, Lanoye, Versieck, 1998

Figuur 6.72 Een gestileerde weergave van de ontwikkeling van de sociale bescherming voor bejaarden: een gemeenschappelijk Europees traject?

De zorgverzekering is een voorbeeld van dergelijke nieuwe expansie: het introduceert nieuwe financiering voor soms bestaande diensten of voor nieuwe diensten/behoefte. Het kan ons niet verwonderen dat de landen die een Bismarck-georiënteerd systeem hebben voor de sociale zekerheid, met diverse pijlers ook, deze expansie hebben georganiseerd. Want dat is het beeld dat wij ook op een ander moment krijgen, met name in de expansie van de gezondheidszorguitgaven. De Bismarck-georiënteerde landen volgen blijkbaar beter de behoeften (anderen stellen: zij zijn niet in staat de kosten te beheersen). Tussen haakjes, vroeg of laat volgen stelsels die meer zouden overlaten aan de markt, deze behoeften ook, want dergelijk beeld van stijging – stagnatie – terugstijging is ook nu het traject dat men in de VS verwacht voor de gezondheidszorguitgaven.

6.3 Karakteristieken van de zorgverzekering: doortrekken van traditie en toenadering naar andere tradities

Wanneer er een soort van zorgverzekering bestaat, welke zijn daar dan de kenmerken van? De systemen zijn niet alleen beperkt tot bejaarden; ze dekken alle langdurige zorgsituaties. Ze zijn gericht zowel op diensten (steun in natura) als op steun in speciën voor de patiënt of de voornaamste informele verzorger en impliceren een zekere vorm van steun of betaling voor informele zorg. Deze uitbreiding van het toepassingsbereik sluit aan bij de vaststelling dat in heel wat landen reeds vrij brede definities van de te dekken kosten worden gebruikt (met inbegrip van medische en niet-medische zorg, huisvesting, hotelkosten). Dit illustreert dat het moeilijk is om te bepalen wat door de overheid en wat privé dient te worden gefinancierd, waarbij er eens te meer wordt op gewezen dat de scheidingslijn tussen medische en niet-medische zorg, institutionele zorg en thuiszorg, huisvestings- en leefkosten aan het vervagen is. In vele landen blijkt het onderscheid tussen gezondheidszorg en welzijnszorg in de praktijk eigenlijk niet meer te bestaan in deze context van langdurige zorg. De scheidingslijn tussen medische en niet-medische aspecten, tussen residentiële diensten en thuiszorgdiensten en tussen allerhande soorten professioneel werk lijkt te zijn verdwenen. In de toekomst zal ook het onderscheid tussen formele en informele zorg waarschijnlijk zijn relevantie beginnen te verliezen, aangezien informele zorgverstrekkers een opleiding zullen krijgen, professioneler zullen werken en tot op zekere hoogte zelfs voor hun prestaties zullen worden betaald. Er werd ook geen duidelijke keuze gemaakt voor hulp in speciën of in natura. Integendeel, ook de theoretische voorkeur voor hulp in speciën (waardoor aan de consument misschien meer keuzevrijheid en macht wordt verleend) is de praktijk in grote mate gericht op de financiering van diensten. De 'rijpe' verzorgingsstaten blijken zowel formele als informele zorgverstrekking te willen ondersteunen.

Tenslotte kunnen er tot op heden slechts weinig aanduidingen worden gevonden voor een grote betrokkenheid van de privé-sector in de

zorgverzekering, althans niet wat het verzekerings- en het financieringsaspect ervan betreft. Ook fondsvorming is amper of niet aanwezig, met uitzondering van Duitsland en nu ook Vlaanderen.

Kader 6.2 Hoe wordt het risico van langdurige zorg gedekt?

- soms impliciet in de bestaande financieringssystemen voor medische en niet-medische zorg
- soms gefinancierd door inhouding van het pensioeninkomen
- in de Bismarck-georiënteerde systemen door expliciete verzekeringssystemen
- meestal volgens het repartitiestelsel en zonder kapitalisatie
- valt onder de ziekteverzekering of is er nauw mee verbonden
- met brede kostendefiniëringen
- meestal door de overheid gefinancierd, vaak vanuit belastingen
- met uitbreiding van de dekking tot vergoeding van de informele zorg
- met uiteenlopende macro-economische omvang i.f.v. de definitie en dekking, maar over het algemeen macro-economisch gekwalificeerd als 'betaalbaar', zelfs wanneer op langere termijn het effect van de veroudering sterker zal spelen

Afhankelijkheid kan eng of ruim worden gedefinieerd. De enge definitie beperkt zich tot de functionele, fysische en psychische criteria, de brede definitie omvat fysische, psychische, economische en sociale aspecten. Het debat dat tegenwoordig in de EU wordt gevoerd, lijkt in de richting van de bredere definitie te gaan.

Welke basisbehoeften moeten worden gedekt? De systemen van sociale bescherming voor bejaarden evolueren in alle landen niet in dezelfde richting en zijn niet altijd in lijn met de historische 'voorbesteding'.

In de landen waarin men zich recent zorgen heeft gemaakt over de limieten van de verzorgingsstaat bestaat er een tendens om de dekking te beperken tot de meer primaire behoeften (medisch, P-ADL hulp maar geen I-ADL hulp), de huisvesting en hotelkosten hiervan uit te sluiten en de kwaliteit van de zorgverstrekking te verminderen door bijvoorbeeld niet meer tegemoet te komen aan geavanceerde noden van integratie en revalidatie. Dit is duidelijk in het debat in de Scandinavische landen, o.a. ook wat de dekking van huisvestingskosten betreft. Daarbij dienen we wel op te merken dat deze landen van een hoog niveau komen. Sommigen zullen zich afvragen waarom in zoveel rapporten over deze landen klachten voorkomen over de kwantiteit en de kwaliteit van de zorgverstrekking. Misschien is het omdat men naar de vroegere situatie verwijst, die ideaal was, en impliceert dit dat het ten dele een crisis is van verwachtingen en ten dele ook een crisis van middelen, aangezien de kwantiteit (de toegang tot de diensten) beperkter is dan vroeger, al komt men van een vrij hoog niveau. Het debat over wat de verzorgingsstaat moet bieden en de vraag naar de betaalbaarheid staat in Nederland al meer dan 15 jaar op de agenda, maar einde jaren negentig gaf men de indruk dat er hier opnieuw een bredere (genereuzere, inclusievere) definitie

wordt gebruikt van de behoeften die door de sociale bescherming moeten worden gedekt. Wie het debat in Nederland vandaag bekijkt ontdekt dat men uiteindelijk de klemtoon legt op een basispakket.

In de landen van de kernregio met een verzorgingsstaat van het Bismarck type valt de al bij al brede definitie op van de kosten van zorgverstrekking (medische, persoonlijke verzorging, huisvesting, zelfs betaalde informele zorg) en de publieke dekking van dergelijke elementen. Wat in de nieuw te definiëren stelsels wordt opgenomen wordt evenwel ook gedetermineerd door wat reeds verzekerd is in de ziekteverzekering.

Opmerkelijk in het MISSOC-overzicht van 2001 van zorgverzekeringsstelsels in de EU is de bevestiging van de grote aanwezigheid van stelsels gefinancierd door belastingen. Uitzonderingen zijn de expliciete stelsels van Duitsland (waar sociale zekerheidspremies zijn gehanteerd) en Luxemburg (voor de helft sociale zekerheidspremies, maar dus ook voor de helft belastinggelden). Dit hangt samen met het volgen van de financieringswijze die doorgaans wordt gehanteerd voor dit soort risico. Voor België zijn een aantal federale stelsels van hulp van derden opgenomen en valt op dat vooral de RIZIV-financiering van de thuisverpleging en rustoorden en RVT's een plaats krijgen in dit overzicht. De financiering hiervan gebeurt ook door sociale zekerheidsbijdragen.

Het recente MISSOC overzicht is leerrijk omdat het laat zien dat tal van onze voorzieningen, toegekend op basis van diverse ADL-afhankelijkheidsschalen, internationaal overeenkomen met de definitie 'Long term care', en dus reeds bestaan op Belgisch niveau, en dit trouwens voor een substantieel bedrag.

Ook valt in dit recente MISSOC-overzicht op hoe de Bismarck en Beveridge georiënteerde stelsels naar elkaar toegroeien: in de laatste zou men eerder voorzieningen verwachten, wat overigens het geval is in de Scandinavische modellen, maar in het VK en Ierland zijn ook tal van vergoedingen voor de mantelzorg aanwezig. En zo is ook in de Bismarck-georiënteerde stelsels deze mogelijkheid substantieel aanwezig (Oostenrijk, Duitsland, Luxemburg en nu ook Vlaanderen).

Een internationale vergelijking leerde ons tenslotte dat, ondanks het feit dat het risico individueel groot is, de totale kost macro-economisch toch beheersbaar is. Veel hangt ook samen met de mate dat deze kost van langdurige zorg al dan niet reeds vervat is in de ziekteverzekering. Elders illustreerden wij dit. Bovenop de uitgaven voor gezondheidszorg (van 4,5 tot 6% van het BBP) wordt langdurige zorg geraamd op 0,7 tot 3% van het BBP. Voor België/Vlaanderen schatten wij in het verleden de behoefte aan bijkomende middelen, bovenop de bestaande gezondheids- en welzijnsvoorzieningen, op 0,25% van het BBP, hiermee bevestigend dat er reeds goede stelsels beschikbaar zijn en dat de bijkomende inspanningen substantieel maar macro-economisch niet onoverkoombaar zijn. De ramingen van de totale kost lopen uiteen van 0,8 tot 1,21% van het BBP. De conclusies van onze eigen studie blijven behouden: er zijn een aantal landen met

aanzienlijke uitgaven in gezondheidszorg, of in 'long term care' of zelfs in beide; landen als Frankrijk en ook Oostenrijk en België hebben een minder hoog niveau van collectieve uitgaven op het vlak van welzijnszorg, omdat zij (in België ondermeer) in de gezondheidszorg zitten. De Middellandse Zee landen hebben volgens deze en meer recente OESO-bronnen ook weinig uitgaven op dit vlak. Voor een aantal landen geeft de OESO studie ook de verwachte evolutie tegen 2020. Deze uitgaven stijgen amper of niet (als % van het BBP), ook rekening houdend met dalende morbiditeit en dalende institutionalisering (Jacobzone S., e.a., 1999). Ook de elders geciteerde prognoses voor LTC van het Economic Policy Committee van de EU komen tot redelijk gematigde conclusies voor de expansie van de uitgaven.

6.4 De uitbouw van de zorgverzekering in Vlaanderen

De Vlaamse Zorgverzekering heeft een 'sui generis' financieringsformule uitgewerkt voor deze nieuwe vorm van sociale bescherming. Naast een dotatie uit de algemene middelen werd immers een aanvullende eigen premiebetaling verwacht van de bevolking en werd ook een systeem van fondsvorming ingevoerd. Aangezien bij de tenlasteneming geen modulering naar inkomen wenselijk werd geacht, zou de aanvullende eigen premie 'solidair' moeten zijn naar draagkracht (Pacolet, Van De Putte, 2001). Voorlopig is dit niet gerealiseerd. Daarenboven moet de financiering voldoende zijn om de directe vraag naar tenlastenemingen te honoreren en op lange termijn naar een volwaardige pijler van de sociale bescherming uit te groeien.

Kader 6.3 Organisatie Vlaamse zorgverzekering:belangrijke mijlpalen

- Budgettaire reservatie van middelen voor een zorgfonds vanaf 1999
- Goedkeuring zorgverzekering mei 1999
- Introductie tegemoetkoming thuis:oktober 2001
- Vervanging door forfait thuis van 90 :2002
- Introductie van tegemoetkoming in instelling van 125 :categorie C in 2002, categorie B in 2003 en categorie O&A in 2004
- Introductie in Brussel
- Erkenning Aanbod Brussel vanaf 2004
- Regularisatie mogelijk voor resterende groep die nog niet verzekerd was in 2004

De aangehaalde financieringsformules van de zorgverzekering in het buitenland illustreren nog verder de meer algemene vaststelling dat oplossingen voor dit nieuw sociaal risico vaak in de lijn liggen met historisch bepaalde organisatievormen van sociale bescherming. Met kiest voor oplossingen die in het verlengde liggen van de traditie van de bestaande systemen van sociale bescherming. Bismarck-georiënteerde landen kiezen blijkbaar voor expliciete nieuwe stelsels van sociale zekerheid; Beverigde-georiënteerde stelsels kiezen voor de uitbreiding van hun stelsels van NHS en welzijnszorgdiensten. De

financiering volgt in belangrijke mate deze institutionele keuzes. In Duitsland en Luxemburg koos men voor een stelsel van bijdragen; in het VK kiest men voor de financiering uit de algemene middelen.

Uit het internationale overzicht onthouden wij verder dat in de EU de optie van kapitalisatie amper of niet voorkomt, terwijl ook voor de financieringswijze vertrouwde paden worden bewandeld. Aan de ene kant zijn dit geormerkte bijdragen in de Bismarck-georiënteerde stelsels, wat te verwachten is in dergelijke expliciete stelsels, aan de andere kant algemene belastinggelden.

Ook het betrekken van private verzekeraars bij de uitbouw van deze, wat toch kan genoemd worden, eerste pijler, heeft in het buitenland geen precedent, tenzij zij ook in de ziekteverzekering reeds een rol spelen, bijvoorbeeld voor de inkomens boven een bepaalde grens.

Leerrijk voor het Vlaamse debat is tenslotte dat uit de Europese evidentie ook blijkt hoe dat er vaak ruime definities van zorgbehoefte en zorgkosten, met inbegrip van medische en niet-medische kosten, soms huisvesting of woning aanpassingskosten en mantelzorg, worden gehanteerd.

In het buitenland heeft men zich minder gewaagd aan institutionele experimenten. Integendeel, in een land als Duitsland werd zelfs expliciet gezegd dat de sociale bescherming te belangrijk was om zich aan experimenten te wagen. Uit recent vergelijkend Europees onderzoek valt op dat in de andere EU-lidstaten, bij het zoeken naar nieuwe regelgeving voor het organiseren van de zorgverzekering, men zelden de vertrouwde paden verlaat, of toch niet op dezelfde radicale manier als in Vlaanderen het geval was. Men kiest voor oplossingen die in de lijn van de traditie liggen voor het organiseren van de sociale zekerheid of sociale uitgaven in het algemeen, en eens die keuze gemaakt, reproduceert men meestal ook de financieringssystemen die daarvoor in aanmerking komen. Verder valt op dat kapitalisatie amper of niet in de schema's voorkomt, en dat ook van de private verzekeringssector weinig aanbreng verwacht wordt in de uitbouw van het wettelijk stelsel. Tenslotte valt nog op dat ruime definities van te dekken risico's in tal van buitenlandse voorbeelden voorkomen, waarbij medische, niet-medische, en overige kosten in elkaars verlengde liggen.

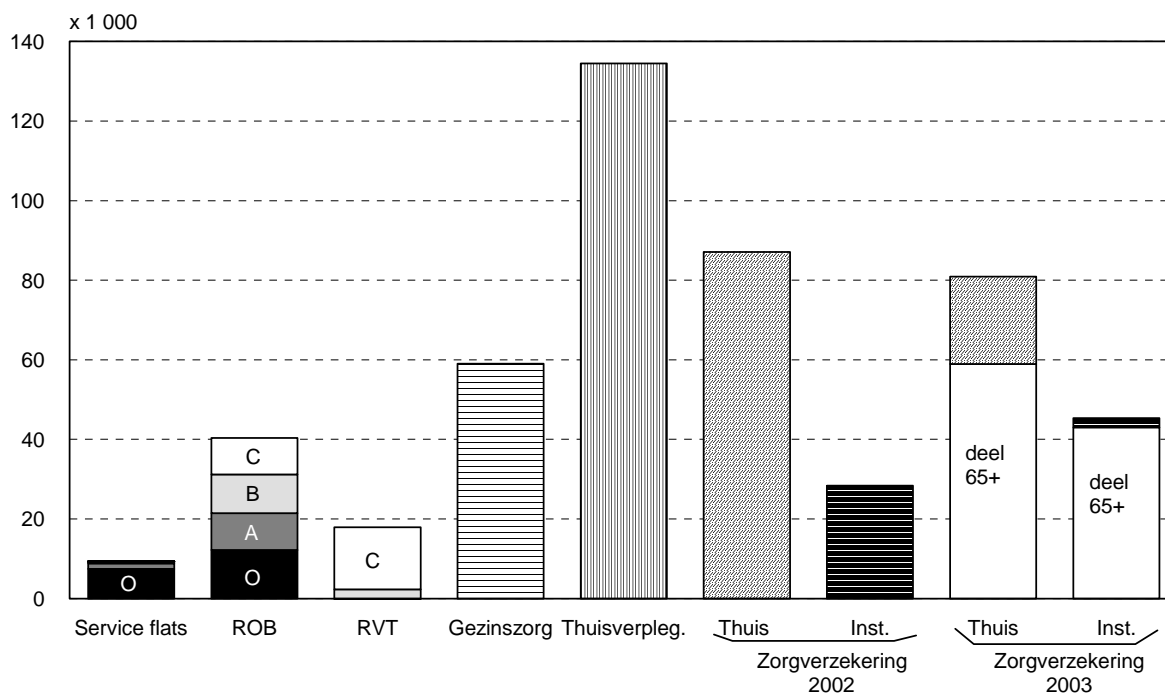
Tabel 6.38 Uitgaven zorgverzekering 2003 en begroting van 2004 volgens inkomsten, Vlaanderen, in euro

	2003	2004*
<i>Uitgaven en begroting (in miljoen euro)</i>		
Uitgaven tenlastenemingen	133,2	161,7
Vergoeding voor indicatiestellingen	2,4	3,5
Subsidies voor werkingskosten zorgkassen	6,9	7,6
Werkingskosten zorgfonds	2,0	3,5
<i>Inkomsten (in miljoen euro)</i>		
Dotaties vanuit algemene middelen		90,7
Geraamde ledenbijdragen		93,1
Inkomsten uit beleggingen		16,9

* Begroting

Bron: Vlaams Zorgfonds

In het algemene overzicht van de financiering van de gezondheidszorg voor de Vlaamse Gemeenschap konden wij zien dat de Vlaamse zorgverzekering met ongeveer 170 miljoen euro in 2003, ongeveer 0,10% van het BBP, injecteert in het zorgsysteem, wat een relatief bescheiden aandeel is in de totale financiering, maar in de Vlaamse begroting de omvang van de helft van de middelen voor de gezinszorg evenaart, en meer dan het drievoud van de middelen voor de bouw en vernieuwing van rustoorden. De tabel illustreert ook het relatief belang van de tegemoetkoming 'hulp aan bejaarden' die op federaal vlak zelfs iets meer middelen inbrengt, m.n. 0,13% van het BBP in 2003, en de MAF (goed voor 0,07%). Als wij vergelijken met de eigen bijdragen die de ouderen vandaag dragen in de LTC (zo'n 0,6% van het BBP), dan is de zorgverzekering op korte termijn hier 1/6 (0,10% van het BBP) gaan compenseren. Het bereik in aantallen is nog indrukwekkender. Sinds het bestaan van de tegemoetkoming is zij op drie jaar tijd op kruissnelheid gekomen en bereikt zij in 2003 reeds 120 000 gerechtigden, en in 2004 vermoedelijk zelfs 140 000 (de volledige rusthuissector en een groot deel van de personen in de thuiszorg).



Bron: Berekeningen Pacolet op basis van diverse bronnen

Figuur 6.73 'Het Vlaamse mirakel': cliënten residentiële zorg, thuiszorg en het snelle en ruime bereik van de zorgverzekering in Vlaanderen, rond 2002-2003

Het Vlaamse zorgverzekeringssysteem in de thuiszorg wordt bepaald op basis van bestaande attesten, of op basis van een expliciete indicatiestelling. In de residentiële zorg is de aanvraag op basis van bestaande attesten en komen ondertussen alle rusthuisbewoners in aanmerking van de vergoeding. In de thuiszorg is de expliciete indicatiestelling uiteindelijk toch een belangrijke route gebleken voor het verwerven van de tegemoetkoming. Het valt op dat het percentage geweigerde aanvragen via deze aparte indicatiestelling hoger is (20%) dan de geweigerde aanvragen via een bestaand attest (Vlaamse Zorgverzekering, Statistisch Overzicht 26 mei 2004, p.11). Dit is een zekere indicatie van dat er een aanzuigeffect is geweest. De eigen bijdrage wordt thans met 3 euro per dag evenwel gereduceerd, wat een vraagstimulerend effect kan hebben. Ook in Duitsland lijkt de zorgverzekering een vraagstimulerend effect gehad te hebben, wat niet het geval was in Oostenrijk, omdat het systeem daar reeds vroeger bestond en men bijgevolg van een hoog niveau van voorzieningen/gebruik vertrok. In Duitsland was met name de Pflegeversicherung juist gecreëerd om een manifest onderontwikkeld niveau van voorzieningen op te krikken, wat ook gebeurde en overigens als teken van succes werd aangehaald (bijvoorbeeld verwijzend naar de jobcreatie die er ontstond dank zij de introductie van de Duitse zorgverzekering).

Het gevaar van antiselectie blijkt zich ook niet gerealiseerd te hebben in Brussel. Zo was het aandeel gebruikers versus het aantal verzekerden in Brussel midden

2002 lager dan in Vlaanderen, maar dit kan te wijten zijn aan het feit dat er nog onvoldoende instellingen erkend waren die in aanmerking kwamen voor het verkrijgen van de tegemoetkoming. Dit is in november 2003 gewijzigd en ging in vanaf februari 2004. Hierdoor vroegen een ganse reeks van instellingen (rusthuizen) uit het Brusselse Gewest hun erkenning aan zodat hun bewoners in aanmerking kwamen voor de zorgverzekering.

6.5 De afwezige zorgverzekering voor de Franse Gemeenschap

Ook in Wallonië is de behoefte aan een afhankelijkheidsverzekering reëel. P. Rondal, Voorzitter van de 'Conseil Wallon du troisième âge', constateert in de getuigenis voor de Kamer van Volksvertegenwoordigers (2004), dat met name de kostprijs van de rusthuizen redelijk is, maar dat desondanks de maandelijkse bijdragen die de residenten moeten betalen, boven het bedrag ligt dat zij als pensioen ontvangen. Velen wenden zich tot het OCMW en dit brengt ondermeer het probleem aan het licht van de onderhoudsplicht, 'un système archaïque, aux effets pervers' (P. Rondal, Kamer van Volksvertegenwoordigers, p. 321). De conclusie is voor hem dat een 'assurance autonomie' of Zorgverzekering op basis van een zo ruim mogelijke solidariteit dient ingevoerd te worden. In afwachting van de introductie kan de tegemoetkoming voor hulp aan bejaarden aangepast worden door de inkomensgrens op te trekken en door de schaal aan te passen.

De analyse is in Wallonië nog vooral op theoretisch vlak aan de orde geweest. Torres (2004, p. 77-79) staat stil bij de mogelijke effecten van 'moral hazard' van de consumentenzijde en 'supplier induced demand' wanneer de verzekering is ingevoerd en van mogelijke anti-selectie in Brussel bij de introductie van de Vlaamse Zorgverzekering. Zo blijkt dat de opname in de thuiszorgpremie in de Vlaamse zorgverzekering 30% boven de oorspronkelijke ramingen ligt, wat volgens hem zou kunnen wijzen op enig aanzuigeffect, maar evengoed een illustratie kan zijn van een mogelijke onderschatting in het begin.

Torres concludeert dat met de huidige financiering van de Vlaamse zorgverzekering, een financiering via gewestelijke opcentiemen in Wallonië denkbaar zou zijn, maar voor Brussel dan moeilijk zou in te voeren zijn omdat de Vlaamse Brusselaars reeds een bijdrage betalen in de Vlaamse zorgverzekering. Dit probleem voor Brussel stelde zich ook voor Vlaanderen, maar wij concludeerden in een vroegere studie dat dit nadeel zou verdwijnen als ook een Waalse zorgverzekering zou ingevoerd worden. Wel moest vermeden worden dat de opcentiem in Brussel aan de Vlamingen twee keer zou gevraagd worden. Het argument om voor deze reden te pleiten voor een federale Zorgverzekering gaat niet op.

6.6 De zorgverzekering als expliciete transitie van een acuut naar een chronisch zorgsysteem

In de jaren tachtig werd met de afbouw van de V-diensten en de omvorming van ziekenhuisbedden naar RVT-bedden de transitie georganiseerd van een ziekenhuissysteem dat chronische zorg verstreekte naar een voornamelijk acuut systeem. Deze transitietrend kan uiteraard niet doorgetrokken worden naar de toekomst. In dit hoofdstuk gaven wij herhaaldelijk aan dat zich nu opnieuw een transitie aandient in de gezondheidszorg van acute zorgsystemen naar ouderenzorg en chronische of langdurige zorg (long term care).

Ook Jo De Cock (RIZIV) beklemtoont in zijn getuigenis voor de Kamer van Volksvertegenwoordigers dat de gezondheidszorg teveel vanuit het perspectief van de acute zorgverstrekking is gepercipieerd en dat er meer aandacht zou moeten komen voor een geïntegreerde zorg en chronische morbiditeit. 'Op dit vlak is er nog teveel een hokjesmentaliteit' (Kamer van Volksvertegenwoordigers, 2004, *Ibidem*, p. 273).

De analyse die J. Hermesse (CM) maakt voor de gezondheidszorg (Belgische Kamer van volksvertegenwoordigers, *De Vergrijzing van de samenleving*, 2004, p. 324) illustreert de vrees voor de onderverzekering voor de long term care die wij reeds een tiental jaren vaststelden. Hij stelt dat de 'sterke concentratie van de uitgaven een wezenlijk kenmerk is van de gezondheidszorg; precies dat kenmerk wordt gehanteerd als het belangrijkste argument om een ziekteverzekeringsregeling op basis van het solidariteitsbeginsel te verantwoorden.' Zo blijkt dat 5 % van de leden goed zijn voor 60% van de uitgaven, of veralgemeend naar de totale Belgische bevolking een 500 000 personen (*Ibidem*, p. 323). Wij voegen er aan toe dat voor de ouderen die rusthuiszorg en langdurige zorg krijgen, uiteindelijk 1% van de bevolking quasi 100 percent van de residentiële ouderenzorg nodig heeft. Het gaat om bijvoorbeeld 6 tot 8% van de 65+ die voor een drietal jaar, hun laatste levensjaren, zullen moeten beroep doen op de rustoord- en de RVT-financiering. Hiervoor geldt nog meer het principe dat er behoefte is aan verzekering, in casu solidaire verzekering. Weisbrod, dé autoriteit op het vlak van de non-profitsector, stelde zelf in zijn analyse van de gezondheidssector dat naarmate de risico's groter zijn en een grotere variabiliteit kennen, verzekering meer noodzakelijk is. Het is de vaststelling die wij reeds meer dan tien jaar gebruikten om een volwaardige integratie van de long term care verzekering te voorzien in de ziekteverzekering (Pacolet, 1991, Pacolet 1994, Pacolet 2001). In België is deze volwaardige financiering van de LTC nog altijd geen feit. Of zij geïntegreerd in de ziekteverzekering moet worden of via een aparte zorgverzekering verder dient te worden uitgebouwd, of door beide, is niet duidelijk. In hoofdstuk zeven wordt nog evidentie aangebracht van de recente discussie in het buitenland over deze stelsels, wat ook toelaat om de keuzes in België beter te duiden.

6.7 Conclusie

België heeft een hoogwaardige verzekering van de ouderenzorg uitgebouwd, met name via de impliciete groei voor de LTC voorzieningen die de voorbije 20 jaar optrad in de budgetten van het RIZIV en ook via de federale tegemoetkoming hulp aan bejaarden. Naast deze 'stille kracht' op federaal niveau heeft de Vlaamse Zorgverzekering daar een substantieel deel op korte termijn aan toegevoegd, en slaagt er in met een relatief beperkt ogend budget (de eigen bijdrage in de financiering is ook redelijk beperkt per capita, niet in totale middelen) toch de totale doelgroep van thuiszorgsituaties en residentiële zorg te bereiken. Toch is de totale kost voor voornamelijk de residentiële zorg voor de bewoner zelf relatief hoog, wat herhaaldelijk werd aangetoond in internationaal perspectief. De architectuur van de sociale bescherming van de ouderen en de LTC in België is daarmee nog niet volledig uitgetekend. Maar de vooruitgang is opmerkelijk. Zelfs in tijden van budgettaire orthodoxie en zelfs 'austeriteit', is de sociale bescherming voor ouderen er het jongste decennium met rasse schreden op vooruit gegaan. Het budget van ROB/RVT als % van het BBP steeg met 0,23 procentpunt, de thuisverpleging en gezinszorg met 0,07 procentpunt, de tegemoetkoming hulp aan bejaarden met eveneens 0,07 procentpunt en ook de maximumfactuur verbeterde de betaalbaarheid van de zorg met 0,08 procentpunt. In totaal 0,45 procentpunt. In Vlaanderen betekende de zorgverzekering nog een extra injectie van nog eens 0,07 procentpunt. Samen vormen zij de 'stille kracht' op federaal niveau en het 'mirakel' op Vlaams niveau.

HOOFDSTUK 7: SITUERING VAN BELGIË IN HET BELEIDSDEBAT OMTRENT DE IMPACT VAN DE VERGRIJZING IN INTERNATIONAAL PERSPECTIEF

In internationaal perspectief valt telkens opnieuw op hoe de zorgsector zich op een scharniermoment bevindt: er is het einde van een expansiefase van de jaren 1970-2000 die de uitbouw van de verzorgingsstaat omvatte en die eindigde in een ruim aangevoelde noodzaak om de kostenexplosie in te perken, en anderzijds is er het begin van een nieuw tijdperk, met name om het stelsel uit te bouwen voor de demografische transitie. De gezondheidszorg diende zo bijvoorbeeld aangevuld te worden met een systeem van 'long term care'. Diverse dimensies kenmerken deze overgang. Er is de transitie van een 'cure' naar een 'care' systeem. Er is een groeiende druk om de collectieve uitgaven te beperken en om naar private oplossingen uit te kijken. Er is de onmiddellijke druk (nog versneld ingezet door de vervroegde pensionering) om prioriteit te geven aan de vrijwaring van de pensioenen. De noodzaak om een goede zorg voor de ouderen uit te bouwen komt in concurrentie met tal van andere doelstellingen van de overheid. De noodzaak is evenwel meer en meer duidelijk en hangt samen met de duurzame ontwikkeling van andere stelsels van de sociale zekerheid. Door zijn nieuwe karakter is er evenwel ook een aanzienlijke informatieleemte, die maakt dat deze probleemstelling slechts langzaam op de politieke agenda kwam. Een aantal internationale initiatieven probeerden hieraan te remediëren.

Op WHO, OESO en EU vlak werden de inspanningen geïntensifieerd om de zorg voor ouderen, en dit zowel in specifieke voorzieningen als in het geheel van de gezondheidszorguitgaven, in beeld te brengen, vandaag en morgen. Dit leidde in tal van landen tot een maatschappelijk debat, niet zelden gekoppeld aan hervormingen in de ziekteverzekering of de sociale bescherming in het algemeen. In tal van landen gaf het aanleiding tot de installatie of heroriëntatie (bijvoorbeeld in Nederland de AWBZ) van de zogenaamde zorgverzekering of "Long Term Care Insurance". Niet zelden wordt de discussie evenwel gevoerd binnen de

context van de houdbaarheid van het budgettaire evenwicht in de publieke financiën. Kenschetsend hiervoor is het feit dat op Europees vlak het precies binnen het “Economic Policy Committee” is dat een “Ageing working party” is opgericht die de consequenties voor duurzame publieke financiën onderzoekt van de vergrijzing van de bevolking door zijn impact op pensioenen, gezondheidszorg en “long term care” in beeld te brengen.

Wij schetsen deze Europese en internationale discussies. Daarna gaan wij in op de wijze hoe in een aantal buurlanden het debat werd gevoerd over de impact van de vergrijzing op de uitbouw van een adequaat zorgsysteem voor de toekomst en tenslotte bekijken wij de implicaties voor de organisatie en agendavorming van het Belgische debat.

In België zijn tal van ad hoc studies over de kostenevolutie in de zorgsector, en ad hoc toekomstverkenningen die het debat beïnvloeden en is er de jongste jaren ook een rapportage, van de Hoge Raad voor de Vergrijzing over de impact van de vergrijzing op pensioenen en gezondheidszorg. Deze informatie is hierboven ruimschoots gebruikt. Dit internationaal overzicht laat toe deze inspanningen te vergelijken met de wijze dat het debat in het buitenland wordt gevoerd. Ook de situering in de Europese discussie leidt tot een appreciatie van het in België gevoerde debat en de mogelijkheden om dit debat verder te zetten of te verdiepen.

1. ‘Think global’: aanzwengelen van het debat internationaal

Het voorbije decennium werd het debat over de vergrijzing van de bevolking internationaal aangezwengeld op momenten als het Europees of het VN Internationaal Jaar van de Ouderen. Ook de Wereldbank lanceerde zeer vroeg de discussie over de impact van de vergrijzing op de betaalbaarheid van de pensioenen, terwijl de WHO meer recent inschattingen maakte van de impact van de vergrijzing op de zorgbehoefte. Onmiddellijk een impact hebbend op het beleid zijn evenwel de evoluties in de discussie in de EU en de OESO, beide instanties die nauwlettend het nationaal beleid ook in deze materie monitoren, analyseren, en aanbevelingen geven om het beleid te heroriënteren. Zo is in de OESO een uitgebreide analyse bezig geweest van het gezondheidszorgbeleid, de zorguitgaven in het algemeen en de organisatie van de LTC in het bijzonder, en werden herhaaldelijk ook, m.n. in de monitoring van de lidstaten, aanbevelingen gegeven voor het nationaal beleid. Wij bespreken dit in een eerste deel. In de EU is er in de context van de monitoring van de duurzame publieke financiën een groeiende aandacht voor de evolutie van de uitgaven voor sociale bescherming, en startte anderzijds ook een groeiende open methode van coördinatie op het vlak van gezondheid en zorg. Dat wordt in het tweede deel besproken. Meer recent waren er de World Assembly on Ageing in Madrid (2002) en de European Assembly on Ageing in Berlijn (2003).

1.1 OESO: Gezondheidszorg en 'long term care': cijfers, feiten en beleidsdebat

De OESO heeft, zowel vanuit het standpunt van de macro-economische ontwikkelingen als de specifieke situatie van de uitbouw van de zorgsector en meer specifiek de gezondheidszorg en de langdurige zorg, een lange reeks van studies verricht over de impact van de vergrijzing op de economie en de sociale bescherming.

Twee reeksen van studies zijn te onderscheiden: enerzijds deze die specifiek ingaan op de impact van de vergrijzing van de samenleving op de economie, en het beleid van de overheid dat daartegenover staat, zowel in de pensioensector, de arbeidsmarkt als in de gezondheidszorg en overige zorguitgaven, en anderzijds een ononderbroken inspanning om de gezondheidszorg in betere statistieken te vatten, en recent om zich ernstig te buigen over de efficiëntie en effectiviteit van de gezondheidszorgstelsels.

Een eerste synthese van de onderzoeken is te vinden in 'Maintaining prosperity in an Ageing society'. Hierin is voor de voorzieningen voor de ouderen voor de EU-lidstaten ondermeer de informatie gebruikt van de vroegere HIVA-studie 'Sociale bescherming van zorgbehoevende bejaarden', een studie die ook in dit rapport gehanteerd is als schema van de dataverzameling. Veel van het onderzoek concentreerde zich op de levensvatbaarheid van de pensioenen, waarop wij hier niet ingaan. Ook tal van studies zijn gericht op de impact van de economie, o.m. het sparen en indirect de economische ontwikkeling.

Maar ook in een meer recentere 'reconciliatie' van de impact van de vergrijzing op de economie (Casey e.a., 2003), werd aanzienlijk meer aandacht geschonken aan de scenario's en het beleid in verband met de pensioenen, in plaats van de gezondheidszorg en de ouderenzorg.

Dit hangt samen met de complexiteit van de statistiekverzameling van de gezondheidszorg zelf, en misschien met een beleidscyclus 'die een probleem pas in kaart zal brengen als het zich stelt'. De gevolgen van de vergrijzing van de bevolking zal zich eerder stellen voor de druk op de pensioenen, m.n. van zodra de baby-boomers op pensioen zullen gaan. Deze problematiek is vervroegd op de politieke agenda gekomen door de massale prepensionering in tal van landen en de te lage feitelijke activiteitsgraad. De langdurige zorg is later uitgebouwd dan de gezondheidszorg, of is nog niet uitgebouwd, zodat de druk op de zorguitgaven zich vooral zal stellen als de baby-boomers meer hulpbehoevend zullen worden tussen 2020 en 2040.

Het feit dat de discussies over de creatie van een zorgverzekering zich pas in de jaren negentig in tal van landen stelde, illustreert deze timing in de beleidscyclus.

Recentelijk werd een update gemaakt van mogelijke beleidsimplicaties van de vergrijzing op de gezondheids- en langdurige zorgpolitiek in de OESO-landen (Casey, Oxley, Whitehouse, Antolin, Duval en Leibfritz, 2003). België is helaas niet

opgenomen in de onderzochte landen. Een voornamelijk recente bron van informatie was een apart hoofdstuk gewijd aan de vergrijzing in diverse OESO Economic Surveys landenrapporten opgesteld in het kader van de Economic and Development Review Committee EDRC rapporten. Wij grijpen er verder naar terug in de volgende landenoverzichten.¹

Wij kunnen er het volgende uit leren. Vooreerst herhaalt de studie de ook elders voorkomende ramingen van de impact van de vergrijzing op de kosten van gezondheidszorg en LTC die in de orde van grootte van 3 tot 3,5% van het BBP ligt. Zo groot zou de toename van de publieke uitgaven voor de zorg in de komende 50 jaar kunnen zijn. Maar de bedenking dient gemaakt dat er (uiteraard) heel wat onzekerheid bestaat over zowel de impact van wijzigende afhankelijkheid, wijzigende relatieve kosten, technologische (medische) vooruitgang. De hypothesen tussen de verschillende landen liggen dan ook sterk uiteen, en dienen naar de toekomst toe nauwkeurig opgevolgd te worden (Casey e.a., 2003, p. 10). Zo blijft de OESO ook in deze studie verwachten (zie ook eerdere projecties van S. Jacobzone e.a.) dat de zorgbehoefte de komende decennia zal kunnen dalen omwille van een verbeterde morbiditeit en gestegen zelfredzaamheid. Wat het beleid zelf betreft, valt het de OESO op dat er weinig landen zijn met 'broad and consistent care policies in place, partly reflecting the fact that in many, if not most, countries the supply and control of those services is the responsibility of lower levels of government. Within this context, the prevalence of reforms with a wide-scale impact is low' (Casey e.a., 2003, p. 28). Bedoeling van dit beleid zou moeten zijn een gepast evenwicht te vinden tussen de meest kosteffectieve mix van ziekenhuiszorg, institutionele zorg en thuiszorg.

De OESO concludeert dat veel beleid er nog op gericht is om de LTC uit te bouwen en daarmee duurdere hospitalisatie te vermijden (een beleid dat in België toch reeds is ingezet in de jaren '80 met de uitbouw van de RVT's), terwijl nu ook een verdere verschuiving van institutionele zorg naar thuiszorg wordt nagestreefd. Dit is ondermeer in Australië, Italië, Nederland en Noorwegen bezig geweest, terwijl in de VSA ook systemen van 'managed care' daarop gericht zijn. Andere landen hebben systemen geïnstalleerd om de zorg of de middelen beter toe te wijzen in functie van de behoefte, dit naar aanleiding van de uitbouw van een nieuwe zorgverzekering (Duitsland, Italië, Japan, Nederland) (Casey e.a., p. 29-30).

Op het vlak van het aanbod van de diensten zijn er verschuivingen op te merken naar meer 'contracting out' naar private aanbieders, ondermeer in landen als

¹ Naast deze OESO-'Country Surveys' leveren ook de EU landenoverzichten van de stabiliteitsprogramma's nuttige informatie op over de duurzaamheid van de publieke uitgaven en de sociale zekerheid daarbinnen. Ook deze rapporten werden verder gebruikt om het maatschappelijk debat over de impact van de vergrijzing op de sociale uitgaven te volgen.

Zweden en Nederland waar publieke voorzieningen dominant waren, en zijn ook sociale uitkeringen en fiscale uitgaven ingevoerd, waardoor het nodige aanbod van diensten kan groeien door een zekere 'solvabilisering van de vraag', maar waarbij overheidscontrole en erkenning belangrijk blijven. De tegemoetkomingen en fiscale incentieven worden in steeds meer landen ook ingezet om de informele hulp te ondersteunen of te vergoeden. Daarnaast blijven de eigen bijdragen in de financiering van de kost niet onbelangrijk (elders observeren wij dat deze in België voor LTC nog altijd hoger is) en blijkt deze ook sterk afhankelijk te zijn van inkomen of zelfs vermogenssituatie, iets wat in België minder of niet voorkomt. Maar België is daarmee niet alleen. 'To avoid income and asset testing, Germany and Japan have instituted partial coverage of long-term costs' (Casey e.a., 2003, p. 30). Het zijn stelsels die de totale bevolking dekken, en kunnen dan ook zonder twijfel als superieur gekwalificeerd worden aangezien private zorgverzekeringen, zoals men die in de VSA aanmoedigt, maar een beperkt succes kenden (vier percent van de bevolking), ondermeer omdat 'payment of premiums has not been continued' (Casey e.a., 2003, p. 30), om welke reden dan ook.

De overzichten laten toe enkele verschuivingen te observeren in het beleid omtrent de langdurige zorg in een aantal EU-landen en een aantal andere OESO-landen. Zo valt uit het overzicht van de OESO op dat in tal van landen een betere coördinatie van de gezondheids- en welzijnszorg of ouderenzorg aan de orde is, ondermeer via het creëren van een nationaal referentiekader, minimumstandaarden, informatie-uitwisseling en verbeterde planning.

De OESO noteert in de onderzochte landen zes types maatregelen die werden onderscheiden in de langdurige zorg (Casey e.a., 2003, p. 58):

- uitwerken van een beter reglementair kader;
- verbeterde coördinatie en inschatting van de zorgbehoefte;
- het meest voorkomende: verbeterde terugbetalingssystemen;
- verschuiving naar betalingen aan de ouderen zelf zodat zij beter hun diensten zouden kunnen aankopen, of informele zorg inschakelen;
- maatregelen om het aanbod en zijn kwaliteit te stimuleren;
- maatregelen om een minimale kostenmix te realiseren.

In de diverse landenreviews geeft de OESO evenwel ook nog haar eigen aanbevelingen en deze blijken evenwel redelijk eenzijdig uit te vallen en zich vooral te concentreren op kostenefficiëntie in de zorg (gezondheid en LTC) of hogere eigen bijdragen in functie van inkomen of vermogen. Maatregelen zijn ondermeer een reductie van kostenverschillen tussen regio's en tussen verstrekkers, oriëntatie via de eigen bijdragen naar de goedkoopste zorgvorm, introductie van inkomenstoetsing of indien deze al bestaan van vermogenstoetsing, stimuleren van goedkopere alternatieven voor de dure zorgvormen (voorbeeld 'rust- en verzorgingstehuizen' in plaats van ziekenhuizen), verschuiving van de financiering van bijdragen naar belastingen,

verbetering van het aanbod, coördinatie tussen de aanbieders, centrale financiering van lokale verstrekkers via 'block grants' of budgetten.

Tabel 7.1 Aanbevelingen van de OESO in een aantal landensurveys van het beleid in de gezondheidszorg en ouderenzorg als antwoord op de vergrijzing

Australië	Loslaten van een fee-for –service regime
Finland	-reduceren interregionale en lokale verschillen op vlak van kosten en kwaliteitszorg -oriënteer de eigen bijdragen naar goedkopere zorgvormen
Hongarije	-vervolledig inkomstensteden met vermogensteden -stimuleer goedkopere alternatieven van verzorgingstehuis voor de ziekenhuiszorg
IJsland	-verschuif de financiering van bijdragen naar belastingen -verhoog aanbod verzorgingstehuis bedden -eigen bijdragen op basis van inkomens en vermogenstest -centrale financiering van lokale overheden op basis van block grant (budgetten)
Noorwegen	-reduceer aanzienlijke kostprijs en kwaliteitsverschillen tussen regio's -betere coördinatie en vermijden dat men kosten afwentelt -oriënteer via eigen bijdragen modulering naar goedkopere zorgvormen
Italië	-verhoog eigen bijdragen en introduceer vermogenstest -verruim gamma aanbod voorzieningen -stimuleer preventie van zorgopname -verbeter coördinatie
Spanje	-introduceer in de tarifiering een inkomens en vermogenstest -verruim aanbod voorzieningen met klemtoon op thuiszorg -introduceer een vouchersysteem dat ook een grotere private-publieke mix stimuleert -verbeter coördinatie tussen administraties
Zwitserland	-stimuleer preventie -verbeter kostenefficiëntie -introduceer gereguleerde competitie -stimuleer een verschuiving naar thuiszorg -selectievere toegang tot de LTC -meer globale preventiepolitiek
Nederland	Geen aanbevelingen
Verenigde Staten	-ruimere verspreiding van managed care voor chronische zorg -meer concurrentie tussen HMO's -meer mogelijkheden voor Health Care Financing Administrations om prijsconcurrentie te stimuleren -meer integratie tussen federale en staatbeleid op het vlak van acute en chronische zorg -meer selectiviteit in thuiszorg via remgelden -stimuleren LTC en LTC insurance -stimuleer verhaal op vermogen van de LTC

Bron: B. Casey, e.a., 2003, p. 63-67.

In tegenstelling tot deze door de OESO gesuggereerde wenselijke evoluties, krijgen wij een totaal ander beeld van de huidige situatie van sommige

voorzieningen voor de ouderen vandaag. Zo blijkt uit een recente studie van de AARP van de financiering van de residentiële ouderenvoorzieningen de sterke mate van collectieve financiering, maar toch ook de aanwezigheid van een inkomensgerelateerde eigen bijdrage. Uit dit overzicht concludeerden wij elders (Pacolet, Cattaert, 2003) dat de graad van collectieve financiering voor de rusthuissector groter is dan in België, terwijl echter ook de inkomensgebonden bijdrage bestaat. In België is de zelf te betalen dagprijs relatief hoger, maar is nog geen inkomenstoets gehanteerd. De meer recente beleidssuggesties van de OESO laten zien dat de bijdragen zouden kunnen verhogen, of de inkomenstoets dient te worden verscherpt. De nieuwe expliciete zorgverzekeringen trachten dit evenwel te vermijden. In België is het omgekeerde nog wenselijk op het vlak van de eigen bijdragen terwijl de afwezigheid van inkomenstoetsen (grotere selectiviteit) reeds een feit is, terwijl men dit in het buitenland verder zou willen realiseren met expliciete zorgverzekeringen. Eens te meer illustreert dit dat de systemen van de verzorgingsstaat naar elkaar convergeren en hoe zij ook balanceren tussen grotere selectiviteit en meer universaliteit. Selectiviteit op basis van inkomen versus ook selectiviteit op basis van hulpbehoevendheid. De impliciet hoge eigen bijdragen in de rusthuissector in België maakte dat men weinig beperkingen moest opleggen naar wie kon opgenomen worden; in landen als Zweden en Nederland waar de eigen bijdragen gering zijn, merkt men wel de grotere selectiviteit (indicatiestelling) naar doelgroep. Het is voor ons nog geen uitgemaakte zaak of een betere collectieve tenlasteneming van de dagprijs, een grotere selectie van de toegelaten bewoners noodzakelijk maakt.

Tabel 7.2 Situering financieringsstructuur van het woon- en zorgcentrum in een aantal EU-landen en een aantal OESO-landen

Australië	Universeel Leeftijdscriteria: Geen leeftijdslimiet Eigen bijdrage bewoners: dagelijkse leefkosten afhankelijk van inkomen en vermogen en de huisvestingskosten variëren tussen de verschillende staten.
Oostenrijk	Universeel Leeftijdscriteria: geen leeftijdslimiet Eigen bijdrage bewoners: ja
Canada	Bewoners met een inkomen beneden een bepaalde limiet betalen niets in de meeste provincies; diegene met een inkomen boven de limiet betalen kosten afhankelijk van het inkomen maar geplafonneerd. Leeftijdscriteria: geen leeftijdslimiet Medische component via ziekteverzekering.
Denemarken	Universeel Leeftijdscriteria: Geen leeftijdslimiet Eigen bijdrage bewoners: bewoners betalen voor huisvestingskosten, onkosten zijn afhankelijk van het inkomen. Ongeveer 10% van de totale uitgaven gebeurt in speciën.
Frankrijk	Voor lage inkomens is er inkomensafhankelijke bijstand. Eigen bijdrage bewoners: bewoners betalen voor huisvesting en de basisverzorging.
Duitsland	Universeel Leeftijdscriteria: geen leeftijdslimiet Eigen bijdrage bewoners: minimum 25% van de institutionele zorg
Israël	Inkomensafhankelijk Leeftijdscriteria: Vrouwen op 60 jaar, mannen op 65 jaar
Japan	Universeel Leeftijdscriteria: personen +65 jaar en personen tussen de 40 en 60 jaar met leeftijdsgerelateerde problemen, zoals dementie Eigen bijdrage bewoners: 10%
Nederland	Bewoners moeten betalen voor de maaltijden in de instellingen Universeel Leeftijdscriteria: geen leeftijdslimiet Eigen bijdrage bewoners: bewoners betalen volgens inkomen voor maaltijden en huisvesting
Nieuw Zeeland	Inkomensafhankelijk (inkomen en vermogen) Eigen bijdrage bewoners
Zweden	Universeel Leeftijdscriteria: een leeftijdslimiet Eigen bijdrage bewoners: gemeentes zijn bevoegd om kosten, die variëren in grootte en samenstelling, te innen. Alleen een minderheid van de totale kosten (ongeveer 5%) worden contant betaald.

Tabel 7.2 Situering financieringsstructuur van het woon- en zorgcentrum in een aantal EU-landen en een aantal OESO-landen. Vervolg

Verenigd Koninkrijk	Personenzorg in rusthuizen is afhankelijk van het inkomen. De vermogenslimiet bedroeg in 2001 \$28,000, inclusief eigendom van een huis. Eigendom van een huis wordt de eerste 3 maanden niet in rekening gebracht.
Verenigde Staten	Universeel voor korte verblijven in rusthuizen. Wordt gedekt door Medicare voor invalide personen van +65 jaar die het ziekenhuis verlaten en professionele hulp nodig hebben. Eigen bijdrage bewoners: geen voor de eerste 20 dagen, \$105 per dag voor een verblijf tussen de 21 en 100 dagen. Hulp wordt beëindigd na 3 maanden. Voor lange verblijven in rusthuizen: inkomensafhankelijk (zowel inkomen als vermogen) onder Medicaid. Eigen bijdrage bewoners: alleenstaanden moeten hun volledig inkomen bijdragen met uitzondering van een klein bedrag voor persoonlijk gebruik van ongeveer \$30-\$40 per maand.

Bron: Gibson e.a., AARP, 2003

De OESO heeft een traditie van de uitbouw van internationaal vergelijkbare statistieken over de gezondheidszorg (OECD Health Data). Ondanks de tekortkomingen hebben zij het voordeel van een gestroomlijnde 'set of least non-comparable/most comparable information', reeks van data op zowel het vlak van gezondheid, gezondheidszorg als de financiering ervan (Poullier, 2004, in Maarse, p. 201) op te leveren.²

Een belangrijke 'upgrading' daarvan is bezig op het macro-economische vlak via een soort van 'nationale rekeningen' van de gezondheidszorg ('System of Health Accounts') dat het zorgsysteem beschrijft op het vlak van verstrekkers (actoren, soort voorzieningen), functies (bijvoorbeeld intramurale zorg versus extramurale zorg) en financiering (bijvoorbeeld private en publieke uitgaven). Ook wordt voorgesteld om systematisch deze cijfers op te splitsen naar leeftijdscategorieën zodat op een internationaal vergelijkbare manier de zorg voor ouderen (65+ers) kan afgezonderd worden. Dit systeem is nog volop in ontwikkeling, en zoals elk soort statistiek heeft dat een decennium of twee nodig om een reguliere statistiek te worden. Zo is ook de afbakening van de gezondheidszorg-LTC-ouderenzorg-welzijnszorg alles behalve duidelijk, wat zich bijvoorbeeld manifesteert bij één van de pionierlanden op het vlak van deze statistiek, met name Nederland, waar thans een ruimere zorgrekening wordt opgesteld (gezondheidszorg en welzijnszorg). Een andere ontwikkeling is dat in de zorgrekeningen ook een arbeidsrekening wordt uitgebouwd: 'Health labour account'. Het bevat een spiegelbeeld van de

² De OESO spreekt van 'massaging' van de data. 'Massage' betekent manipuleren en volgens de woordenboek Van Dale zou dat woord effectief gebruikt worden voor gegevens en 'vervalsen, knoeien met, masseren' betekenen. Wij nemen aan dat de OESO niet deze letterlijke vertaling begrijpt onder haar term 'massaging'.

monetaire zorgrekening in termen van beroepskrachten, aantallen en voltijds equivalenten, onderscheiden naar kwalificatie van de zorgverstrekkers en meer specifiek de medische zorgberoepen. De bedoeling is de human resources van de gezondheidszorg in beeld te brengen, vraag en aanbod, een ambitie die des te belangrijker werd naarmate de discussie ontstond over mogelijke schaarste (maar in de zorgsector wordt ook over numerus clausus gepraat) aan bepaalde gezondheidsberoepen. Op termijn worden deze arbeidsrekeningen ook een belangrijk element in de manpower planning. Belangrijk is dat deze OESO-schema's in belangrijke mate worden overgenomen en gepropageerd door de Europese Commissie en daarbinnen ook Eurostat. België werkte mee aan een pilootproject terzake voor Eurostat (M. Schneider, J. Pacolet, L. Van der Velden, 2004).

Voor België is zowel binnen de administratie als onderzoeksmatig nog een lange weg af te leggen vooraleer aan al deze statistische vereisten kan worden voldaan, maar zijn alle voorwaarden aanwezig, doordat er zeer gedetailleerde statistische bronnen bestaan over de ziekteverzekering, om aan deze statistiekvereisten te kunnen voldoen op voorwaarde dat men er de nodige prioriteit aan geeft.

De voorbije jaren maakte de OESO een aantal bijkomende doorlichtingen van de effectiviteit en efficiëntie van de gezondheidszorg, waarop wij hier niet verder ingaan. Maar ook voor de voorzieningen van de zogenaamde 'long term care' werd een bijkomende dataverzameling georganiseerd op het vlak van de uitbouw van deze voorzieningen, de financiering en het beleid. Hier bestond immers een grote leemte die maar was opgevuld door ad hoc studies als onze eigen studie over de sociale bescherming van afhankelijke oudere personen in de EU. De conclusies daarvan zouden in de loop van 2004 beschikbaar komen, en de eerste vaststellingen werden op diverse plaatsen reeds aan het publiek voorgesteld (de meest recente is Huber, Hennessy, juni 2004). Naar de toekomst toe zullen deze statistieken integraal deel gaan uitmaken van de 'OECD Health data'.

Wij geven hierna de resultaten van de OESO-studie volgens één van de laatste presentaties van Huber en Hennessy (2004, PowerPointpresentatie). In deze analyse is het nog onduidelijk in welke mate voorzieningen voor personen met een handicap opgenomen zijn in de langdurige zorg. In dat geval is voor het geheel van de langdurige zorg in België (thuiszorg, residentiële ouderenvoorzieningen en gehandicaptenvoorzieningen) het relatief aandeel van publieke financiering redelijk hoog. Voor de residentiële voorzieningen voor ouderen daarentegen is dit relatief beperkt.

De LTC uitgaven, die in niet weinig gevallen ook de uitgaven voor de zorg voor personen met een handicap bevat, variëren tussen 0,2 tot 3% van het BBP, wat een veel ruimere spreiding reflecteert dan de gezondheidszorguitgaven, ondermeer omdat de laatste essentiële uitgaven zijn, terwijl in de LTC blijkbaar nog veel

verschil zit in de maatschappelijke ten laste neming, omvang en kwaliteit van de verstrekte zorg, vergrijzing van de bevolking, rol van de mantelzorg. De mediaan ligt iets boven de 1% van zowel private als publieke uitgaven samen. Voor België, dat niet is opgenomen in deze internationale studie, ramen wij deze uitgaven, met inbegrip van de zorg voor personen met een handicap op 1,5% van het BBP, met ongeveer 2/3 publieke uitgaven. Hiermee situeert België zich bij de geavanceerde landen. Wat de publieke uitgaven betreft, zijn de meeste landen meer georiënteerd naar de institutionele zorg, omdat deze ook duurder is in de kostprijs omdat de meer hulpbehoevende personen doorgaans in de institutionele zorg voorkomen. Dit is niet anders in België, wat nog geaccentueerd wordt doordat de Belgische zorg voor personen met een handicap sterk op de residentiële zorg is gericht. In de thuiszorg voor ouderen valt daarentegen wel op dat de eigen bijdragen lager uitvallen, wat een voorbeeld zou kunnen zijn van de door de OESO gepropageerde strategie om via de eigen bijdragen de vraag te oriënteren naar de goedkopere zorgvorm. Ook in het buitenland is de eigen bijdrage in de residentiële zorg hoog, maar toch is in de meeste landen de collectieve verzekering hier beter dan in de acute zorg, zoals boven reeds besproken. België wijkt hier af van de algemene regel doordat de langdurige zorg hier duurder is dan de gezondheidszorg voor de betrokken personen. Maar ook in het buitenland blijft het probleem dat deze eigen bijdragen een beperkte groep relatief zwaar treft zodat een aantal landen verder op zoek gingen naar een gepaste zorgverzekering die de totale bevolking dekt en 'reducing the need for social assistance and means-testing'. Dit leidde in deze landen tot een groei van een markt van private aanbieders, terwijl in andere landen de publieke diensten blijven bestaan. In deze landen, en vooral in de Angelsaksische landen, is er wel een grotere selectiviteit om de duurste voorzieningen enkel op de meest zorgbehoevende te richten, terwijl er een betere balans wordt nagestreefd tussen het publieke en private aandeel. Soms gebruikt men vermogens- of inkomensgerelateerde eigen bijdragen om een betere balans tussen publieke en private middelen te verzekeren (Australië, Nieuw-Zeeland en VK) terwijl men in andere landen als Zweden een grotere selectiviteit naar de meest zorgbehoevende nastreeft voor de in principe universele voorzieningen.

De geschatte toename in de zorg tegen 2050 ligt tussen 1 en 1,5% van het BBP ('No cost "explosion" in long-term care financing so far'), wat al bij al macro-economisch een beperkte kost is, maar voor de betrokkenen zelf aanzienlijk kan zijn. Dit is 1/3 tot ongeveer de helft van de totale groei voor gezondheidszorg en LTC die de OESO voorziet voor de komende 50 jaar (zie boven cijfers van 3 tot 3,5% van het BBP (geciteerd uit Casey e.a., 2003)). Deze stijgende trend zal optreden ondanks verbeterde afhankelijkheid, mede doordat men hogere zorgkwaliteit verwacht. De gestegen kost vraagt volgens de auteurs dan ook voor een collectieve of gemengde tenlasteneming via verzekering. De kostenstijging kan vermeden worden door een beleid dat de zorgbehoeften en afhankelijkheid tracht te voorkomen, door ondermeer preventie, rehabilitatie, meer ondersteuning

van de mantelzorg en meer thuiszorg die duurdere institutionele zorg kan voorkomen of in alle geval kan inkorten door de opname uit te stellen. Grotere verzekering van dit risico is in alle geval één van de hoofdconclusies. Een opmerkelijke nevenconclusie in deze nieuwe reeks van studies van de OESO is dat zij een grotere impact van de consument zelf verwachten in de zorg, door financieringsmechanismen die deze keuze zelf mogelijk maken met inbegrip van tegemoetkomingen voor de mantelzorg die de mantelzorg zelf vergoedt of een budget impliciet vrijmaakt dat men dan zelf kan besteden (Lundsgaard, OECD, 2004). Dit sluit aan bij een ook in de VSA geobserveerde interesse (cfr. de studie van de AARP) voor 'consumer directed care', zonder dat wij hieruit moeten concluderen dat dit een wenselijke evolutie zou zijn. Maar zij is in alle geval ook in Vlaanderen al een punt van discussie geworden nadat ook Nederland en blijkbaar ook Duitsland in dit systeem ver gevorderd zijn. Welke rol moet in Vlaanderen bijvoorbeeld weggelegd worden voor een persoonlijk assistentiebudget, en kan de financiering van de zorg beter georganiseerd worden via een persoonsgebonden budget? Misschien zijn wij echter al ver gevorderd in deze richting. Wanneer de vergoedingen in functie van een afhankelijkheidsschaal in Duitsland daarvan een voorbeeld zijn, dan is België met zijn zorgforfaits in de rusthuissector ver gevorderd in deze richting van 'consumer direction' via persoonsgebonden budgetten. En misschien kan de bruikbaarheid ook niet verder gaan, wil men enerzijds voldoende selectiviteit bewaren aan de ene kant en beschikbaarheid aan de andere kant. Het alternatief is dat men nog selectiever wordt en minder beschikbaar.

1.2 Europese Unie: vrijwaren van toegankelijkheid, kwaliteit en financiële duurzaamheid en levensvatbaarheid

Met een opeenvolgende reeks van Europese beslissingen draagt de EU er de voorbije jaren toe bij dat de uitbouw van de gezondheidszorg en de langdurige zorg een steeds grotere aandacht en prioriteit krijgen in het nationale beleid.

Reeds in 1999 werd door de Europese Commissie een 'gemeenschappelijke strategie voor de modernisering van de sociale bescherming' voorgesteld waarin 'een betaalbare gezondheidszorg van hoge kwaliteit' diende te worden gegarandeerd.

In de Top van Lissabon (maart 2000) en van Göteborg (juni 2001) werd gesteld dat de demografische uitdaging een herziening van de systemen van sociale bescherming, met inbegrip van de gezondheidszorg, noodzakelijk maakte. De Barcelona Raad van maart 2002 onderlijnde drie principes voor de zorg:

- toegankelijkheid: gebaseerd op universele toegankelijkheid, billijkheid en solidariteit;
- hoge kwaliteit van de zorg: die er toe bijdraagt de gezondheid en de kwaliteit van het leven te verbeteren;

- financiële duurzaamheid, wat zowel de effectiviteit (preventie is beter dan behandeling), de efficiëntie als de financiële duurzaamheid in functie van financieringswijze en financieringsmiddelen beoogde.

In maart 2003 werd een gezamenlijk rapport uitgebracht van de Commissie en de Raad omtrent een strategie die de nationale inspanningen op het vlak van gezondheidszorg en ouderenzorg moest ondersteunen. De Lissabon strategie biedt hiervoor een coherent raamwerk, met inbegrip van de toepassing van de 'Open methode van coördinatie'.

In de Mededeling van de Commissie aan de Raad, het Europees Parlement; het Economisch en Sociaal comité en het Comité van de Regio's van 3.1.2003 worden als aandachtspunten gesignaleerd: de uitdagingen die gevormd worden door de technologische vooruitgang en nieuwe behandelingsmogelijkheden, de uitdaging om meer welzijn en meer patiënteninformatie te verzekeren en de directe impact van de vergrijzing zelf.

Het antwoord van de lidstaten is bepaald door zowel de imperatieven van de interne markt (Communicatie 2003, p. 5) als de verdragsbepalingen over volksgezondheid (artikel 152 dat bepaalt dat de EU 'streeft naar een hoog niveau van menselijke gezondheid') als het toezicht dat de EU houdt op de duurzaamheid van de openbare financiën. Een bevraging bij de lidstaten omtrent de wijze dat zij deze doelstellingen wisten te realiseren werd gepubliceerd. De financiële duurzaamheid kwam voornamelijk aan de orde op basis van de toekomstverkenning van de Werkgroep Vergrijzing van het EPC.

Een eerste mededeling omtrent de modernisering van de sociale bescherming met het oog op een hoogwaardige, toegankelijke en duurzame gezondheidszorg en langdurige zorg definieert deze begrippen en stelt een open methode van coördinatie voor (20 april 2004).

Een tweede mededeling zorgt voor de stroomlijning met de overige doelstellingen van de Europese Politiek. De politiek van sociale cohesie, en de werkgelegenheidspolitiek zijn hier belangrijke voorbeelden van, samen met andere vormen van modernisering van de Europese economie en de verbetering van haar competitiviteit.

In een mededeling omtrent de modernisering van de sociale bescherming van 20 april 2004 wordt een stand van zaken opgemaakt van de doelstelling die reeds van in 1992 een aanbeveling is van de Commissie aan de lidstaten om kwaliteitsvolle gezondheidszorgsystemen te ontwikkelen die ook tegemoet komen aan de afhankelijkheidsproblemen van een ouder wordende bevolking. Het rapport van de commissie in 2003 illustreerde de uitdagingen die dit nog steeds stelde; de uitbreiding vanaf 1 mei 2004 zou nog aan de veelheid van deze problemen nieuwe uitdagingen toevoegen, ondermeer deze van een verslechterende gezondheidssituatie ondanks economische groei, of snelle veroudering van de zorgprofessionals (EC, 2004, p. 3). In het Lenterapport van de Europese Unie wordt dan ook een gezamenlijke Europese strategie voorgesteld om de

gezondheidszorg te hervormen. Twee mededelingen werden hierbij voorgesteld: een eerste mededeling die een modernisering van de zorg en zijn financiering betreft, en een tweede die een proces van reflectie opstart over de baat van een hoog niveau van gezondheid. De eerste aanbeveling onderlijnt nog eens het belang van de jobcreatie in deze zorgsectoren, en tegelijk het cruciale om voldoende arbeidskrachten te blijven aantrekken, goed opgeleid en werkend in kwaliteitsvolle jobs (Ibidem, p. 5). Retentie van de oudere werknemers in deze jobs, en aantrekking van nieuwe arbeidskrachten zijn dan ook primordiale aandachtspunten. Verhogen van efficiëntie, ook via E-health, promotie van levenslang leren, zijn maar enkele voorbeelden om hierin supplementaire inspanningen te leveren. De gestegen zorgvraag van de ouder wordende bevolking, naar nieuwe en meer en betere diensten, vraagt een aangepast stelsel van sociale bescherming. De mededeling van de Commissie van 2003 (261 Final) beklemtoonde dat het vooral in de gezondheidszorg en ouderenzorg zou zijn, dat een coördinatie van de sociale bescherming nodig zou zijn en met name een stroomlijning met tal van andere maatregelen in het sociale vlak, te weten de plaats van de sociale bescherming in bijvoorbeeld een werkgelegenheidspolitiek, de specifieke uitdagingen van de werkgelegenheid van de zorgsector zelf, de betrokkenheid van alle stakeholders in de open methode van coördinatie die ook op deze sector zou worden toegepast. Daarom werden in deze mededeling een aantal principes verder naar voor geschoven die de ontwikkeling van de zorgsystemen in de verruimde unie moeten leiden:

- verzekeren van universele toegang tot hoogwaardige kwaliteitsvolle zorg, gekenmerkt door billijkheid en solidariteit en bescherming tegen armoede en sociale uitsluiting van diegenen getroffen door ziekte, invaliditeit, of oude dag, voor henzelf of hun families;
- promotie van kwaliteitsvolle zorg die maximaal bijdraagt tot verbetering van de gezondheid, en kwaliteit van het leven;
- vrijwaring van de financiële levensvatbaarheid van deze toegankelijke en hoogwaardige zorg, dit binnen de context van de beperkingen die de EU zichzelf heeft opgelegd op het budgettaire vlak in het kader van het 'Stabiliteits- en groeipact'. Hiermee verbindt de aanbeveling van de EU de macro-economische doelstellingen met de meso- en microrealiteit van de financiering van de zorgsector, met name instrumenten van efficiëntie en kostenbeheersing, voorschrijfgedrag, ziekenhuisfinanciering, ... (Ibidem, p. 10). In het besef dat tal van deze maatregelen en instrumenten in de handen liggen van de lidstaten, zal de 'open methode van coördinatie' op dit niveau van sociale bescherming moeten liggen in de identificatie van de gemeenschappelijke uitdagingen voor de oude en nieuwe lidstaten op dit domein, en de korte en middellange termijn antwoorden die men hierop zou hebben. De lidstaten worden tegen de Lentetop van maart 2005 verwacht om hierover een nationaal rapport op te stellen, met inbegrip van een cijfermatige diagnose van de uitdagingen waarvoor de zorgsector staat en de

doelstellingen die men zich voorhoudt om de basisprincipes hierboven uiteengezet te realiseren. Een analyse door de Commissie zou dan tegen 2006 meegenomen worden in een gestroomlijnde hervormingsstrategie voor gezondheid en LTC in de periode 2006-2009. Deze voorstellen zouden hun neerslag vinden in het 'Joint report on social protection and social inclusion' in 2007. Gezien de materie zou samenwerking nodig zijn tussen het Social Protection Committee, het Economic Policy Committee, de High Level Group on Health Services and Medical Care, terwijl de voorbereiding van de analyses ook zou moeten steunen op de activiteiten van Eurostat inzake gezondheidsstatistiek, en de samenwerking met de WGO en de OESO (Ibidem, p. 12).

De Ageing Working Group van het Economic Policy Committee is al jaren de duurzaamheid van de publieke financiën en daarin de sociale zekerheid aan het bestuderen onder invloed van de te verwachten evoluties in de stelsels van de sociale bescherming. November 2003 bezorgde zij aan de ECOFIN-raad een verslag omtrent de houdbaarheid van de Stabiliteitsprogramma's van 2002, in het licht van de te verwachten impact van de vergrijzing van de bevolking op de diverse componenten van de sociale bescherming. Boven gebruikten wij reeds het leeftijdprofiel van de zorguitgaven die in deze analyses werd gehanteerd, alsmede de macro-economische resultaten van de prognoses. Opnieuw is veel aandacht gegaan naar de pensioenproblematiek, terwijl de reeds vroeger gedane scenario's voor de gezondheidszorg werden hernomen en geconfronteerd, samen met de andere sociale uitgaven, met de stabiliteitspactvereisten van duurzame publieke financiën. Ook werden een aantal suggesties geformuleerd voor verder verfijning van de scenario's voor de gezondheidszorg (EPC, *The impact of ageing population on public finances*, 2003).

Tegen 2005 moeten voorstellen worden uitgewerkt die aantonen dat het nastreven van meer gezondheid en betere gezondheidszorg, een bijdrage kan leveren aan de Lissabon-strategie. De Europese Commissaris David Byrne (Commissaris voor Gezondheid en Consumentenbescherming) gaf op 15 juli 2004 het startschot voor een reflectieproces over de bijdrage die een hoog niveau van volksgezondheid levert als productieve factor voor de economie: 'Good health is key to economic growth and sustainable development' (E.C., *Enabling Good Health for All*, 2004, p. 2). Zo'n 250 jaar na A. Smith's 'The Wealth of Nations' spreekt de OESO over 'The Health of Nations' en is in deze EU consultatie het uitgangspunt 'Health generates Wealth' (Ibidem, p. 4). Eerder dan een defensieve houding aan te nemen over de gezondheidsuitgaven, wordt, voor wie deze argumenten nodig heeft, aangetoond dat investeren in gezondheid de economie vooruit helpt. De EU citeert een WGO studie die stelt dat een toename van de levensverwachting bij geboorte met 10% de groei met 0,35% opkrikt, terwijl ziekte een zware hypotheek legt op de economische groei: 50% van het groeiverschil tussen arme en rijke landen zou toe te schrijven zijn aan ziekte en lage levensverwachting. De EU stelt

dan ook voor om gezondheid- en gezondheidszorg in de focus te leggen van de Europese groeistrategie van Lissabon. Gezondheidszorg is een 'key driver of economic growth'; het is een motor van jobcreatie (tussen 1995 en 2001 werden 2 miljoen jobs bijkomend gecreëerd in deze sector); elke goed besteedde gezondheidszorg stimuleert nog meer de competitiviteit. Investeren in technologische vooruitgang in de zorg, preventie, gezonde levensstijl, verbetering leefmilieu (en werksmilieu?), al deze factoren moeten merkbare effecten hebben op de gezondheid, levensverwachting, en finaal ook meer productiviteit opleveren. 'Citizens live longer, happier, productive lives' (Ibidem, p. 14). 'Imagine the day when Europe makes a real shift from a focus on illness to a focus on health' (Ibidem, p. 11). Langzaam maar zeker groeit hiermee het bewustzijn dat gezondheid en gezondheidszorg een bijdrage leveren aan de economische vooruitgang, *maar vooral zelf vooruitgang is* in levensverwachting en kwaliteit van het leven, elementen die al te vaak niet gemeten worden in economische analyses. Sommigen beginnen deze vooruitgang ook te monetariseren, wat volgens ons evenwel overbodig is om hun waarde in te schatten. Maar het kan wel een bijkomend argument opleveren in het vrijwaren van de uitgaven voor zorg.

Juli 2004 wordt door de Europese Commissie ook een gecoördineerde strategie afgekondigd om relevante indicatoren over gezondheid en gezondheidszorg systematisch te verzamelen en te publiceren, onder supervisie van een netwerk van 'Competent Authorities on Health Information' en Eurostat. Op basis van een 400-tal items/variabelen moet nu verder een 'short-list' opgesteld en ingevuld worden, op nationaal en regionaal vlak (ECHI- European Health Indicator).

Het 'Report of the High Level Group on the future of social policy in an enlarged European Union' onder leiding van Olivier Duthaillet de Lamothe, met ondermeer Tony Atkinson (Rapport van mei 2004), rekent de uitbreiding, de vergrijzing en de globalisering tot de drie grootste uitdagingen voor de sociale agenda van de EU in de periode 2006-2010. Tot de opmerkelijke aanbevelingen behoren een versterkte familiepolitiek ('allowing European couples to have the number of children they desire'), een Europese immigratiepolitiek, een versterkte activering van de beroepsbevolking, waarbij zowel vroege toetreding tot de arbeidsmarkt als latere uittreding moet worden bevorderd, een groter besef dat sociale bescherming, groei en competitiviteit niet tegenstrijdig zijn maar elkaar versterken. 'Contrary to a widely held view that social protection expenditure undermines competitiveness, economic growth and high employment levels, the empirical situation shows several important counter examples.' Waarbij de auteurs Zweden, Denemarken, Oostenrijk, Luxemburg en Nederland bij de koplopers situeren, Duitsland, Frankrijk en België in een tussensituatie, en met Spanje, Portugal, Italië en Griekenland in een staartpositie met een lage economische en sociale performantie (High Level Group, 2004, p. 54). Relevant voor de discussie in verband met de ouderenzorg onderlijnt deze commissie voor de toekomst het belang van nieuwe jobcreatie in tal van zogenaamde quartaire jobs als thuiszorg,

levenslang leren, gezondheidszorg, maatschappelijke integratie, voorschoolse opvang, enz. (High Level Group, p. 25). Zij vergelijken het jobcreatiepotentieel in Europa met de USA, waar de dienstensectoren meer zijn ontwikkeld, met inbegrip van gezondheidsdiensten en onderwijs (Ibidem, p. 38). Sommige van deze diensten, zoals verhoogde kinderopvang en ouderenzorg, zullen ook maken dat meer vrouwen aan de arbeidsmarkt zullen kunnen participeren, zodat zij de beroepskrachten ook zullen vormen die nodig zijn in deze nieuwe activiteitssectoren. Voor een verhoogde arbeidsmarktparticipatie is ook de strategie van levenslang leren volgens hen belangrijk.

Ook dat is een domein waar de zorgsector een aanzienlijke uitdaging zal tegemoet treden om de wijzigende en groeiende complexiteit, en het streven naar verhoogde efficiëntie en professionalisering, aan te kunnen.³ Methoden om verschillende transitie in de levensloop en de loopbaan te combineren zijn daarbij ook aangewezen, met inbegrip van de diverse verlofvormen voor opleiding, kinderopvang, ouderenzorg enz.

De vergrijzing wordt tenslotte ook een belangrijke uitdaging voor de sociale inclusie. Hoofdaandacht dient dan ook te gaan naar de toegankelijkheid van betaalbare maar tevens kwaliteitsvolle diensten, in het bijzonder voor LTC (Ibidem, p. 83). De modernisering van de sociale zekerheid zal moeten bijdragen tot een grotere graad van jobcreatie terwijl ook in de gezondheidszorg meer efficiëntie zal moeten worden gerealiseerd.

In het algemeen is de open methode van coördinatie volgen deze commissie een uitstekende methode om benchmarking, targets, peer reviewing en uitwisseling van goede praktijken te realiseren. Zij nodigen overigens ook de sociale partners uit 'to develop their own process of benchmarking, exchange of experience and identification of best practices' (High Level Group, 2004, p. 85).⁴

³ In een recent visitatierapport van de opleidingen gezondheidswetenschappen in Nederland nodigt de visitatiecommissie de opleidingen uit om hun know how op ondermeer het vlak van deeltijds leren verder te focussen op de wijzigende behoeften van de arbeidsmarkt en de interesse van werkstudenten om werken-studeren en gezin te combineren. Het effent de weg voor levenslang leren in de zorgsector.

⁴ Een voorbeeld hoe dit zich aan het realiseren is, is een UNI-Europa Finance project dat dergelijke methode van coördinatie en benchmarking wenste te hanteren in het kader van een 'collective bargaining network' van vakbondsmensen en mensen van Europese ondernemingsraden. De sociale partners in de non-profit sector, die iets later de druk van Europese convergentie en concurrentie zullen ondervinden, moeten misschien ook meer en meer denken aan dergelijke werkwijze. Zie o.m. Pacolet, Coudron, 2004.

2. Debat in een aantal buurlanden: Nederland, Duitsland, Verenigd Koninkrijk en Frankrijk

Wij hebben hierna voor vier ‘vergelijkbare’ buurlanden en tevens belangrijke handelspartners (met name Nederland, Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk) nagaan hoe daar het debat over de impact van de vergrijzing op de zorgsector is gevoerd, wat de gevolgde methodiek was, waar en met wie en waarover het debat ging en wat de conclusies waren. Wij bekijken enkel de meest recente periode.⁵ Is het een debat over impact van de vergrijzing, over herziening van het stelsel of de introductie van nieuwe stelsels (verdere uitbouw van zorgverzekering of LTC insurance)? Hoe wordt het debat georganiseerd? Het is niet de bedoeling om in detail in te gaan op al de aanbevelingen, die soms in de uitgavenzijde, soms aan de inkomstenkant, soms in de organisatie van het stelsel gesitueerd zijn. Met ‘vergelijkbaar’ bedoelen wij dat het niveau van ontwikkeling van de welvaartstaat vergelijkbaar is met deze in België, waarbij ook opvalt dat de punten van overeenstemming talrijker zijn dan de punten van verschil. Maar die zijn er uiteraard ook. Zo vergelijken wij hier meer Bismarck-georiënteerde stelsels van sociale bescherming met meer Beveridge-georiënteerde stelsels. Zo is er in het VK een NHS met een wereld van verschil met de vrije organisatie van de gezondheidsberoepen in de andere landen. Alle zijn echter op zoek naar instrumenten van kostenbeheersing en betere organisatie, waarbij vooral opvalt voor de ouderenzorg dat de systemen van ziekteverzekering en van LTC, alhoewel theoretisch te verwachten, niet naar elkaar toegroeien maar expliciet een aparte analyse en behandeling blijven krijgen. Daarmee is de Belgische situatie, waar welzijn en gezondheidszorg gescheiden zijn doordat ook andere bevoegdheidsniveaus de voornaamste verantwoordelijkheid hebben, geen uitzondering maar eerder de regel. Ook de totstandkoming van een aparte Vlaamse zorgverzekering past in deze aparte ontwikkeling, en zou de aanzienlijke opname van een deel van de financiering van de LTC in de Belgische ziekteverzekering, eerder als uitzonderlijk kunnen worden omschreven. Wij blijven zij evenwel als theoretisch te verwachten beschouwen, en een na te streven integratie van de zorg voorafbeelden.

2.1 Nederland

Het Nederlandse systeem voor de verzekering van zorg voor ouderen en de gezondheidszorg is gekenmerkt door een driedelige structuur: er is een soort

⁵ Voor een overzicht van het debat in het verleden verwijzen wij naar twee vroegere studies van het HIVA terzake, m.n. J. Pacolet, ‘The state of the welfare state in the EU’, en J. Pacolet e.a., ‘Social protection of dependent older persons’, waarvan de synthese ook in het Nederlands en het Frans werd gepubliceerd. In het najaar 2005 organiseert het HIVA een derde conferentie over ‘The State of the Welfare State in the EU’ met vooral aandacht voor pensioenen, gezondheidszorg en LTC.

volksverzekering via de AWBZ Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten die de totale bevolking dekt voor de meeste van de oude-dag voorzieningen. Het toenemend ontstaan van wachtlijsten in deze sector heeft gemaakt dat de jongste jaren patiënten hun recht op zorg gingen opeisen bij de rechtbank, zodat de AWBZ meer en meer verplicht werd om een 'open ended' financiering te verzekeren (Maarse, 2004, p. 101). Daarnaast is er de ziektekostenverzekering die enerzijds een wettelijk stelsel omvat, en anderzijds (voor toch bijna 30% van de bevolking) een private ziekteverzekering. Voor 2006 is voorzien dat een basispakket van ziektekosten wordt opgenomen in een veralgemeende ziektekostenverzekering (ook delen van de AWBZ worden er in opgenomen) terwijl het aanbod van verzekeringen van zowel private als publieke verzekeraars kan komen. Daarmee rees twijfel of dergelijke stelselherziening van in feite een sociaal zekerheidsstelsel dat door private verzekeraars zou worden georganiseerd, niet in strijd zou zijn met de Europese regelgeving van vrij verkeer van diensten en onvervalste mededinging (Gezondheid en Europa: een kwestie van kiezen, 2002). Maar blijkbaar zal de nieuwe zorgverzekeringswet, die ingang zal hebben in 2006, wel in die richting kunnen verder evolueren: een standaardpakket van noodzakelijke zorg dat door zowel de ziekenfondsen als de particuliere zorgverzekeraars kan worden aangeboden en georganiseerd (VWS, 2004).

Populair in de LTC is de discussie over het persoonsgebonden budget of het gebruik van vouchers. In de AWBZ kan met name de patiënt vanuit zijn budget zowel formele als informele diensten kopen, alsook de keuze maken tussen al dan niet 'for profit' verstrekkers (Maarse, 2004, p. 109). De persoonsgebonden budgetten zijn vanaf 1995 geïntroduceerd in de AWBZ voor ouderen en personen met een handicap, maar weliswaar op een beperkte schaal. Het persoonsgebonden budget vertrekt van een indicatiestelling voor een achttal functies en de benodigde zorgtijd, de kostprijs van de zorg daarvoor, verminderd met 25% korting omwille van het feit dat men niet via een grotere eenheid – en dus goedkoper! – de zorg inkoopt, en de inkomensgebonden eigen bijdrage. Het alternatief is dat men de zorg terugbetaald krijgt via de voorziening. Een onafhankelijk orgaan voor indicatiestelling, beheerd door de gemeenten, is verantwoordelijk voor de toegang tot de ouderenzorg zowel thuis als in een instelling. Nu is ongeveer 10% van de ouderen thuis in een stelsel van persoonsgebonden budget, en men veronderstelt dat het zal stijgen tot een 20%. In Duitsland is een 'in cash' tegemoetkoming ondertussen in de zorgverzekering goed voor 73% van de gebruikers (Wiener, Tilly, Cuellar, 2003, p. 6, 30-33). De zorg kan zowel door het regulier circuit, door nieuwe, vaak kleinschalige 'for-profit' aanbieders en vooral door informele zorg of mantelzorg van familie en gezinsleden, geleverd worden.

Het persoonsgebonden budget lijkt nogal wat waardering te krijgen in Nederland: het zou de ouderen toelaten langer thuis te blijven. Om die reden is het ook erg populair bij de ouderen, en zijn familie en daarom vroeg het Parlement ook dat dit soort van vergoeding een groter deel zou gaan uitmaken van de AWBZ. Merkwaardig is wel dat deze zorg, die de autonomie van de patiënt vooropstelt,

toch gestoeld is op een indicatiesteller die beslist of men in een instelling kan blijven, of thuis, en welke thuiszorgdiensten nodig zijn, om aldus het budget te bepalen. Dit veronderstelt toch nogal wat inperking van de autonomie van de oudere. Voordeel van de regeling lijkt verder wel dat de grens tussen gezondheid en welzijn minder scherp hoeft te zijn. De overheid wenst de coördinatie in de schemerzone tussen 'cure' en 'care', tussen gezondheidsvoorzieningen, welzijn, zelfs huisvestingsbeleid, voorzieningen voor personen met een handicap, verder te verbeteren. Een uitdaging in de AWBZ zal ook de introductie van 'managed care' principes zijn, met inbegrip juist van een betere coördinatie tussen 'cure' en 'care' (OESO, *Economic Surveys 2002 Nederland*, p. 134-135).⁶ Aan de ene kant worden verstrekkingen gelicht uit de AWBZ en toegevoegd aan de ziekteverzekering, terwijl men juist betere coördinatie tussen 'cure' en 'care' wenst te verzekeren.

De meest recente publicaties in Nederland in verband met de vergrijzing en behoefte aan gezondheidszorg en 'verpleging en verzorging' (staat voor 'long term care') tonen aan dat de vraag gelijke tred blijkt te houden met de toename van de bevolking ouder dan 65 jaar. Deze zou tussen 2000 en 2020 stijgen met 49%, en ook de toename van de meeste zorgcategorieën liggen daar rond (cijfers die wij op basis van alleen demografie tegenkomen voor België in 2050). Een aantal varianten zijn berekend om de impact na te gaan van preventiemaatregelen als vermindering roken, vermindering inkomensverschillen, vermindering overgewicht, vermindering sociaal-economische gezondheidsverschillen, impact aanpassingen van de woningen. In al deze gevallen lijkt de impact beperkt te zijn, wat misschien ook logisch is omdat 20 jaar in feite kort is om substantiële effecten te kunnen becijferen.⁷ De enige opmerkelijke vraagwijziging zou optreden als men huishoudelijke hulp uit het basispakket zou wegnemen, waaraan gedacht wordt in Nederland. Indien deze huishoudelijke verzorging (equivalent met een deel van onze thuiszorg) zou wegvallen bij een goede 240 000 personen in Nederland, zou de persoonlijke verzorging en de opname in een verzorgingsinstelling toenemen met respectievelijk 50 000 en 40 000 personen ('Verpleging en zorg', p. 120).⁸ Deze opvallende conclusie werd ook reeds duidelijk in een vroegere studie van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) (van Campen, Woittiez, van Gamren,

⁶ De duurzaamheid van de financiering van de sociale zekerheid in Nederland is ondermeer afhankelijk van de mogelijkheid om extra fiscale ontvangsten te boeken op de pensioenuitkeringen die nu in de pensioenfondsen zitten: indien die opbrengsten laag zijn, dan zouden die ontvangsten ook laag uitvallen. Verder valt het op dat ook voor Nederland de financiering van de sociale zekerheid aanzienlijk verbetert naarmate men des te sneller de schuld afbouwt (Zie ook Stabiliteitsprogramma Nederland 2001-2007, actualisatie 2003, p. 14).

⁷ In het verder besproken Wanless – rapport voor het VK lijkt de impact van een voluntaristisch beleid op het vlak van preventie en gezonde levensstijl zelfs over een periode van 20 jaar juist aanzienlijk te zijn.

⁸ Voor Vlaanderen signaleerden wij in hoofdstuk 7 een gelijkaardige afruil tussen meer thuisverpleging en minder institutionele zorg (drie personen per 100 60+ers meer in de thuisverpleging geeft in sommige regio's 1 persoon minder in de institutionele zorg).

Timmermans, 2004, p.18 en 20) waar duidelijk bleek dat bij de indicatiestelling beperkingen voor huishoudelijke vaardigheden doorwogen voor de nood aan huishoudelijke hulp en de opname in de verzorgingsinstelling, terwijl dit nog meer manifest werd voor het werkelijke gebruik. Indien men werkelijk persoonlijke verzorging of institutionele zorg, in zowel een verzorgingshuis als een verpleeghuis opneemt, dan is men voor 85% tot 96% afhankelijk voor huishoudelijke hulp. 'Ondersteuning voor huishoudelijke hulp kan dus opname voorkomen' is de conclusie van deze studie. Dit is ook de voornaamste conclusie van een recente studie in Vlaanderen (G. Van Camp, J. Pacolet, 2004). Vermelden wij nog uit de Nederlandse studie 'Verpleging en zorg' de hoopgevende conclusie: 'Indien trends uit het verleden zich voortzetten, dan zijn ouderen in de toekomst vaker ziek, maar zij hebben minder last van die ziekten' (J.M. Timmermans, 2004, p.124).

De Nederlandse Tweede Kamer heeft in het najaar van 2003 een kritische analyse gemaakt van waar de extra miljarden voor zorg werden gebruikt in Nederland in de periode 1994-2002. Zij kwam tot de vaststelling dat de helft van de groei aan middelen ging naar nominale groei (prijs en loonontwikkelingen, indexeringen), terwijl de overige helft naar zogenaamde 'volumegroei' ging. Maar ook dat stond nog niet synoniem voor meer productie, maar kon ook gaan naar kwaliteitsverbetering en verbetering van de werkdruk en de arbeidsmarktsituatie van het zorgpersoneel. Op de totale middelengroei van 23,5 naar 39,1 miljard euro in de periode 1994-2002 is de toename van ongeveer 15,6 miljard voor de helft (7,1 miljard euro) voor nominale stijgingen bestemd en de andere helft was voor zogenaamde volumegroei (8,32). Hiervan was op zijn beurt iets meer dan de helft (58%) effectief gebruikt voor volumegroei die extra productie uitmaakte, en reductie van de wachtlijsten, terwijl 18% van het extra volume ging naar vermindering van werkdruk en arbeidsmarktmaatregelen (nodig om de sector aantrekkelijk te houden op de arbeidsmarkt), en 23% werd gebruikt voor verbetering van kwaliteit (Rapport Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven, 2004, p. 18 en 21).

De volumegroei die de twee paarse regeringen zich hadden voorgenomen (1,3% in de periode 1994-1998 en 2,25% in de jaren 1998-2002) werd in werkelijkheid steeds lichtjes overschreden, en vooral in de periode 2000-2002 was er een serieuze inhaalbeweging. De nominale stijgingen zijn bestemd voor de loon- en prijsstijgingen op macro-vlak, maar de Commissie sloot niet uit dat de 'contractloonontwikkeling' hierboven lag. Zo voorzag de vergoeding voor deze loonontwikkelingen in 2001 en 2002 telkens 4% stijging ('totaal 8%'), maar werd in de CAO's 10% voorzien. De Commissie achtte het dan ook 'meer dan waarschijnlijk dat in dergelijke gevallen middelen die als 'volumemiddelen' zijn gelabeld, in feite voor nominale ontwikkeling zijn ingezet' (ibidem, p. 21). Deze verkeerde 'labeling' van in feite (kost)-prijs-evoluties voor volume-evoluties, werd ook vastgesteld in een recente analyse van de zorgrekeningen voor Nederland.

Wanneer de Commissie Onderzoek Zorguitgaven voor de periode 1998-2002 een volumegroei van gemiddeld 5,7% per jaar vaststelt, is dit volgens de betere cijfers op basis van de zorgrekeningen in de orde van grootte van 3,3 tot 3,6% (Van Hilten, 2004; van Mosseveld, Smit, 2002).⁹ Dit is hoger dan de reële groei die men had verwacht, maar lager dan de groei die de Commissie concludeerde. Het illustreert het belang van correct interpreteerbare cijfers in het maatschappelijk debat.

2.2 Duitsland

Twintig jaar duurde het voor de Pflegeversicherung in Duitsland een feit werd. Ontstaan vanuit de vaststelling dat een aantal voorzieningen voor ouderen onvoldoende waren uitgebouwd en dat de lokale overheden en de bijstand niet zelden finaal de last moesten dragen van de zorg voor ouderen in een instelling en thuis, werd in 1995 de zorgverzekering ingesteld, parallel en vergelijkbaar met de ziekteverzekering. Zowel organisatie en financieringswijze waren vergelijkbaar. De zorgverzekering impliceerde ten dele nieuwe middelen voor de LTC (van 1,7% van de loonmassa, gelijk te spreiden over werkgevers en werknemersbijdragen), zodanig dat het aandeel in de totale zorgfinanciering in 1998 reeds 7% uitmaakte, wat zelfs meer dan 10% vormde van het budget van de ziekteverzekering en het belang evenaarde van de private ziekteverzekering. De thuisverpleging en de verzorgingstehuizen vormen in 1998 respectievelijk 2,3 en 6,5% van de totale uitgaven (Busse, 2002, p. 55). Toch was dit geen volledig nieuw geld, want ondermeer werd geargumenteed dat deze verplichte zorgverzekering de financiering uit de bijstand diende te reduceren. Wanneer in 1992 de overige publieke financiering nog 13% uitmaakte, daalde zijn aandeel in 1998 tot 8,4% wat een deel van deze substitutie kan illustreren (Busse, 2002, p. 54).

De introductie van de zorgverzekering heeft zowel de grenservaging als het onderscheid tussen gezondheid en ouderenzorg aan het licht gebracht. De zorgverzekering wordt parallel met de ziekteverzekering door de ziekenfondsen en de private verzekeringsmaatschappijen beheerd. Professionele thuiszorg is per prestatie gefinancierd, terwijl de residentiële zorg per dag wordt vergoed. De zorgkassen moeten de toegang tot de ambulante zorg verzekeren, terwijl de Länder de toegang tot de institutionele zorg moeten garanderen. De Länder blijven verantwoordelijk voor de investeringskost van de residentiële voorzieningen en ten dele ook voor de investeringen in de thuiszorgvoorzieningen. Zij zijn ook verantwoordelijk voor de planning in de zorg, maar kunnen tegelijk het aanbod niet beperken om de concurrentie aan te moedigen. Daarenboven neemt het gros van de thuiszorgpatiënten in Duitsland

⁹ In navolging van instructies van Eurostat is in Nederland apart onderzoek verricht omtrent de meting van volume en prijseffecten. Een zelfde onderzoek naar de productiviteit in de openbare sector, inbegrepen de gezondheidssector is ook in het VK bezig (Atkinson Review). Dergelijk onderzoek is ook in België wenselijk, en wordt overigens door Eurostat ook verwacht.

de tegemoetkoming op in 'cash', wat een bijkomende incentief kan zijn voor nieuwe aanbieders. De wetgever schafte ook expliciet de voorrang van non-profit organisaties af ten opzichte van for profit organisaties, om die concurrentie juist aan te moedigen op zowel prijs als kwaliteit (Busse, 2002, p. 59).

In de ziekteverzekering is er van in de jaren negentig een streven naar kostenbeheersing op basis van budgetten per sector; budgetten die vaak echter onhoudbaar bleken (OESO, 2003).

In 2003 wordt onder voorzitterschap van Bert Rürup een Commissie ingesteld die voorstellen diende te formuleren voor een duurzame hervorming van het pensioenstelsel, de gezondheidszorg en de zorgverzekering. De hervormingsvoorstellen hebben echter vooral betrekking gehad op de financieringszijde, en minder op de uitgavenzijde. Twee nieuwe modellen zijn vergeleken en werden voorgesteld als alternatief voor het huidige stelsel:

- enerzijds een volksverzekering waarbij de totale bevolking werd gedekt, en waarbij de inkomenssolidariteit evenwel nog behouden bleef in het stelsel zelf; en
- anderzijds een 'gezondheidsverzekering' waarbij iedere verzekerde dezelfde premie betaalt, maar waarbij elke herverdeling die los staat van het gezondheidsrisico wordt georganiseerd via de fiscaliteit. Voordeel is hier een beduidende daling van de arbeidskosten waaruit de premie verdwijnt, terwijl de inkomenssolidariteit via de fiscaliteit kan georganiseerd worden, een solidariteit die daar ook kan gefinancierd worden via een ruimere belastingbasis.

Blijkbaar - maar het geldt ook voor pensioenen - hebben de voorstellen in deze hervorming zeker niet een consensus bereikt in de Rürup-Kommission want niet minder dan 6 minderheidsstandpunten werden toegevoegd in het verslag.

Ook de zorgverzekering kreeg in deze Commissie een aparte analyse. Het aantal gerechtigden in de Pflegeversicherung zou de komende 40 jaar stijgen van 1,9 miljoen gerechtigden tot 3,1 miljoen. Om deze toegenomen zorg te kunnen financieren zou het huidige bijdragepercentage van 1,7% moeten stijgen tot 3% in 2040, in de aannames van de Rürup-Kommission. Om dit stelsel te behouden worden suggesties gedaan naar een grotere aandacht voor preventie (indachtig 'Prävention und Rehabilitation vor Pflege') van zorgbehoevendheid, een betere financiering voor de zorg voor personen met dementie, de introductie van persoonsgebonden budgetten, een gelijkstelling van de budgetten voor intramurale en extramurale zorg voor de laagste twee zorgcategorieën naar het lagere niveau van de ambulante zorg, daarmee effectief beter 'dem grundsätzlichen Vorrang der hauslichen Pflege' (Rürup Kommission, p. 194) realiserend (ten koste weliswaar van een lagere financiering van de institutionele zorg). Een intergenerationele solidariteit tenslotte wordt ingevoerd vanaf 2010. Dit houdt in dat de gepensioneerden vanaf 2010 een hogere bijdrage voor de zorgverzekering zullen gaan betalen, terwijl zij ook nog de bijdrage van de actieven zullen mee dragen. Deze laatste bijdrage wordt gestabiliseerd op 1,7%

van de lonen, waarvan tussen 2010 tot 2030 een deel wordt gebruikt in een kapitalisatiestelsel om een private 'Pflegekonto' op te bouwen. De gepensioneerden kunnen daaruit dan nadien een 'rente' puren die in feite hun bijdrage aan de Pflegeversicherung netto kleiner maakt.¹⁰ De bijdrage op de pensioenen zou finaal, tegenover de gestabiliseerde bijdrage voor de actieven van 1,7%, oplopen tot 4,5% maar netto zou dit voor de gepensioneerden neerkomen op 2,62% van hun pensioen (de pensioenkassen dragen een deel, de private 'Pflegekonto' levert een ander deel op). Hiermee werd de deelwijze fondsvorming in het stelsel versterkt. Finaal werd ook een meer drastische hervorming naar een kapitalisatiesysteem onderzocht, maar gezien de kostenverhoging die dit voor de huidige actieven zou meebrengen (zij zouden tijdelijk twee stelsels moeten financieren) werd uiteindelijk de voorkeur gegeven aan een beperkte hervorming die vooral een hogere bijdrage legt bij de gepensioneerden en een beperkte vorm van kapitalisatie.

De Rürup-Kommission heeft vooral voorstellen gedaan omtrent de financiering van de gezondheidszorg. De regering heeft vanaf 2004 vooral hervormingen aan de bestedingszijde doorgevoerd. De modernisering van de gezondheidszorg kaderde in een project van hervormingen rond 'Gezondheid en sociale zekerheid 2010'. Hierbij lag de bedoeling voor om een betere gezondheidszorg te realiseren, door meer concurrentie tussen 'Krankenkassen' en tussen zorgverstrekkers te stimuleren, meer innovatie, betere prijs/kwaliteit, grote betrokkenheid van de patiënt, grotere beslissingsbevoegdheid voor de patiënt, vrije artskeuze, beter management, behandelingfinanciering, meer kosten/effectiviteit controle voor geneesmiddelen en behandelingen, stimulering van preventie, enz. Het resultaat was dat voor het eerste halfjaar 2004 de uitgaven met 3,5% zijn gedaald, zodanig dat zelfs de discussie wordt gestart of deze daling niet dient benut te worden voor zelfs een daling van de bijdragen, alhoewel men daar blijkbaar eerder schoorvoetend toe beslist en eerder de voorkeur geeft aan reserves op te bouwen – 'entgegen der Absicht des Gesetzgebers' (BMGS, Persmededeling 02/09/2004). Opmerkelijke cijfers in die context zijn de sterke toename van de preventieve gezondheidszorguitgaven. Overigens lijken de gezondheidszorguitgaven in Duitsland redelijk onder controle, althans in de aannames, aangezien de uitgaven tussen 2000 en 2050 maar van 5,7 tot 7,1% van het BBP zouden stijgen (German Stability Programme, update 2003, p. 40).

2.3 Frankrijk

Frankrijk heeft een wijd verspreid duaal ziekteverzekeringstelsel: er is de volledige bevolking dekkende verplichte ziekteverzekering, en daarnaast is er een aanvullende verzekering die voor bijna 80% van de bevolking is afgesloten en die

¹⁰ In actuele waarde zou het gekapitaliseerde vermogen oplopen tot 75 miljard euro (nominaal 125 miljard), of per verzekerde ongeveer 3 500 (nominaal 6 100) euro (Rürup-Kommission, p. 204).

bijna volledig de remgelden in het wettelijk stelsel herverzekerd, zodat het dit systeem van remgelden in feite ook deels uitholt (OESO, Economic Survey France, 2000, p. 109). Deze aanvullende verzekering wordt aangeboden door de mutualiteiten zelf of door private verzekeraars. Voor de laagste inkomensgroepen is er ook sinds 2000 een 'couverture médicale universelle' (die de gezondheidszorgvergoeding van de lokale overheden verving) die er voor zorgt dat de totale bevolking is verzekerd, en de laagste inkomens ook een aanvullende verzekering hebben doordat de remgelden voor hen niet moeten betaald worden. Blijft uiteindelijk een groep over tussen beide systemen, waarvoor de remgelden wel een probleem kunnen vormen. Dit systeem is in Frankrijk over het algemeen als gunstig geëvalueerd, maar met een relatief hoge kost. De financiering ervan was evenwel reeds van in 1991 minder gaan wegen op de arbeid, wegens het invoeren van een veralgemeende sociale bijdrage (contribution sociale généralisée – CSG) die een deel van de financiering op zich nam. Het zogenaamde 'Plan Juppé' voorzag vanaf 1996 dat de budgetten voor de ziekteverzekering jaarlijks worden goedgekeurd door het Parlement, dat niet echt een maximum legt op de uitgaven, maar het politieke kader aangeeft waarbinnen de beslissingen in de sector dienen te worden genomen (Ibidem, p. 2000). Deze budgetten, die ook per uitgavencategorieën werden vastgesteld, hebben er alvast voor gezorgd dat voor een aantal sectoren de uitgaven werden afgeremd, maar ook hier had dit soms het karakter van een 'pause' waarna de trend van vroeger terug wordt opgenomen. De 'targets' die de overheid zich stelde werden ook regelmatig overschreden, alhoewel op het einde van de jaren negentig de uitgaven in lijn lagen met de evolutie van het BBP. In 1999 is een hervormingsplan van de ziekteverzekering (UNAM) er op gericht de financiering afhankelijk te maken van DRG, van een gebruik van een globaal medisch dossier en referentieartsen en de terugbetaling van geneesmiddelen op basis van de goedkoopste geneesmiddel in elke categorie. Ook werd voorgesteld om niet langer de sociale zekerheidsbijdragen van de artsen (die dateerde van een tijd dat er schaarste was aan artsen in 1960) niet langer meer zelf te dragen (OECD, 2000, p. 160).

In het kader van het stabiliteitspakt 2005-2007 voorzag de Franse overheid een ingrijpende wijziging van de ziekteverzekering op basis van de voorstellen van de 'Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie' (oktober 2003). Voordien reeds was het grondwettelijk principe in voege getreden dat het Parlement de budgetten over de ziekteverzekering vastlegde. Voor de komende jaren zou dit beperkt worden tot de groei van het BBP of het potentiële BBP, zo'n 2,25% per jaar (Stability pact Frankrijk 2005-2007, p. 8). Het jaar voordien was nog een groeipercentage van 2,5% voorzien, terwijl de vooruitzichten van de ziekteverzekering zelfs spraken van 3,8% groei in reële termen (Stability programme 2004-2006, p. 5); overleg met de actoren en verdere maatregelen van besparingen (ondermeer op het vlak van pathologiefinanciering, geneesmiddelen) werden dan ook geformuleerd en ook kondigde de overheid een ruim overleg met

de sector aan om de rol en verantwoordelijkheden van de diverse spelers uit te klaren.

Januari 2004 bracht de 'Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie' een rapport uit over de uitdagingen van de ziekteverzekering in de komende decennia. Dit zou ofwel leiden tot een verdubbeling van de CSG van 5,25 naar 10,75% tegen 2020, ofwel een daling van de publieke financiering van de zorguitgaven van 76% van de totale kost naar 55%, wat een ernstige hypotheek zou leggen op de toegankelijkheid en de solidariteit. De commissie geeft dan ook een aantal aanbevelingen die vooral in het gezondheidszorgsysteem zelf effect moeten ressorteren: kritische evaluatie van effectiviteit en efficiëntie van de terugbetalingen en regelmatig herbekijken van de 'perimeter' van de terugbetalingen, zonder dat budgetten een rantsoenering mogen inluiden; betere oriëntatie naar kwaliteit van de zorg en een systematische evaluatie van de zorgprocessen in die zin, zowel in de instellingen als in de thuiszorg ('tant à l'hôpital que dans les soins dits 'de ville'') (Rapport du Haut Conseil, 2004, p. 17), in het geneesmiddelengebruik, in de prijszetting (bijvoorbeeld terugbetaling op basis van pathologie). De commissie wijst ook de inefficiënties aan van het gebrek aan overleg tussen de gezondheidssector en de welzijnssector, de mogelijkheden van preventie, voorlichting, wijzigingen in de levensstijl etc. 'L'approche trop cloisonnée des deux secteurs est un non-sens en termes de santé publique' (Ibidem, p.21). Ook het overleg tussen de intramurale en extramurale zorg, in het ziekenhuis en in 'la ville' blijft problematisch, net zozeer als de regionale verschillen. Ook hier wordt tenslotte verwezen naar de behoefte van een verbetering van het management van het systeem.

De ouderenzorg is daarnaast een aparte bevoegdheid van de Departementen. Het zicht op de gezondheidszorg en ouderenzorg in Frankrijk is niet eenvoudig te bekomen, omdat ook hier uiteenlopende bevoegdheden spelen. De residentiële voorzieningen en thuiszorg voor de ouderen vallen samen met voorzieningen voor personen met een handicap, onder de verantwoordelijkheid van de lokale overheden (département). De financiering valt ten laste van de ouderen zelf, met evenwel tegemoetkomingen voor de afhankelijke ouderen en bijstand voor de ouderen en de armen. De zorg verstrekt door gezondheidszorgverstrekkers valt ook hier evenwel ten laste van de ziekteverzekering. Een aantal wetten omtrent een zorgverzekering hebben hierin verbetering willen brengen (Sandier, Polton, Paris, Thomson, 2002, p. 42).

De verbeterde toepassing van de 'allocation personnalisée d'autonomie' zou in alle geval de lagere overheden verplichten tot verdere lastenverhogingen, terwijl de centrale overheid er wenste op toe te zien dat er zowel een grotere toegankelijkheid is, maar ook een grotere solidariteit tussen de departementen (Stabiliteitsplan, 2004-2006, p. 6).

De discussie over de langdurige zorg kreeg een andere wending in de zomer van 2003: niet minder dan 15 000 extra doden vielen er in Frankrijk onder de ouderen

omwille van de hittegolf van augustus 2003 (Verslag Senaat). Dit leidde in het najaar 2003 tot een reeks van voorstellen tot een hervorming van de wet op de 'allocation personnalisée d'autonomie' met ingang van juli 2004 (wet van 30 juni 2004), waarbij een verbeterde financiering werd voorzien voor de ouderenzorg en de zorg voor personen met een handicap, zowel thuis als in een instelling. Zo werd ondermeer een verhoogde werkgeversbijdrage van 0,3% voorzien plus nog een aantal andere bijdragen vanuit de veralgemeende sociale zekerheidsbijdrage, evenals ook heffingen op vermogensinkomsten. Hiermee werd eindelijk ook een einde gesteld aan de impasse die wij meenden te observeren in Frankrijk dat zonder voldoende nieuwe middelen ('nieuw geld') er ook geen merkbare vooruitgang zou kunnen gemaakt worden op het vlak van de voorzieningen voor ouderen en personen met een handicap. Merk op dat de 0,3% bijdrage in de buurt ligt van de 0,25% die wij in het verleden aanhaalden voor België als een voldoende drempel om werk te maken van een zorgverzekering (Pacolet, Bouten, Lanoye, 1998). Ook in bewoording dacht men in Frankrijk aan een 'vijfde pijler' in de sociale zekerheid, alhoewel zij dus niet onmiddellijk op het domein van de sociale zekerheid werd geïnstalleerd. Uiteindelijk zijn het de werknemers die de voornaamste kost van deze nieuwe financiering dragen, aangezien de wet van 30 juni 2004 voorzag in het opgeven van een feestdag (andere dan 1 mei), of vakantiedag, door de creatie van een 'journée de solidarité'. Door de wetgever werd, bij afwezigheid van een collectieve overeenkomst over de modaliteiten van deze arbeidsduurvermeerdering, deze dag van solidariteit niet zonder gevoel van geïnspireerdheid gesitueerd op Pinkstermaandag.

2.4 Verenigd Koninkrijk

De hervorming in het NHS staat in de jaren 2000 op de top van de politieke agenda (Dixon, Robinson, 2003, p113). Het systeem is 'underfunded in comparison with most other Western European countries for at least the last two decades...with long waiting lists for hospital appointments and often poor quality hospital buildings'. Dit leidde al in 2002 tot de aankondiging dat de NHS een viertal jaren ongeveer 6% in reële termen zou mogen groeien, waarbij in 2002 zelf al werd vermoed dat de uitgaven in reële termen met 9% zou toenemen (Ibidem, p. 113).

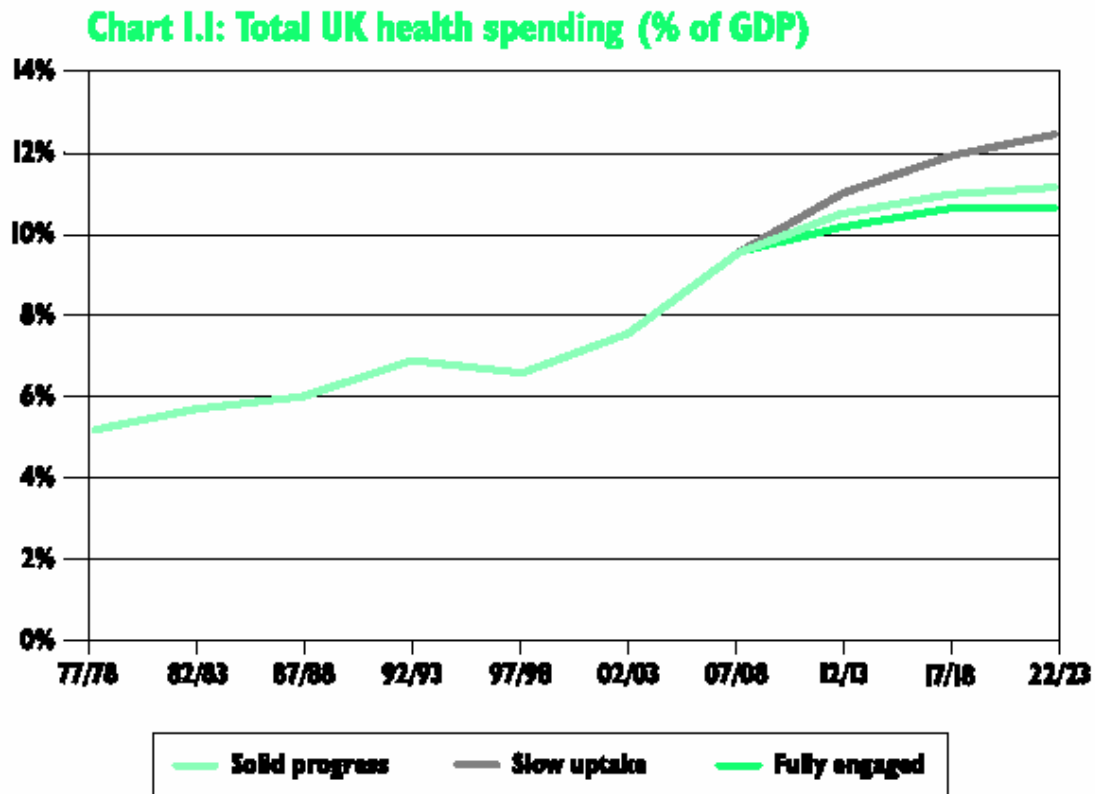
Na een 'Royal Commission on the Long Term Care' die in de jaren '90, later dan in andere EU lidstaten, onderzocht hoe de impact van de vergrijzing diende opgevangen te worden, gaf de regering aan D. Wanless de opdracht om uit te zoeken onder welke voorwaarden verbeteringen in het NHS en de LTC zouden kunnen optreden, terwijl ambitieuze doelstellingen ook werden geformuleerd om meer artsen, en verpleegkundigen aan te trekken. Een 'Modernisation Board' en een 'Commission for Health Improvement' werd ook geïnstalleerd (Ibidem p. 113).

In 2002 werd in het VK een opdracht gegeven om de factoren te identificeren die de uitgaven voor de NHS de komende twintig jaar zouden beïnvloeden. Het rapport van D. Wanless (2002), 'Securing Our Future Health: Taking a Long-Term View' keek naar de impact van vier factoren: stijgende verwachtingen van patiënten en publieke opinie, streven naar 'world-class' kwaliteit, wijzigende behoeften van een verouderende bevolking en technologische veranderingen en medische vooruitgang. Een belangrijke parameter in de toekomstverkenning was de relatie tussen betere outcome, gemeten in verbeterde volksgezondheid en gestegen levensverwachting, en de input van middelen, human resources en productiviteitswinst via het maximaal benutten van technologische vooruitgang. Meer kwaliteit met minder middelen was de ambitie.

Drie scenario's werden doorgerekend in het Wanless-rapport:

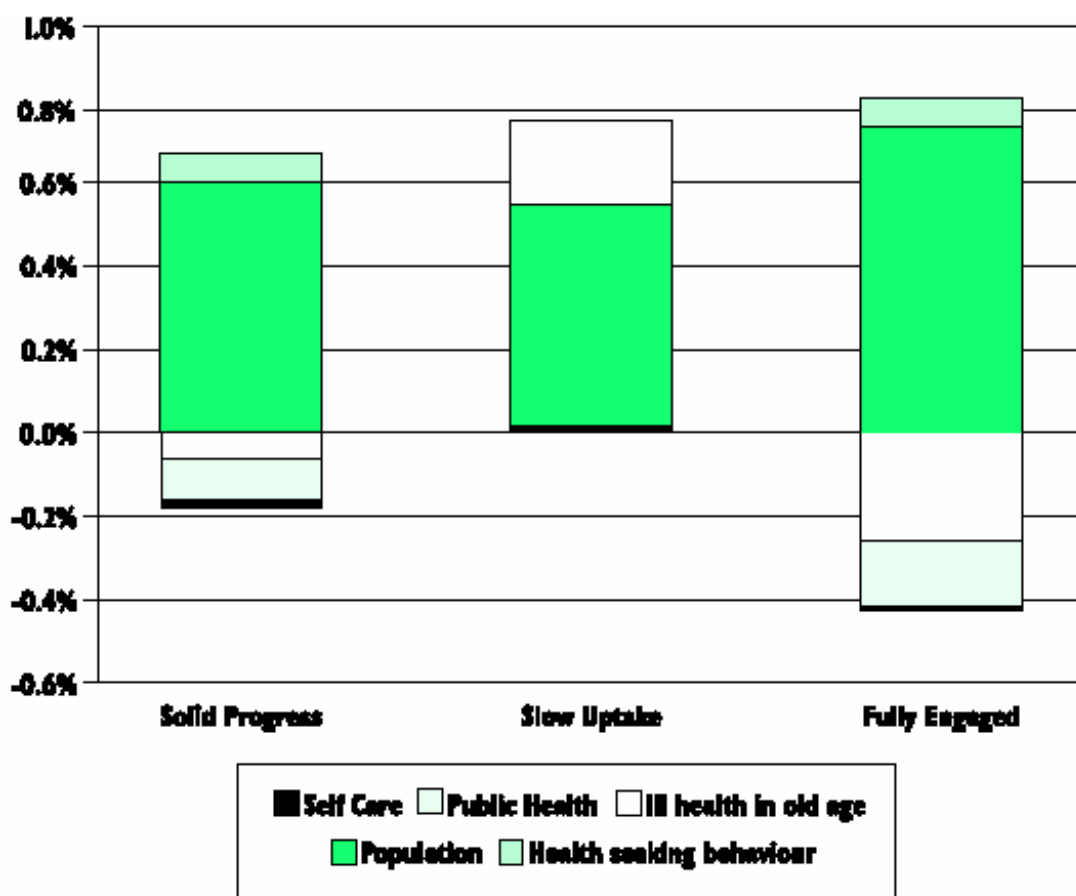
- 'slow uptake': een doortrekken van de huidige situatie met weinig vooruitgang in levensverwachting en verbetering in de morbiditeit, en weinig technologische vooruitgang en lage productiviteit;
- 'solid progress' waarbij de bevolking ook meer verantwoordelijk wordt voor de eigen gezondheid, en de levensverwachting en gezondheidssituatie verbetert. De zorgsector is efficiënt in technologische vooruitgang en gebruik van middelen;
- 'fully engaged': waarbij er een hoog publiek en individueel engagement is voor volksgezondheid en hoge verwachtingen bestaan voor een hoge kwaliteit in de zorg. De sector zelf is efficiënt in zowel technologische vooruitgang, efficiënt gebruik van middelen en vooral in preventie van ziekten.

Het resultaat is samengevat in onderstaande grafiek van de gezondheidszorguitgaven als % van het BBP. Vooreerst zal, wat ook het scenario moge zijn, er de eerstkomende jaren een toename nodig zijn van de zorguitgaven, en dit is bezig: de nieuwe Labour- Regering Blair had voor de periode 2003-2007 een jaarlijkse toename van de uitgaven voorzien van 7,4%. Nadien zien wij dat het scenario dat het meest ambitieus is op het vlak van gestegen levensverwachting, gedaalde morbiditeit, preventie van ziekte, technologische vooruitgang, ook het meest goedkope is in termen van stijging van de gezondheidszorguitgaven als % van het BBP. De groei van de uitgaven als % van het BBP van nu ongeveer 8% zou tegen 2022 maar dienen te stijgen tot 10,5% i.p.v. tot 12,5%. Het proces van hervormingen waarbij men 'volledig gaat voor' ('fully engaged') een gezondere levenswijze, preventie en optimale efficiëntie in de zorgverstrekking, zou in 2022-2023 een vooruitgang van de zorguitgaven opleveren die 2% van het BBP lager zal liggen dan in het trage veranderingstraject ('slow uptake') (Wanless, 2002, p. 75). De studie toont ook andere investeringen aan die nodig zijn: er is een verdubbeling van de kapitaalinvesteringen nodig in de gezondheidszorg, in zowel nieuwe als vervangingsinvesteringen, uitrusting, investeringen in ICT enz.



Bron: D. Wanless, 2004, p. 14.

Figuur 7.1 Evolutie van de zorguitgaven in het VK onder de hypothese van een meer of minder ambitieus beleid van voorkoming van ziekte en zorgbehoefte (als % van het BBP)



Bron: D. Wanless, 2002 en 2004, p. 15

Figuur 7.2 Bijdrage van de diverse vraagfactoren op de gezondheidszorguitgaven van de NHS in Engeland

Figuur 7.2 illustreert de diverse componenten van de zorgvraag onder de drie verschillende hypothesen, als deel van de totale jaarlijkse groei. In het scenario van 'fully engaged' is de groei van de uitgaven omwille van demografie zelfs groter (ondermeer omdat er meer mensen langer leven) maar het preventieve effect van meer investeringen in 'public health' en de vermeden ziekten, laat de gezondheidszorguitgaven ook aanzienlijk dalen. De studie hanteert verder een scenarioplanning methodiek die toelaat de impact van wijzigingen in bepaalde hypothesen in de toekomst verder in beeld te brengen. Volgende factoren zijn aanwezig in hun schema:

- factoren die door de vraag worden bepaald:
 - demografie, met name de leeftijdstructuur en het aantal ouderen
 - gezondheidssituatie van de ouderen
 - wijzigingen in het gedrag van zorgopname
- factoren die door het aanbod of de kostenstructuur worden beïnvloed:
 - technologische en medische vooruitgang
 - veranderingen in de productiviteit, mix, verloning van de beroepskrachten

- veralgemeende wijzigingen in de algemene productiviteit van het zorgsysteem.

Het 'fully engaged' scenario voorziet een toename in de levensverwachting, en bijgevolg ook een toename van het aantal ouderen (+85) tegen 2022 van geen 1,6 miljoen maar 2,1 miljoen. Het spreekt voor zich dat daarmee de jaarlijkse groei van de uitgaven aanzienlijk wordt opgedreven en vooral gedetermineerd door demografie, maar daarentegen kan de kost dalen doordat men in dit scenario aannam dat een strategie van preventie en gedaalde zorgbehoefte bij de ouderen dit bijna voor de helft kon compenseren, zodat de jaarlijkse groei van de uitgaven maar 0,39% bedroeg, lager dan in de andere scenario's.

Een rekenmodel is ook ontworpen omtrent de implicaties naar de beroepskrachten in de sector. De toekomstscenario's veronderstelden een aanzienlijke input van huisartsen en verpleegkundigen. Zoals ook de inhaaloperatie die voorzien is in de tweede helft van dit decennium, zal ook de stijging van de vraag naar beroepskrachten het grootst zijn in die periode. Volgens het NHS Plan zou dit enigszins kunnen ingevuld worden voor de verpleegkundigen (vraag en aanbod ongeveer in evenwicht), maar zou er een substantieel tekort zijn aan artsen. De Commissie onderzoekt ook de mogelijkheden van wijziging in de 'skill mix', en de voorwaarden waaronder dat dit zou kunnen gebeuren. Zo zou 20% van het werk van de arts kunnen gebeuren door de 'nurse practitioner', en zou daarmee het tekort aan artsen kunnen opgevangen worden. Onderzoek wees echter uit dat een 'nurse practitioner' hier meer tijd voor nodig heeft (ratio 1 arts te vervangen door 1,5 nurse practitioner) zodat het aantal verpleegkundigen dat nodig is met ongeveer 10% zou moeten toenemen. Dit zou opnieuw enkel mogelijk zijn indien bijkomend de verpleegkundigen voor ongeveer 12,5% van het werkvolume zou kunnen vervangen worden door de 'health care assistants' (HCAs), waar opnieuw dan de uitdaging is of deze kunnen gevonden worden (Ibidem, p. 89-91).

De Review Commission vond het noodzakelijk om in de opdracht te verwijzen naar een ruimere afbakening dan gezondheidszorg, net zoals voorliggend rapport over gezondheidszorg en ouderenzorg gaat, maar kon niet op dezelfde mate van detail ingaan op de behoeften van de 'Personal social services' of LTC. Nochtans wordt gesteld dat 'Health and social care are inextricably linked' (Ibidem, p. 92). De scenario's worden overgenomen van de PSSRU en LSE, hierna geciteerd. Wat te verwachten is, blijkt ook uit deze scenario's, m.n. een veel grotere gevoeligheid van de LTC voor de factor vergrijzing dan dit het geval is in de gezondheidszorg, maar dat globaal genomen de projecties voor de ouderenzorg in deze hypothesen sterker stegen dan voor de gezondheidszorg in zijn totaliteit, alhoewel geen rekening werd gehouden met additionele middelen nodig om ook hier de kwaliteit te verbeteren (Ibidem, p. 95).

In het verlengde van deze vaststelling werd in februari 2004 een tweede rapport opgeleverd door Derek Wanless 'Securing Good health for the whole Population'. Uitgangspunt was immers de vaststelling dat de kostenstijging aanzienlijk zou kunnen gelimiteerd worden in de mate dat het zorgsysteem productiever zou

worden, en de bevolking meer verantwoordelijkheid zou opnemen voor zijn eigen gezonde leefwijze. Dit laatste punt werd met name meer uitgediept; in welke mate kan preventie verder gestimuleerd worden, en hoe kan men ingrijpen op de gezondheidsdeterminanten in het VK en welke is de kost-effectiviteit van strategieën om de gezondheid van heel de bevolking te bevorderen en de gezondheidsongelijkheid te reduceren (Wanless, 2004). Hiermee werd het terrein verruimd van gezondheidszorg naar volksgezondheid ('health care' versus 'public health') en was één van de discussiepunten dat er ook een integrale benadering nodig is van het afwegen van kosten-effectiviteit voor zowel interventies in de zorg als in de volksgezondheid (Ibidem, p. 5).

3. 'Act local': conclusies voor het debat in België

Het maatschappelijk debat over de impact van de vergrijzing op de gezondheidszorg en de long term care is relatief recent en zal nog lange jaren meegaan. Het drijft immers mee op de golven van de vergrijzing zelf die zich eerst laat voelen in de pensioenen, en pas later in de gezondheidszorg en de zogenaamde long term care voorzieningen. De discussie over de pensioenen is zelfs vervroegd op de maatschappelijke agenda geplaatst door het ruim verspreid geraken van stelsels van brugpensioen en vervroegd pensioen, die hun oorsprong vonden ondermeer in de voorbije decennia als remedies voor de werkloosheid.

De discussie over de impact van de vergrijzing op de zorg zal nog lange jaren aan de orde zijn, maar telkens zal het de zorg voor andere generaties betreffen: nu is de ouderenzorg voor de interbellum-generatie aan de orde, pas vanaf 2020 zal de babyboomgeneratie hulpbehoevend worden en tegen 2050 zal reeds de zorg voor de echo-babyboomers moeten georganiseerd en gefinancierd worden.

Van in de jaren negentig is het besef groeiende dat de ouderenzorg een nieuw sociaal risico omvat dat extra diende verzekerd te worden wilde men een adequate uitbouw van de voorzieningen aan de bevolking garanderen.

Alhoewel veel van deze diensten reeds een ruime voorgeschiedenis kenden, komt hun kwantitatieve explosie en ook wel een kwalitatieve diversificatie en vernieuwing nu pas op de voorgrond. Dit maakt dat er nog een aanzienlijke informatieleemte bestaat.

De financiering van de zorg kan men impliciet verzekeren in de ziekteverzekering, of verder uitbouwen via de bestaande stelsels van de welzijnszorg en zogenaamde 'social care'. Alhoewel de gelijkenissen en de raakvlakken tussen beide zorgstelsels steeds duidelijker worden, blijft in de vier beschouwde landen juist het onderscheid tussen de impact van de vergrijzing op de gezondheidszorg enerzijds en de uitbouw van de LTC voorzieningen anderzijds opmerkelijk aanwezig, en dit zowel in het VK, Nederland, Duitsland als Frankrijk. Het behoud

van aparte stelsels wordt ook naar de toekomst in elk van deze landen aangenomen. De branchevervaging die theoretisch verwacht wordt (zie Pacolet, Bouten, Lanoye, Versieck, 1998, zie ook de recente studie K. Leichsenring, 2001) vertaalt zich institutioneel nog niet. Deze blijkbaar draaglijke traagheid van de instituties om in een bepaalde richting van meer integratie te evolueren is nog niet aan de orde. Wij zouden dit kunnen vergelijken met de branchevervaging tussen de bank – en verzekeringssector waarvan de boot door beide sectoren lang is afgehouden, en slechts onder druk van toegenomen concurrentie en schaalvergroting is de ‘bankverzekering’ er gekomen. Hetzelfde kan in de branchevervaging tussen ziekteverzekering en LTC optreden. Hier kan het trager verlopen omdat de stelsels ingebakken zijn in instituties die hun schaduw vooruitwerpen. Het feit dat verschillende beleidsniveaus traditioneel competenties opnemen in deze domeinen, kan verklaren dat ook de toekomst geprojecteerd wordt langs de scheidingslijnen die in het verleden werden getrokken.

Toch is ook in vele van voorgestelde hervormingen de behoefte aan betere coördinatie en communicatie tussen gezondheidszorg en ouderenzorg aan de orde.

Opvallend is dat in deze buitenlandse scenario's de omvang van de kost van de vergrijzing in termen van BBP redelijk beperkt uitvalt, en volgens sommige beleidsscenario's zelfs aanzienlijk zou kunnen teruggedrongen worden.

De introductie van mogelijkheden om meer kwaliteit en zorg met een grotere effectiviteit en efficiëntie aan te bieden is evenwel aan de orde in alle zorgstelsels.

Er is een groeiende aandacht voor de macro-economische rapportering van de impact van de vergrijzing op de stabiliteit van de publieke financiën, en dit zowel voor de pensioenen als voor de gezondheidszorg. Zowel de OESO als de EU heeft daarin een rol gespeeld, zowel in ad hoc vergelijkende studies, als de reguliere macro-economische ‘surveillance’ (OECD Economic Surveys, EU Stability Programme) en de recurrente verzameling van statistieken over de gezondheidszorg en de LTC van de OESO en Eurostat.

België heeft de voorbije jaren een voortrekkersrol opgenomen in de werkzaamheden van de ‘Working Group Ageing’ in het EPC en heeft daarmee de beleidsinformatie in comparatief perspectief over de impact van de vergrijzing op de duurzaamheid van de publieke financiën op een hoog peil gebracht. H. Bogaert stelt daarbij zelf dat de informatie over de gezondheidszorg daaromtrent nog het minst van al is uitgewerkt (uiteenzetting CRB, 2004). OESO en Eurostat leveren op dat vlak evenwel opmerkelijke inspanningen om zowel voor de gezondheidszorg als de LTC vergelijkbare informatie te verzamelen, relevant voor verdere vergelijking van beleidsinformatie. Op het vlak van macro-economische informatie over de zorgsector als de meso-informatie (op het niveau van de zorgvoorzieningen) en het micro-niveau (informatie over de patiënt) hebben wij in dit rapport aangetoond dat deze informatie ook in België kan gevonden worden,

en men soms zelfs kan terugvallen op zeer gedetailleerde basisinformatie over zorgbehoefte en het profiel van de zorgopname. België zal naar de toekomst toe ook deze gremia en vergelijkende studies meer moeten gebruiken, vanuit de administratie en/of via wetenschappelijk onderzoek, niet alleen om aanwezig te zijn in de internationale overzichten, maar vooral om zelf te kunnen leren uit deze vergelijkende informatie omtrent het eigen beleid.

In een aantal landen is een expliciete publieke zorgverzekering ingesteld (Duitsland, Luxemburg, Oostenrijk, Japan) of behouden (Nederland), of kan men terugvallen op de bestaande stelsels van welzijnszorg en niet medische zorg (VK en Scandinavische landen). In de Bismarck-georiënteerde landen was er de ambitie om een vijfde pijler in de sociale bescherming uit te bouwen. Dit vinden wij terug in ondermeer Duitsland, Luxemburg, Oostenrijk, Nederland, en zoals eerder reeds gesteld (Pacolet e.a., 2001) was dit ook te verwachten in landen als Frankrijk en België. In Frankrijk is de creatie van een expliciet vijfde pijler moeilijk verlopen doordat en nooit voldoende expliciete bijkomende middelen werden voorzien, en waren de rampzalige gevolgen voor de ouderen van een hittegolf in 2003 nodig om het systeem drastisch te verbeteren. In België blijft onze conclusie gelden dat een vrij unieke gemengde oplossing wordt uitgebouwd. De introductie in Vlaanderen van een zorgverzekering illustreert het streven naar een expliciete regeling, maar dan niet als 'vijfde pijler' in de sociale zekerheid. In België is nog geen equivalent systeem uitgebouwd. Maar de facto zijn belangrijke risico's van LTC volledig (thuisverpleging) of substantieel (maar nog onvoldoende, voor de rusthuissector) opgenomen in de ziekteverzekering en is er een (inkomensafhankelijk) systeem van tegemoetkomingen voor bejaarden. Deze evolutie naar een volledige uitbouw van de zorgverzekering is nog niet voleindigd. De grote mate van integratie in België in de ziekteverzekering houdt een opportuniteit in van een betere coördinatie van het beleid op macro-vlak en het operationele beleid van de voorzieningen zelf op het terrein. De noodzaak hiertoe wordt ook in meer gefragmenteerde of duale stelsels voortdurend aangehaald, maar ook in België met een nog meer geïntegreerde ouderenzorg in de ziekteverzekering is deze gecoördineerde zorg nog een te realiseren prioriteit. Of dit in België ook op het terrein meer moet leiden tot coördinatie of tot integratie (wat wij in het buitenland wel meer tegenkomen), of reeds aanzienlijke baat zou ondervinden bij een betere communicatie (gezamenlijk dossier, veralgemeenbare intake wat niet noodzakelijk één intake via een multidisciplinair team veronderstelt) moet nog verder worden bekeken.

Uit diverse hoofdstukken in dit rapport en deze internationale schets wordt ten slotte voor België volgend beeld scherper. België is een land met een combinatie van een grote mate van publieke financiering van de zorg en een publieke ziekte- en zorgverzekering, en een gemengde tot redelijk sterke private organisatie van de zorg (private zorgverstrekkers, private non-profit en publieke aanbieders). Dit leidde tot een in internationaal perspectief finaal beperkt gebleven totale kostprijs

van de zorg, en een in internationaal perspectief redelijk ruim en toegankelijk aanbod van de zorg. Beide constataties impliceren dat ons zorgsysteem finaal een gunstige prijs/kwaliteit verhouding moet kennen, en bijgevolg ook een gunstige prijs/kwaliteit.

CHAPITRE 8. QUESTIONS DE RECHERCHE ET SYSTÈME D'INFORMATION

Plusieurs recherches de grande envergure sur le vieillissement sont en cours dans le monde et permettront d'apporter un nouvel éclairage en ce domaine. Néanmoins, de nombreuses questions de recherche restent en suspens et n'ont pas encore été abordées par le monde scientifique.

Aussi, dans ce chapitre, nous ferons état de diverses recherches en cours, puis nous identifierons une série de thèmes de recherche qui paraissent intéressants au vu des enseignements livrés par ce rapport. Enfin, nous esquisserons les grands traits de systèmes d'information pertinents dans le domaine du vieillissement et des soins, susceptibles d'en faciliter le suivi.

1. Recherches internationales en cours

Concernant le vieillissement et le domaine de la santé, divers projets de recherche sont en cours au niveau international ou viennent de publier leurs résultats, dont :

- Agir : Ageing, Health and Retirement in Europe

Ce projet a plusieurs objectifs : la santé des personnes âgées, leur utilisation des soins de santé, l'effet du vieillissement et de l'état de santé des personnes âgées sur la décision de prendre leur retraite et sur l'évolution future des dépenses publiques en matière de soins de santé et de pension. Six axes de travaux ont été élaborés : les aspects bio-démographiques du vieillissement ; la consommation des soins de santé par les personnes âgées ; les facteurs menant à la retraite ; les scénarios alternatifs concernant la santé ; l'espérance de vie et les dépenses sociales ; les implications au niveau des politiques sociales et financières. Certains résultats ont d'ailleurs été évoqués plus haut, notamment au chapitre 4.

Agir s'intègre dans le cinquième Programme-cadre de l'UE. Ce programme est conçu pour aider les politiques à répondre aux défis socio-économiques majeurs dans les Etats-Membres. Un de ses programmes spécifiques est le « quality of Life and Management of living resources », dont un des axes phares est le vieillissement de la population et les incapacités.

- Share : survey of health, ageing and retirement in Europe <http://www.share-project.org/>

Ce projet, en cours, a pour mission de collecter des données sur les Européens âgés de 50 ans et plus afin de préciser le vieillissement de la population. Onze pays y participent : Suède, Danemark, France, Belgique, Pays-Bas, Allemagne, Suisse, Autriche, Espagne, Italie et Grèce.

- Félicie : Future elderly living conditions in Europe www.felicie.org

Félicie a pour objectif d'évaluer les besoins futurs des personnes âgées en Europe. Le projet couvre les années 2003 à 2005 et regroupe 11 équipes de recherche appartenant à 8 pays européens.

- Age-platform www.age-platform.org

AGE, la plate-forme européenne des personnes âgées, a pour vocation de faire connaître et de promouvoir les intérêts des personnes âgées dans l'Union européenne et de sensibiliser davantage aux questions qui préoccupent véritablement les personnes âgées. Cette plate-forme a été créée en janvier 2001 et l'adhésion y est ouverte aux organisations européennes, nationales et régionales, à but non lucratif.

AGE est impliquée dans des activités politiques et informatives, afin de mettre les enjeux des personnes âgées à l'ordre du jour de l'UE, et d'encourager l'établissement d'un réseau de contacts entre les groupes de personnes âgées.

- Economic and Social Research Council's (ESRC) Growing Older (GO) Programme (UK, 1999-2004)

Le GO est un programme de recherche sur la qualité de vie parmi les personnes âgées. Ce programme a deux objectifs : étude multidisciplinaire des différents aspects de la qualité de vie des personnes âgées et contribution au développement de politiques et pratiques dans ce champs. Certains résultats ont d'ailleurs été repris au chapitre 3, consacré à la qualité de vie.

- National Institute on Ageing (USA) <http://www.nia.nih.gov>

Le National Institute on Ageing est un des 25 instituts américains de santé. Il tente de comprendre la nature du vieillissement, et d'améliorer la santé et le bien-être des personnes âgées. Au cours de 2001-2005, le plan de recherche de cet institut se focalise principalement sur quatre objectifs de recherche :

- amélioration de la santé et de la qualité de vie des personnes âgées (prévenir ou réduire les maladies et incapacités liées à l'âge, maintenir un bon état de santé, réduire l'isolement social) ;
- vieillissement, santé et longévité (maintenir et améliorer les fonctions cognitives, cérébrales et certains comportements) ;
- réduction des disparités en matière de santé parmi les personnes âgées (amélioration de l'état de santé des minorités, compréhension des différences de santé associées à la race, l'ethnicité, le genre, l'environnement, le statut socioéconomique, la culture et la géographie) ;
- amélioration des ressources pour encourager une recherche de bonne qualité.

La recherche dans le domaine du vieillissement semble donc bien active. Néanmoins, beaucoup d'aspects demeurent peu abordés, notamment au niveau de la situation belge. Nous en identifions une série dans la section suivante.

2. Thèmes de recherche à développer

Les questions de recherche seront regroupées selon les enseignements de ce rapport : a) population, b) espérance de vie, morbidité et dépendance, c) qualité de vie, d) services aux aînés et e) consommation de soins.

2.1. Population

- En ce domaine, beaucoup d'**indicateurs** sont déjà disponibles. La situation évoluant constamment, ils doivent être régulièrement mis à jour et être intégrés dans un système d'informations global (cf. section 3). Notamment, les perspectives relatives aux coefficients de dépendance économique et financière devraient pouvoir être mises à jour régulièrement en tenant compte des nouvelles perspectives et du succès des politiques d'activation de l'emploi.
- Cependant, ces indicateurs sont lacunaires, car ils se concentrent sur certains aspects négatifs du vieillissement, contribuant à susciter un climat de crainte et de rejet, alors que le vieillissement comporte aussi un volet positif. Nous proposons donc que soit approfondie la notion de **solidarité intergénérationnelle** : apport des aînés à l'économie, donations et

investissements, participation à la garde des petits-enfants et donc à l'activité professionnelle des jeunes mamans, bénévolat, transmission des valeurs, ... Les seuils proposés pour l'indicateur synthétique (P60-79 / P25-45) devraient aussi être validés.

- Analyse des implications juridiques, socio-économiques et financières d'une **modulation de l'âge de la retraite**, selon le niveau d'instruction ou le niveau socio-économique (pour tenir compte de l'espérance de vie différente, à calculer au préalable : cf. infra). Analyse des modalités de maintien au travail : arbitrage entre l'octroi d'avantages supérieurs (pour attirer une fraction de population prête à décrocher) et un aspect éthique (les aînés ayant moins de charges de famille et des revenus aisés pour une fraction d'entre eux).
- Analyse des avantages et inconvénients d'un **accroissement des taux d'activité des aînés** : impact sur l'emploi des jeunes, impact sur les profils de consommation et la santé des aînés, impact sur les dépenses de santé et la charge des pensions.

2.2. Espérance de vie, morbidité et dépendance

- **Indicateurs épidémiologiques des incapacités** : réunions de consensus pour définir des indicateurs pour l'étude et le suivi épidémiologique des incapacités (base CIH ou CIF). A priori indicateurs fonctionnels simples (léger, modéré, sévère). Clarifier la mesure de l'incapacité selon la disponibilité de prothèses et d'aide ; améliorer la codification, afin de faciliter le suivi des processus de prévention et de réhabilitation.
- Estimation des **taux de dépendance** actuels et du nombre de dépendants à venir, via un dépouillement spécial des enquêtes de santé, comme suit : a) en subdivisant (à partir de l'enquête 2004) la catégorie des 75+ en 2 ou plusieurs groupes et b) en se basant sur les seuls AVJ (donc à l'exclusion des éléments d'incapacité inclus dans le score OMS, lesquels ne sont pas nécessairement signe de dépendance).
- **Fragilité** : recherche sur des indicateurs biologiques et fonctionnels de la fragilité, afin de valider le concept auprès des médecins généralistes et hospitaliers et de vulgariser le dépistage du risque de déclin fonctionnel. Développement d'indicateurs composites (fonctionnels et biologiques) de la fragilité et du risque de déclin fonctionnel.
- Clarifier les **relations complexes entre morbidité chronique et incapacité** (y liée ou non), et entre incapacité légère/modérée et grave. Progresser dans la

problématique compression/expansion/équilibre dynamique. Notamment : mettre à jour les indicateurs d'espérance de vie en santé (EVS), espérance de vie sans incapacité (EVSI) et compléter par deux nouveaux indicateurs :

- L'espérance de vie sans multimorbidité (EVSM), par exemple sur base des maladies chroniques potentiellement invalidantes (13 groupes ont été identifiés par Robine).
- L'espérance de vie sans incapacité sévère, en ce compris les démences séniles (indicateur utile pour calculer des scénarios de besoins pour les soins de longue durée.
- Des **enquêtes longitudinales** sur les mêmes échantillons de personnes permettraient d'éclairer les relations complexes entre vieillissement prématuré, handicaps et affections acquis ou innés et les conditions de vie et de travail, familiales, etc. En outre, l'impact de soins précoces sur l'âge de survenue des incapacités pourrait être évalué, ainsi que le bilan en termes de surplus de soins précoces, comparé aux soins de longue durée éventuellement évités ou retardés.
- **Affiner les mesures d'EV, EVSI et EVSM en distinguant selon le niveau d'instruction** (ou un autre indicateur socio-économique). Examiner dans quelle mesure l'évolution de ces indicateurs est liée à une modification structurelle de la composition socioprofessionnelle de notre société.
- **Fin de vie chez les aînés** : recherches sur les affections terminales non-cancéreuses et dont le pronostic est encore trop mal connu : démences sévères, insuffisances cardiaques terminales, maladies cérébrovasculaires etc.. dans le but de promouvoir des soins adaptés (soins globaux, soins palliatifs), et d'éviter l'acharnement (alimentation artificielle par gastrotomies, hospitalisations, etc.).
- Analyser la **situation de santé des aidants informels**, pendant la période d'aide et après. Comparer à un groupe d'âge et sexe analogue.

2.3. Qualité de vie des aînés

- Analyser comment les **priorités de besoins** des personnes âgées évoluent et en fonction de quoi.
- Le **travail** : a) analyser la position des personnes âgées par rapport à la retraite ; b) quelle sera (s'il y en a une) l'adaptation du cycle de vie aux

conséquences du vieillissement ? c) comment repenser l'articulation entre travail et retraite, dans l'optique d'une meilleure qualité de vie ?

- La **santé** : analyser les représentations des professionnels vis-à-vis des personnes âgées et se pencher sur les solutions de vie à valoriser, dans une perspective de qualité de vie (des aînés et des aidants), selon les pathologies et l'incapacité des personnes âgées.
- L'**intégration** : évaluer l'insertion des personnes âgées dans la société économique et leur rôle ; leur insertion sociale et les relations intergénérationnelles, notamment les solidarités entre générations (des jeunes vers les aînés et inversement).

2.4. Services aux aînés

- **Instruments d'évaluation fonctionnelle standardisés** : poursuivre la recherche et l'implémentation d'instruments visant à décrire les besoins en soins et à élaborer un plan de soins (projet INTERFACE). Instruments dégagant des indicateurs composites (complexité).
- **Dépistage de la fragilité** : tester la faisabilité d'une évaluation annuelle simple faite par le généraliste des facteurs de risques de déclin fonctionnel.
- **Soins intégrés, expérience pilote** : partant de réseaux locaux (soins à domicile, généralistes, services G), tester une filière de soins intégrés (par rapport à la filière classique) pour examiner l'effet sur le déclin fonctionnel, la polymédication, la consommation en hospitalisation, en placements et en soins médicaux et infirmiers de personnes âgées vivant à domicile. Il s'agirait pour cela de fournir les moyens de réaliser un processus d'évaluation et de soins multidisciplinaires à domicile avec le médecin traitant (actions coordonnées par une infirmière gériatrique assistée de ressources pluridisciplinaires : gériatre, kiné, psychologue, travailleur social).
- **Expérience pilote** : mise en place d'un système **d'aménagement du logement, et de multiples aides techniques**, piloté par des ergothérapeutes, pouvant faciliter les AVQ et compenser les difficultés fonctionnelles, et évaluation de l'impact sur le recul de l'institutionnalisation.
- **Alternatives à l'institutionnalisation** : a) ampleur des soins informels (dépouillement du recensement en cours) et conséquences sociales et financières de tels recours, b) aide aux aidants : réflexion sur un statut du retraité bénévole, allocations, adaptation du régime fiscal, ... c) analyse d'expériences pilotes à l'étranger (exemple : balluchonneuses au Québec), d)

évaluation de l'effet d'expériences nouvelles (exemple : Abbeyfield) sur l'institutionnalisation.

- **Soins intégrés à l'hôpital** : évaluer l'effet d'une évaluation gériatrique à l'hôpital sur le déclin fonctionnel et la consommation de soins ultérieure. Développer ce projet dans un processus de gériatrie de liaison piloté par le programme gériatrie et en collaboration avec le service des urgences. En 2002, près de 200 000 séjours de personnes de plus de 80 ans ont pris place en dehors des services gériatriques aigus hospitaliers : dans quelle mesure ont-ils bénéficié à cette occasion d'une évaluation gériatrique ?
- **Hospitalisation depuis les MRS** : étudier l'épidémiologie de ces hospitalisations, leur impact financier et leur pertinence. Dégager des lignes directrices pour les prévenir et les optimiser.
- **Soins aux patients déments** : étudier le pronostic des démences (pour faciliter la planification des besoins) ; étudier l'effet de soins intégrés sur le taux d'hospitalisation et la consommation de soins (types et coût) et, pour mémoire, sur la qualité de vie.
- **Protecteurs externes de hanche** : encourager la recherche-action sur les méthodes d'amélioration de la compliance à ces systèmes de protection permettant de prévenir des fractures du col fémoral chez des personnes à risque. Elaboration de critères permettant d'aboutir à un financement par l'INAMI (remboursement sous conditions).
- Analyses prospectives relatives aux **personnels nécessaires** pour assurer les services spécifiques aux aînés : ampleur, qualifications, formations, ...

2.5. Consommation de soins

- Examiner les **relations entre les niveaux de morbidité/incapacité et la consommation de soins**. Tenter un couplage anonymisé entre l'enquête de santé et les données de consommation des mutuelles. Calculer ensuite les besoins en soins (en général) et en soins de long terme. Plus globalement, il serait intéressant de spécifier les consommateurs selon diverses caractéristiques : revenu, niveau de couverture, éducation, ...
- Calculer les **intégrales de consommation attendue** à divers âges et sous diverses hypothèses (avec et sans prévention des incapacités, avec ou sans recul des incapacités sévères). Distinction selon le type de consommation (court et long terme, avec ou sans institutionnalisation). Etablir s'il existe un âge (ou des paliers d'âges) à « risque accru de soins » (précédant celui de risque accru d'incapacité).
- Analyses du **lien potentiel entre les taux d'hébergement en maison de repos, les résidences services, les soins à domicile et les taux d'hospitalisation**. Un recours accru aux soins à domicile peut-il réduire les taux d'institutionnalisation ?
- La **consommation de soins en fin de vie** : calculer les dépenses dans les dernières années avant le décès, surtout la dernière année et ceci par classe d'âges (vérifier les résultats des mutualités chrétiennes dans les autres mutualités ?). Appliquer ces résultats aux perspectives de décès par âge. Vérifier si ce résultat aura un impact sur les perspectives de soins à venir (et de quelle ampleur).
- Examiner les dépenses engendrées par les **grands consommateurs** de soins et examiner dans quelle mesure elles permettent ou non de sauver des vies, et/ou d'améliorer la qualité de vie des survivants.
- Examiner les conditions éthiques et opérationnelles d'un frein à l'**acharnement thérapeutique** (exemples : promotion du « testament de vie », conférence sur les conditions et critères de réanimation, formation des soignants à l'élaboration de projets thérapeutiques adaptés).
- Analyses **coût-bénéfices de diverses interventions de santé** (dans et hors du système de soins).
- Analyser le coût du vieillissement sur les **dépenses de soins de santé à venir, selon des hypothèses alternatives**, à savoir

- a) Une évolution considérant un taux de croissance supérieur à la tendance lourde, selon un % de croissance annuel à choisir (scénario facilitant des augmentations de prix (pour faire face aux pénuries menaçantes), et l'hypothèse d'une population (notamment âgée) dont la consommation augmenterait plus vite que par le passé
 - b) Une évolution qui tiendrait compte d'autres élasticités des dépenses de santé ; étude préalable des élasticités calculées dans le monde ; prise en compte de divers facteurs et des perspectives d'évolution de ces divers paramètres ; les élasticités seraient, si possible, spécifiques à la Belgique (à calculer) ; alternative : utiliser les élasticités disponibles dans la littérature internationale (exemple : Gerdtham et al, 2000).
 - c) Réévaluer régulièrement l'évolution du profil de dépenses par âge, afin d'estimer l'effet « génération ».
- Examiner l'opportunité et les implications d'une éventuelle **modulation du financement des soins de santé** selon un schéma analogue à celui envisagé pour assurer l'avenir des pensions, via éventuellement quatre piliers : le minimum (soins essentiels), l'assurance groupée (assurance collective via les entreprises), l'assurance complémentaire individuelle, des cotisations prélevées sur les pensionnés, notamment sur les revenus financiers et/ou sur les pensionnés actifs.
 - **Critères de surconsommation et/ou de surproduction.** Calculs des profils de production selon le nombre de patients (et non par contact). Examen des profils excentriques par des réviseurs médecins. Examen avec les mutuelles sur les modes de dialogue et les moyens de donner suite de façon plus active.
 - Examen des **critères incitatifs à la performance** : guides de bonne pratique, conférences de consensus, affichage obligatoire des résultats, références médicales opposables, financement modulé en fonction du respect des guides, ... Examen des expériences étrangères et de leurs résultats.
 - Définition et identification des « **Favas** » (services à faible valeur ajoutée de santé) et critères pour leur détection.

3. Systèmes d'information

Un système d'information spécifique au vieillissement devrait être disponible de façon permanente sur la toile et mis à jour de façon continue.

Il peut se concevoir de trois façons :

- a) Rapports
- b) Tableaux de bord
- c) Système d'information de statistiques documentées.

3.1. Rapports

De nombreux rapports sont édités sur le sujet du vieillissement, tant en Belgique qu'à l'étranger. Des études spécifiques aussi ; certains sont disponibles sur le Web, par exemple ceux du Bureau du Plan ou des Universités ; nous avons d'ailleurs signalé quelques sites relatifs à des recherches internationales en cours à la section 4.1.. Mais le lecteur intéressé ne se dirigera pas nécessairement vers les sites qui en contiennent. Ceux-ci sont épars et les moteurs de recherche ne les identifient pas nécessairement, faute de mot-clé ad hoc ou de titre explicite.

On pourrait songer à un site consacré au vieillissement, par exemple via le Ministère des Affaires sociales, qui s'attacherait à créer régulièrement les liaisons utiles vers les sites web les plus pertinents en Belgique et à l'étranger ou qui s'efforceraient d'obtenir une copie de la littérature grise pertinente.

De tels rapports offrent une documentation abondante, variée et bien documentée. La difficulté provient précisément de leur abondance. La sélection des textes les plus intéressants par rapport aux préoccupations du moment et leur lecture constituent une tâche lourde. Il y a donc lieu d'établir des « tableaux de bord ».

3.2. Tableaux de bord

Les tableaux de bord sont des documents qui font un point de situation sur les évolutions récentes dans un domaine spécifique (en l'occurrence de la santé), résument l'état des connaissances dans ce domaine et, sur ces bases, fixent des objectifs chiffrés pour améliorer l'état de santé (objectifs assortis de date-cibles pour les atteindre), et proposent des stratégies à cette fin.

Ce genre de document a comme mérite de permettre :

- a) d'organiser un débat autour d'un document de référence, identifiant les problèmes et présentant des pistes pour des politiques ad hoc et
- b) de faciliter à terme le suivi des événements, permettant ainsi d'approfondir la réflexion : les objectifs ont-ils été atteints ? Si non pourquoi pas ? Faut-il modifier les objectifs ? Faut-il concevoir de nouvelles stratégies ? Les moyens accordés ont-ils été en accord avec les stratégies envisagées ?

Divers pays se sont équipés de tableaux de bord pour la santé en général. En Communauté française, un tableau de bord a été conçu pour la promotion de la santé¹. Il pourrait servir de base pour un tableau de bord analogue en matière de vieillissement.

3.3. Développement de systèmes d'information en santé dans une perspective de bonne gestion

Dans le cadre de la stratégie de développement de la santé adoptée par les pays membres de la Région Européenne de l'O.M.S. (dont la Belgique), il a été proposé d'élargir le champ de l'utilisation des systèmes d'information, en les appliquant davantage au domaine de la santé. Le But 35 du document "*Les buts de la santé pour tous*"² propose d'adapter les systèmes d'information sanitaire aux besoins des stratégies de développement de la santé. Des systèmes d'information sanitaire devraient soutenir la "gestion de la santé", en facilitant "l'évaluation des actions et des services de développement sanitaire, l'évaluation des progrès réalisés aux niveaux national, régional et mondial en direction de la Santé pour tous" et en

¹ Lorant V, De Clercq Et et Deliège D, *Tableau de bord en Promotion de la Santé*, Recherche réalisée pour la Communauté française de Belgique, Bruxelles, UCL, SESA, oct. 1997 : 179

² Organisation mondiale de la Santé, *Les buts de la Santé pour tous, Buts de la stratégie régionale européenne de la Santé pour tous*, Copenhague, 1985, p.161.

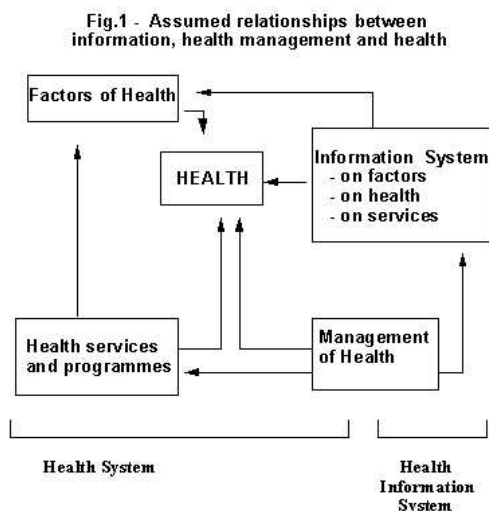
diffusant des renseignements scientifiques pertinents. Pour ce faire, leur contenu devrait concerner non seulement les services de santé (ressources, qualité, accessibilité, adéquation), mais aussi des mesures de l'état de santé et des facteurs (physiques, sociaux) associés.

La Figure 8.1 représente les relations entre les trois systèmes visés par le But 35 :

- le Système d'Information Sanitaire,
- le système des facteurs et des programmes de santé,
- les améliorations des états de santé.

Sur cette base, les points d'appui « Société et santé » et « Economie de la Santé » ont construit une base de données agrégées accessibles au grand public et ont mis au jour les concepts utiles (tableaux/ variables/ critères/ valeurs de critères/ ventilations,...) ³.

Figure 8.1 Relations entre les systèmes visés par le But 35 de l'OMS



³ Deliège D, Debacker Ch, Smeesters S, Knani H, Neiryck I, De Clercq E, *How to set up an Information System? Application to the health domain*, in : E-Health in Belgium and in the Netherlands, Studies in Health Technology and Informatics, vol. 93, IOS Press, 2002 : 9-17.

C'est aussi dans ce cadre qu'ont été conçus une série d'instruments ⁴ permettant :

- la compréhension des données (documentation) ;
- leur consultation aisée (logiciels permettant le traitement des données sous forme de tableaux selon les besoins des utilisateurs, et les traitements statistiques et graphiques de base ;
- la récupération de ce know-how par les administrations (l'ensemble ayant été financé par les fonds publics est en source libre).

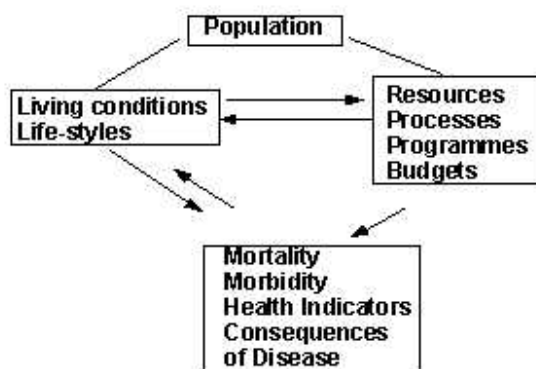
A ce jour, Info-Santé contient 485 variables (subdivisées en 1841 ventilations) et une documentation équivalent à ± 900 pages ⁵. Les données sont organisées comme suit (cf. Figure 8.2) :

- La **population** et des prévisions de population
- Des **facteurs de santé** : conditions de vie, comportements
- Des **indicateurs de santé** : espérance de vie, mortalité, morbidité, paramètres
- Des **services de santé** : infrastructures, personnels, activités, profils, RCM,...
- L'**économie de la Santé**.

⁴ - les guides standardisant la rédaction de documentation ;
 - un thesaurus de mots-clés pour l'indexation des variables dans les domaines concernés ;
 - une table de matières générique, permettant de classer dans une structure arborescente logique, toute information relative au domaine de la santé ;
 - un logiciel spécifique (ARIS), permettant l'accès aux informations, leur traitement (calculs, traitement statistique), leur présentation (tableaux, graphiques et cartes), leur documentation et leur exportation ;
 - la création d'une base de données statistiques intégrée et documentée, ayant reconstruit de multiples séries chronologiques (Info-Santé) ;
 - la production de CD et d'un site web, incluant le logiciel et la base Info-Santé ;
 - un logiciel de données, facilitant la tâche fastidieuse de formatage (=ARIS Insert) ;
 - un logiciel de partage de données entre divers producteurs et divers utilisateurs (=ARIS Manager) ;
 - des guides et des dossiers de transfert pour le passage de know how vers les administrations ;
 - un logiciel permettant l'accès intégré (une seule requête via le WEB) à une base distribuée (les données restent délocalisées et gérées sur plusieurs serveurs) ;
 - la mise en commun de concepts en provenance de diverses administrations ;
 - la création de tables de concordance entre les nomenclatures de divers producteurs (nécessaire pour permettre l'accès intégré) ;

⁵ www.sesa.ucl.ac.be, rubrique Info-Santé

Figure 8.2 Contenu d'une base de données relatives au système de santé



A partir de cet existant, il serait relativement aisé de construire un module « Vieillesse » qui rassemblerait les diverses informations utiles au suivi de ce phénomène. Parmi les données à y intégrer (selon disponibilité), on peut d'ores et déjà identifier :

1) Population (passé et perspectives d'avenir) : nombre et structure par âge et sexe, intensité du vieillissement, groupes à risque de soins accrus (à seuils d'âge mobiles), coefficients de dépendance démographique, socio-démographique et socio-économique, charge parentale (à seuils d'âge fixes et mobiles), solidarité descendante.

2) Facteurs de santé : revenus tranches, % en précarité, niveau d'instruction, styles de vie par âge.

3) Indicateurs de santé : mortalité par âge, mortalité par niveau d'instruction, espérance de vie (à 65 ans et 80, y compris perspectives), espérance de vie en santé perçue, espérance de vie sans maladie chronique, espérance de vie sans incapacité, maladies chroniques (et multimorbidité), prévalence de maladies spécifiques (notamment la démence sénile).

4) Services de santé :

- infrastructures : habitat communautaire, résidences-flats, maisons de repos et MRS (institutions et places), Services g, sp et de revalidation (lits et densité), centres de jour, services spécialisés pour déments, services de soins palliatifs, ...
- services : réseaux de soins intégrés
- personnels de santé : démographie, besoins à venir

- consommation : recours et dépenses par classe d'âges, soins en fin de vie, perspectives en ces domaines, coûts à venir du vieillissement, notamment dans le domaine des soins de santé.

5) Aspects économiques généraux :

- coefficients de dépendance financière ;
- coût budgétaire du vieillissement (global, incluant les pensions) ;
- les perspectives en ces domaines devraient être mises à jour régulièrement, en tenant compte des nouvelles perspectives et du succès des politiques d'activation de l'emploi et des taux de remplacement.

BIJLAGEN

Annexe 1: Evolution de la population – Belgique - 1995 – 2050

1) Deux sexes

Classes d'âge	1995	2000	2010	2020	2030	2040	2050
0-14	1 817 010	1 807 236	1 714 052	1 688 458	1 693 376	1 657 924	1 659 146
15-24	1 283 178	1 247 485	1 283 331	1 214 716	1 182 235	1 197 903	1 172 191
25-34	1 554 621	1 432 435	1 333 954	1 368 703	1 304 410	1 274 359	1 289 925
35-44	1 521 565	1 598 832	1 442 227	1 346 447	1 382 584	1 321 706	1 293 391
45-54	1 250 536	1 415 638	1 558 597	1 410 244	1 324 370	1 363 419	1 306 791
55-64	1 090 535	1 048 298	1 342 665	1 490 062	1 360 180	1 287 376	1 331 813
65-74	979 177	972 363	924 707	1 209 464	1 368 031	1 266 407	1 214 883
75-84	478 532	572 420	685 631	685 265	933 492	1 094 609	1 039 424
85+	167 893	185 963	244 526	310 469	345 610	500 929	645 017
Regroupements							
0-19	2 435 521	2 416 147	2 344 140	2 274 612	2 272 188	2 243 270	2 228 643
20-54	4 991 389	5 085 479	4 988 021	4 753 956	4 614 787	4 572 041	4 492 801
20-59	5 533 869	5 615 112	5 681 656	5 521 385	5 279 113	5 221 584	5 166 305
0-54	7 426 910	7 501 626	7 332 161	7 028 568	6 886 975	6 815 311	6 721 444
0-64	8 517 445	8 549 924	8 674 826	8 518 630	8 247 155	8 102 687	8 053 257
60+	2 173 657	2 249 411	2 503 894	2 927 831	3 342 987	3 499 778	3 557 633
65+	1 625 602	1 730 746	1 854 864	2 205 198	2 647 133	2 861 945	2 899 324
70+	1 106 820	1 220 882	1 373 301	1 565 243	1 929 024	2 232 924	2 278 179
75+	646 425	758 383	930 157	995 734	1 279 102	1 595 538	1 684 441
80+	386 282	376 786	538 730	608 609	748 199	982 342	1 134 667
85+	167 893	185 963	244 526	310 469	345 610	500 929	645 017

2) Hommes (milliers)

	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2010/2000	2040/2000
0-14	925	879	867	870	852	852	0,95	0,92
15-24	634	652	618	602	610	597	1,03	0,96
25-34	726	675	693	661	646	655	0,93	0,89
35-44	809	730	681	699	669	656	0,90	0,83
45-54	714	784	711	668	689	661	1,10	0,97
55-64	514	667	741	681	647	671	1,30	1,26
65-74	440	433	579	662	620	600	0,98	1,41
75-84	219	273	287	406	487	473	1,24	2,23
Regroupements								
0-19	1 236	1 200	1 167	1 166	1 151	1 144	0,97	0,93
20-54	2 572	2 519	2 402	2 334	2 315	2 277	0,98	0,90
20-59	2 835	2 865	2 786	2 668	2 642	2 617	1,01	0,93
0-54	3 808	3 720	3 569	3 500	3 466	3 421	0,98	0,91
0-64	4 322	4 386	4 311	4 181	4 112	4 091	1,01	0,95
60 et +	958	1096	1 319	1 529	1 603	1 640	1,14	1,67
65+	707	776	961	1182	1 284	1 309	1,10	1,82
70+	469	545	650	830	973	999	1,16	2,07
75+	267	343	382	520	664	709	1,28	2,49
80+	115	179	212	280	381	451	1,56	3,32
85+	48	70	95	114	176	236	1,47	3,67
90+	12	16	30	39	61	90	1,33	4,98

3) Femmes (milliers)

	2000	2010	2020	2030	2040	2050	2010/2000	2040/2000
0-14	882	835	822	824	806	807	0,95	0,91
15-24	614	631	597	580	588	575	1,03	0,96
25-34	706	659	676	644	628	635	0,93	0,89
35-44	790	713	666	683	653	638	0,90	0,83
45-54	702	775	699	656	675	646	1,10	0,96
55-64	534	676	749	679	641	661	1,27	1,20
65-74	532	492	631	706	646	615	0,92	1,21
75-84	353	413	398	527	607	567	1,17	1,72
Regroupements								
0-19	1 180	1 144	1 108	1 106	1 092	1 085	0,97	0,93
20-54	2 514	2 469	2 352	2 281	2 257	2 216	0,98	0,90
20-59	2 781	2 816	2 735	2 611	2 579	2 550	1,01	0,93
0-54	3 694	3 612	3 459	3 387	3 349	3 301	0,98	0,91
0-64	4 228	4 288	4 208	4 066	3 990	3 962	1,01	0,94
60 et +	1 291	1 408	1 609	1 814	1 897	1 918	1,09	1,47
65+	1 023	1 079	1 244	1 465	1 578	1 590	1,05	1,54
70+	752	829	915	1099	1 260	1 279	1,10	1,68
75+	491	587	613	759	932	975	1,20	1,90
80+	262	360	397	468	602	684	1,37	2,30
85+	138	174	216	231	325	409	1,26	2,35
90+	47	54	86	97	134	180	1,14	2,83

Annexe 2: Paramètres pour l'estimation des « besoins » à venir et Evolution estimée

Critère Source (Période, lieu)	Evolution estimée
1. POPULATION	NB Pour l'évolution de la structure démographique : voir 2.2 ci-dessous
Dekuske (France)	+ 6 à 7% en 20 ans (2000-2020)
Deliège, 2003 (Belgique, 2000-2020)	+ 6.2% en 20 ans en Communauté française, + 3.5% en Communauté flamande.
2. SANTÉ	
2.1. En général	
Bogaerts et al., 1999 (Belgique, 1997 à ...)	Pour motifs épidémiologiques : + 3% en 2010 ; + 5% en 2020.
Mechanic, 1996	Nouvelles morbidités des jeunes et accroissement des chroniques (vieux)
Schubert et al., 2001	Ravages dus à l'obésité, prévalence croissante du cancer, du diabète, des ostéo-arthrites, des allergies, ...
Rantanen in Barnard, 2003	Problèmes musculo-squelettiques, problèmes de reproduction, stress professionnel, santé mentale (surtout parmi les jeunes), ...
Barnard, 2003 (Europe, 2000-2020)	+ 0.5% des dépenses de soins par an, vu les changements de morbidité et les possibilités nouvelles de traiter plus de maladies (outre vieillissement, attentes croissantes des consommateurs et nouvelles technologies)
2.2 Impact du vieillissement Grignon	Un vieillissement est en cours, tant avant 65 ans qu'à l'intérieur de la catégorie des 65+ L'espérance de vie à 60 ans passera de 20 ans à 25 ans en 2040
2.2.1. Evolution de la structure d'âges	Dit « Effet mécanique » (à taux de consommation par âge constants)
Martin, 2003 (50 ans – OCDE)	L'évolution de la structure démographique nécessitera, en termes de besoins et de soins de santé, + 2 points de PIB en 50 ans
Grignon, 2003 (France : 2000-2020)	+ 1.4 point de PIB, à dépenses par âge constantes (de 10 à 11.4% du PIB) - mais la santé peut s'améliorer ; - mais sera ce en fonction des soins prodigués ?
Couffinhal, 2001a ; (France, 2000-2020)	+ 0.9 point de % dans la richesse nationale
Données de Cadrage, 2002 (France, 2000-2020)	+ 0.7% par an
Barnard, 2003 (Europe, 2000-2020)	+ 0.5% des dépenses de soins par an dû au vieillissement (outre changements de morbidité, extension des indications, attentes croissantes des consommateurs et nouvelles technologies)
Greenberg et al., 1997 (Etats-Unis, 1989 - 2020)	+ 8.2% selon le modèle du « Bureau of Health Professionals »
Smets et al. (Belgique, 1992-2042)	+ 16% d'admissions - + 37% de journées d'hospitalisation
Robine et al., 1998 (France : 1990-2020)	- A taux de dépendance constants, le nombre de dépendants doublera
2.2.2. Santé des aînés	Pour l'évolution de la demande des aînés : voir 4.2
Auvray (> 16 ans, France 2002)	- L'indicateur moyen de santé perçue passe de 9.1 (<19 ans) à 6 (80+) - Présence d'un problème de santé chronique : 10.1% (<19) à + de 51% (70+) - Se déclarent en (très) mauvaise santé : < 1.5% (<29 ans) à 16.5% (80+)
Couffinhal, 2001a (France, 2000-2020)	- Si l'allongement de vie signifie une dégradation de la santé : les dépenses de santé croissent plus que l'effet mécanique

	- Si la santé s'améliore à chaque âge, c'est l'inverse
Grignon, 2003 (France)	- La santé est le moteur des fortes dépenses des aînés ; à santé égale, ceux-ci dépendent moins, car : rationnement, renoncement, autre génération. - Si la santé s'améliore, l'impact du vieillissement sera moindre - Même si l'incapacité par âge diminue, la morbidité risque de croître
Heenan, 1980 ; Robine et al., 1998	- L'espérance de vie en bonne santé s'allonge avec l'espérance de vie en général - On peut espérer une amélioration, vu la diminution du tabagisme, le développement du sport, l'amélioration de l'instruction et la diffusion des appareils visuels et auditifs (= prévention des chutes et fractures)
Robine et al., 1998 (France : 1990-2020)	- Le choix du seuil de sévérité de la dépendance a un impact important (de 1 à 1.8 !) ; une diminution minime du seuil reconnu a un effet explosif. - mais les taux d'incapacité peuvent diminuer (ce fut observé entre 1980 et 1991) ; l'impact est important sur le nombre de dépendants en 2020 - Il faut diminuer les taux d'incapacité de 40 à 50% en 30 ans, pour stabiliser le nombre de dépendants
2.2.3. Besoins spécifiques des aînés	
Robine et al., 1998	- Les aînés ont des besoins supérieurs
Cooper, 2002 ; Heckman (+Callaghan) ; Shemin, 2002 ; Weiner D et al., 1997 ; Schubert et al., 2001	- Morbidité et soins fréquents : cancer, athérosclérose, hypertension, rhumatisme, arthrose, fracture et prothèse de la hanche et du genou, cataracte, glaucome, insomnie, Parkinson, dépression, démence - hypertrophie de la prostate (40% des hommes), - incontinence: 30% des âgés non-institutionnalisés, 50% en maison de repos - 12 à 40% des aînés souffrent de douleur, dont la prise en charge croît
Sheldon, 1995	Le nombre de malades chroniques va croître, car 86% des personnes âgées de 85 ans et plus en souffrent
Kopetsch, 2004 ; Grignon, 2003.	- Multimorbidité - + 364 /an si 1 maladie, + 1830 si 4 maladies
	- Fin de vie :
Himsworth, 1999	- Grande concentration de soins en fin de vie (2 ou 3 dernières années)
Grignon, 2003	Dernières années de vie : coût 5 fois plus élevé que les autres ; mais le % d'années concernées diminue ; l'impact du vieillissement s'en trouve atténué (de 0.9 à 0.64 point de PIB en 20 ans pour les soins de court terme)
CNAMTS, 2003 (France, décès 1996 à 2002)	Dépenses en fin de vie : très fortes, mais diminuent avec l'âge au décès (usure naturelle, moindre effort, ...) ; les dépenses de dernière année de vie = 18 000 si décès à 45 ans, 9000 à 85 ans.
Himsworth, 1999	- Par contre, l'hospitalisation en fin de vie augmente avec l'âge au décès : ½ jour par année de vie supplémentaire après 60 ans. La plupart concentrent les hospitalisations sur les 2 ou 3 années finales (50 centile), voire dans la dernière année (25 centile). - Cet effort accru persistera-t-il au même rythme avec l'accroissement de l'âge au décès (voir CNAMTS ci-dessus) ?
CNAMTS, 2003 (France)	- Les soins en fin de vie vont croître, car les décès vont augmenter du fait du vieillissement (même si, en moyenne, les dépenses s'en trouvent modérées)
Cooper, 1995 (Etats-Unis)	- Si l'amélioration de l'espérance de vie se ralentit, les taux de mortalité vont croître (+7% en 2020), accroissant demande de 2.4% (1993-2020).
2.2.4. Modes de prise en charge des aînés	Voir aussi sections 3.1 et 4.2 ci-dessous Les dépenses par âge croissent avec le temps, sous la poussée des progrès technologiques et des pratiques professionnelles ; des choix de société sont en cause.
3. Organisation du	

<i>systeme de soins</i>	
3.1 Organisation : Gestion et financement	
3.1.1. La couverture d'assurance	
Traxler, 1994	Quel sera l'avenir de la couverture d'assurance (en hausse aux USA ?) (Mais peut être en baisse en Europe : cf. ci-dessous)
Barnard, 2003 (Europe, 2000-2020)	Quel sera l'impact des restrictions probables en matière d'assurance, par exemple : augmentation de la part du patient, exclusion de soins très onéreux (transplantations ?), âge limite pour certains soins, limites aux soins couverts pour les fumeurs ?
3.1.2. La réduction de l'offre	
Goldacre, 1999	Réduction du nombre de lits et de la durée de séjour : les besoins ne diminuent pas au prorata, vu l'accroissement de l'intensité du travail par lit
Kopetsch, 2004	Impact d'une décision de la Cour européenne : les gardes font partie du temps de travail (Besoin estimé : + 15 000 médecins en Allemagne)
3.1.3. La gestion et la productivité	
Asano, 2001 ; Maynard, 1995	Les « besoins » peuvent diminuer par : <ul style="list-style-type: none"> . la gestion des ressources (« managed care ») et . des politiques de substitution entre professions ; ainsi, aux Etats-Unis, la poussée des praticiens non médecins est très forte : triplement attendu en 20 ans.
Cooper, 2001 (Etats-Unis, 1995-2015)	
Greenberg, 1997 (Etats-Unis, 1989- 2020)	<ul style="list-style-type: none"> - moins 1.8% en cas d'extension généralisée du « managed care » - moins 15% en cas de productivité en hausse de 0.5% par an (c'est un scénario alternatif au scénario de base)
	Questions : Ces politiques vont-elles se répandre en Europe ? <ul style="list-style-type: none"> . Avec quel impact sur la productivité et la qualité ? . Quel avenir pour le triage en première ligne (« gatekeeping ») ?
	Faut-il maintenir ou non un service de garde sur chaque site hospitalier ?
3.2. Pratiques professionnelles	
Bogaerts et al., 1999 (Belgique, 1997 à ...)	<ul style="list-style-type: none"> - Diminution de la part des visites à domicile : la force de travail s'en trouvera augmentée de 4.9% (2010) à 9.9% (2020) ; - Accroissement de la durée de consultation : + 1 à 2 minutes (= 6.6% de la force de travail) - Pour les généralistes : évolution vers des pratiques en duo ou en groupe : augmentation des « besoins » de gestion : + 0.5% (2010) à + 1% (2020).
Schweyer in Kervasdoué, 2003	Faut-il exiger la présence physique du médecin pendant toute la durée de la prestation ?
Heckman, 1998	Faut-il la présence d'un deuxième chirurgien pendant les opérations ?
Wennberg, 1993	Le taux de chirurgie de la prostate baisse quand les décisions sont partagées
Grignon, 2003 Robine et al., 1998 Wennberg, 1993	Les modes de prise en charge augmentent avec le temps Dans quelle mesure assurera-t-on la prévention ? Comment se fera le suivi des chroniques ? Espacer les contrôles de 6 semaines au lieu de 3 mois peut doubler ce type de « besoin » !
3.3. Zones à risque	
Csdm 03/2/ 201***	Zones où un médecin de 50 ans ou plus exerce seul Question : quel rayon considérer pour une « zone » ?
4. DEMANDE DE SOINS	
4.1. En général	

4.1.1. La demande croît	
Martin, 2003 (OCDE)	La demande croît avec la richesse, voire plus vite, à l'instar d'autres types de consommation : effet sur les volumes et les prix Le rythme de croissance diminue : de 6% par an à 3% par an en moyenne
Gerdtham, 2000 ; Cooper, 2003	Elasticité de la demande au PIB : .76 (10% de croissance entraîne 7.6% d'augmentation des dépenses de santé). En Europe : .53
Cooper, 2002 ; Goldacre, 2001 ; Ryde, 1999 ; Traxler, 1994	Demande croissante (sans autre précision) ; il faut examiner les <u>tendances</u> des facteurs en cause (schéma à la section 2.2.2.1) Notamment : l'avenir de la couverture d'assurance.
4.1.2. Impact faible du vieillissement	Impact moindre que celui dû aux progrès techniques, aux pratiques professionnelles et aux attentes de la population.
CNAMTS, 2003 (France)	Minimum + 6% / an au total, dont seulement + 0,5% à + 1% imputables au vieillissement.
Pontone (in Collectif, Credes, 2001),	De 1980 à 1996, la croissance des actes d'anesthésie a atteint 120%, dont seulement 11% du au vieillissement.
Christensen et al., 2001, (Danemark)	Pour le passé, la demande a crû de 20% en 10 ans, dont seulement 4.5% peuvent être attribués au changement de structure démographique.
Schwartz et al (in Feil et al., 1993) (Etats-Unis)	+ 1.6% par an (+0.57% pour le vieillissement et +1.03% pour les nouvelles procédures)
4.1.3. Scénarii d'avenir	
Barnard, 2003 ; Asano, 2001 ; Cooper, 2002 ; Goldacre, 1998 ; Greene, 2002 ; Christensen et al., 2001, Mechanic***	- Les attentes du public croissent (en volume et qualité), notamment à l'égard des spécialistes (être soigné où et quand, quelles alternatives, avec quel résultat, à quel prix, et avec quel niveau de communication, ... ?). - Le public souhaite peu de listes d'attente - Les médias et l'opinion publique font pression pour que les nouvelles techniques soient prises en charge par l'assurance. - Une attention accrue est portée au corps (esthétique) et au confort (bien-être, capacités, qualité de vie, ...)
Barnard, 2003 (Europe, 2000-2020)	+ 0.75% des dépenses de soins par an, vu les attentes accrues des consommateurs de soins (outre nouvelles morbidités, vieillissement et progrès technologique) ; en tout + 3% par an, hors augmentations salariales
Smets et al. (Belgique)	Besoins liés au vieillissement : - soins spécialisés : + 0.31% par an - soins généraux : + 0.63% par an
Grignon, 2003.	- A état de santé donné, on dépense moins de soins quand on est plus âgé. - Mais le profil des dépenses par âge se creuse : les plus âgés consomment de plus en plus relativement aux plus jeunes.
Cooper et al., 2002	Si le PIB croîtra de 1.5 à 2% par an, la demande croîtra de 1.1 à 1.5% par an, Soit de 22 à 35% en 20 ans (hypothèse d'une élasticité plus faible que par le passé)
Cooper, 1995	+18% 1993-2020 (pour croissance demande et baisse de force de travail)
Tarlov, 1995	+ 1 à 2% par an (hors index et croissance de population) = probable
4.2 Impact du vieillissement	Voir aussi 2.2.2 (santé des aînés), 2.2.3 (besoins spécifiques des aînés) et 4.1.1. (croissance générale et imputable au vieillissement).
Auvray, 2003 (France 2002) ; Martin, 2003 ; Shemin, 2002	Taux de recours - par mois (pondéré par sexe) par 100 personnes >10 ans : de 29 (10-19 ans) à 89 (80+) - augmente dès 45 ans (baisse à 80-85 ans) ; - à 65-74 ans : double de celui des 45-64
Heenan, 1980 ; Sheldon, 2003, Cooper2	Les nouvelles générations d'aînés seront plus riches et donc plus exigeantes ; elles vont investir dans le secteur de la santé et formeront une force politique
	Les nouvelles générations d'aînés seront composées de personnes habituées à la couverture d'assurance santé

CNAMTS, 2003 (France, 1992-2000)	A âge donné, l'augmentation en 8 ans est nette, surtout à partir de 50 ans (à 75-80 ans, la consommation est double que celle observée 8 ans avant)
Grignon, 2003	Les dépenses de soins pour les 65+ varient selon les pays : le ratio par rapport à celles pour les < 65 ans est de : 2.8 en Allemagne, 5.3 au Japon
Hingstman, et al., 1998 (Pays-Bas)	La durée de consultation augmente avec l'âge Besoins : +20% en 14 ans (pr durée ?***)
4.3. Progrès technique et des connaissances	
Barnard, 2003 (Europe, 2000-2010-2020)	- 80% des connaissances risquent d'être modifiées dans les 10 prochaines années - + 1.25% des dépenses de soins par an (= croissance de 5 à 7% par an pour les nouvelles technologies et les nouveaux médicaments), outre les nouvelles morbidités, vieillissement, attentes accrues des consommateurs de soins et progrès technologique ; en tout + 3% par an, hors augmentations salariales
Christensen et al., 2001, (Danemark)	Ces progrès expliquent davantage l'augmentation des dépenses de santé que le vieillissement. A l'avenir, ils ne diminueront pas la charge, car le nombre de maladies traitables croîtra, de même que les indications.
Christensen et al., 2001 (Danemark) ; Cooper, 1995 (USA) ; Martin , 2003 (OCDE) ; Goldacre, Sheldon	Pression (sans autre précision) ; pour Martin, il s'agit du moteur principal de la hausse
Barnard, 2003 ; Sheldon	Génomique, cellules souches, neurosciences, transplantations, prothèses, Bioingénierie (sang ou organes artificiels),
CNAMTS, 2003 (France)	Si les progrès relatifs aux pathologies des aînés préviennent des troubles, l'impact du vieillissement sera atténué ; s'ils accentuent la concentration des soins aux âges avancés, l'impact sera important
Cooper, 1995	+ 4.4% (2000-2020)
4.4. Par secteur	
Pontone (in Collectif, CreDES (France 2000-2020)	+ 15% (influence mécanique du vieillissement sur les actes d'anesthésie)
Schubert et al., 2001 ; Miller, 1996	Anesthésie : + 1.5 à + 2 ou 3% par an [vieillissement, évaluation pré-clinique, soins intensifs, prise en charge de la douleur (qui affecte 12 à 40% des aînés)]
Shemin, 2002 ; Cooper, 2002 (USA)	Moins de pontages, plus de stents (impact sur la chirurgie thoracique et la cardiologie)
Christensen et al., 2001 (Danemark)	Croissance attendue plus forte en psychiatrie (2.9% par an versus 1.1 à 1.3% pour les autres spécialités) selon l'opinion de sociétés scientifiques
Kimball, 2003	Dermatologie : l'ampleur des tâches augmente
5. TÂCHES LIÉES AUX SOINS	= soins indirects
Greenberg, 1997 ; Goldacre	Ces tâches vont continuer à croître : dossier médical et informatisation, coordination (vu la multiplication des intervenants), gestion de réseau, évaluation, formation continue
Greenberg 1997 (Etats-Unis, 1989)	Ces tâches représentent de 7% (urologie) à 22.3% (pathologie) : téléphone, consultations avec des collègues, interprétation de tests.
6. TÂCHES « NON-CURATIVES » DANS LE SYSTÈME DE SANTÉ	Enseignement, recherche, médecine légale, prévention, hygiène, santé publique, qualité des soins, gestion de données, gestion, services publics, ...
Goldacre, 2001 ; Christensen et al., 2001	Ces tâches croîtront (évolution non chiffrée)

Greenberg 1997 (Etats-Unis, 1992)	Le poids de ces tâches varie selon la spécialité : de 2.2% (orthopédie) à 26.3% [« autres spécialités » (que celles étudiées)],
7. FORCE DE TRAVAIL	
De Wever et al., 2003 ; Kervasdoué, 2003, Taylor, 1999; Schubert et al, 2001 ; Cooper, 1995.	Diminue en moyenne, accroissant le nombre de diplômés nécessaires pour un volume de travail donné
Kervasdoué, 2003.	Tensions à prévoir si la pénurie force à accroître les gardes et le temps de travail
Goldacre , 1999 et 2001.	Taux d'activité et/ou durée du temps de travail en baisse ; Souhaits de temps partiel en hausse
Cooper, 1995	Hypothèse : - 5% de 1993 à 2020 (autre - 4.6% lié au vieillissement de la profession)
Asano, 2001 ; Goldacre, 1999 ; Schubert et al., 2001 ; Couffinhal, 2001a	Féminisation croît - Scénario retenu : +1% de femmes par an (effectifs d'anesthésistes USA) - Pour 91 médecins aujourd'hui, il en faudra 100 en 2020.
Ferral, 1997 (Canada)	Les médecins „solo“ travaillent plus que ceux en grands groupes (+22 h. versus groupes de 6+) ; l'effet est mitigé, car les grands travailleurs exercent davantage dans des groupes de grande taille.
Shemin (USA 1999)	Parmi les chirurgiens cardiaques, 37% comptent prendre leur retraite avant 60 ans ; seuls 23% envisagent de poursuivre jusqu'à 66 ans ou plus.

Annexe 3: Evaluation des niveaux de dépendance

Grille d'évaluation utilisée par l'INAMI pour fixer le niveau de dépendance des résidents en institution de soins selon l'échelle dite de Katz

A envoyer sous enveloppe fermée au médecin-conseil

ECHELLE D'EVALUATION ET RAPPORT MEDICAL JUSTIFIANT LA DEMANDE D'INTERVENTION DANS UNE INSTITUTION DE SOINS

Identification du bénéficiaire

Identification du titulaire

(compléter ou apposer la vignette O.A.)

NOM - Prénom :
 Adresse :
 Date de naissance :
 N° d'inscription O.A.:

Echelle d'évaluation (à remplir par le praticien de l'art infirmier ou le médecin traitant)

CRITERE	Score	1	2	3	4
SE LAVER		peut complètement se laver sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour se laver sous la ceinture	a besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER		peut complètement s'habiller et se déshabiller sans aucune aide	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller sous la ceinture (sans tenir compte des lacets)	a besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
SE DEPLACER		peut se lever et se déplacer de façon entièrement indépendante, sans aide mécanique, ni aide de tiers	peut se lever de sa chaise ou de son lit de façon indépendante, mais utilise des auxiliaires mécaniques pour se déplacer de façon autonome (béquilles, chaise roulante)	a absolument besoin de l'aide de tiers pour se lever et se déplacer	est grabataire ou en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
AIDE A LA TOILETTE		peut aller seul à la toilette ou s'essuyer	a besoin de l'aide partielle de tiers pour aller à la toilette ou s'essuyer	doit être entièrement aidé pour aller à la toilette ou s'essuyer	ne peut aller à la toilette ni sur une chaise percée
CONTINENCE		est continencieux pour les urines et les selles	est incontinencieux accidentellement pour les urines ou les selles (accès vésicale ou anus artificiel compris)	est incontinencieux pour les urines (y compris exercices de miction)	est incontinencieux pour les urines et les selles
MANGER		peut manger et boire seul	a besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	a besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	le patient est totalement dépendant pour manger et boire

CRITERE	Score	1	2	3	4	5
TEMPS		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté	impossible à évaluer vu l'évolution très avancée
ESPACE		pas de problème	de temps en temps, rarement des problèmes	des problèmes presque chaque jour	totalément désorienté	impossible à évaluer vu l'évolution très avancée

Sur base de l'échelle d'évaluation reprise ci-dessus, la catégorie 0 catégorie A catégorie B catégorie C est demandée (1).

Le praticien de l'art infirmier, (nom, date et signature) (2)

Rapport médical

Je déclare,

A. Diagnostic : Diagnostic principal :

Diagnoses accessoires importants :

B. Description des affections et lésions qui justifient la demande :

.....

C. L'intéressé(e) se trouve dans la situation de dépendance comme décrite ci-dessus.

Le médecin-traitant, (nom, date et signature)

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour incontinence, et
ils sont dépendants pour se déplacer et/ou aller à la toilette
et/ou pour manger.

Dé
uti

Catégories de dépendance

Sur base de l'échelle d'évaluation, reprise au recto, les catégories de dépendance sont déterminées comme suit (le bénéficiaire est considéré dépendant lorsqu'il obtient un score de «3», «4» ou «5» pour le critère concerné):

Catégorie O: y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychiquement

Catégorie A: y sont classés

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont entièrement indépendants physiquement ;

Catégorie B: y sont classés

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour se déplacer et/ou aller à la toilette
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller

Catégorie C: y sont classés

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour se déplacer, et aller à la toilette, et
ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour incontinence, et
ils sont dépendants pour se déplacer et/ou aller à la toilette
et/ou pour manger.

Bijlage 4: Voorzieningen en sociale bescherming voor ouderen in België en de drie gewesten, 1990 - 2003

Tabel 1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België en de drie gewesten*.

Eenheden	Jaar	Erkende bedden/...	België Pro-gram-matie	% tov pro-gram-matie	Erkende bedden/...	Vlaanderen Program-matie	% tov pro-gram-matie	Brussel Erkende bedden/...	Program-matie	% tov pro-gram-matie	Erkende bedden/...	Wallonie Program-matie	% tov pro-gram-matie
Permanente voorzieningen voor ouderen; Residentieel Rust- en Bedden	1997	19 856			12 468			2 061			5 172		
	1997	20 126	20 126		12 546	12 546		2 106	2 181		5 297	5 339	
	1998	20 126	25 126		12 546	15 286	82	2 181	2 802	77	5 399	9 053	59
	1999	22 751	30 126	75,52	14 057	18 192	77		2 750		6 197	8 398	73,79
	2000		35 126		17 994				3 320		8 095		
	2000				17 918	21 015	85	3 510					
	2000										9 484		
	2001	34 401	40 126	85,7	20 633	23 838	86,6	3 890	4 460	87,2	9 878	11 552	85,5
	2002		45 126		26 124	26 662	97,98		5 029			13 129	
	2003		48 334		26 123								
Voorzie-ningen (in ZH + ROB)	1999				613								
	2000				604								
	2001				595								
	2002				595								

* Bij een aantal diensten of voorzieningen zijn er voor eenzelfde jaar verschillende cijfers weergegeven. Dit heeft diverse oorzaken: zo zijn er verschillen naargelang de geconsulteerde bron en zijn er ook verschillen naargelang de cijfers dateren van het begin, midden of einde van het desbetreffende jaar (o.a. door wetswijzigingen). Ook kunnen er voor Vlaanderen / Wallonië verschillen zijn naar gelang de cijfers voor Brussel (Vlaanderen en Wallonië) of de Duitstalige Gemeenschap (Wallonië) al dan niet bij deze cijfers werden meegeteld. Bij de cijfers van de ROB's zijn soms wel, dan weer niet de erkende RVT-bedden meegeteld.

Tabel 1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België en de drie gewesten (Vervolg).

Eenheden	Jaar	België		Vlaanderen		Brussel		Wallonie		
		Erkende bedden/...	Programmatie	Erkende bedden/...	Programmatie	Erkende bedden/...	Programmatie	Erkende bedden/...	Programmatie	
Psychiatrisch verzorgingshuis (PVT)	1994	2.830		2.193	3.508	140	569	497	1.983	25
	1999			2.181						
	2000		6.143	2.414	3.564		576		2.004	
	2000					97				
	2000			2.359						713
	2001			2.349						
	2002			2.471						
	2004	3.240	6.241,89	2.289	3.613,1	181	590,8	770	2.037,9	37,78
	1999			21						
	2000			21						10
2001			25							
2002			25							
Rusthuis (ROB)	1995	87.401		42.607		13.151		31.643		
	1996	99.193		45.738		14.079		39.376		
	1997	101.171		46.835		14.213		40.123		
	1997	100.156		46.967		12.777	6.634	40.412	23.202	174
	1997				68.138		15.703		47.546	
	1998	98.986		45.413		14.195		39.378		
	1999	94.835		42.867		13.516		38.452		
	1999	89.886		41.243		11.518		36.685		
	1999			58.360				45.060		
	1999			43.371				38.241		
1999	94.958		43.833		12.999		37.752			
2000		156.477				geen		47.953		

Tabel 1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België en de drie gewesten (Vervolg).

Eenheden	Jaar	België		Vlaanderen		Brussel		Wallonie		
		Erkende bedden/...	Programmatie	% tov programmatie	Erkende bedden/...	Programmatie	% tov programmatie	Erkende bedden/...	Programmatie	% tov programmatie
Serviceflats en woningen met dienstverlening en senior(er)ies	2000	9 470	26 335	36				14 104		
	2000				4		785			
	2001	10 121	29 483	34,33						
	2002	9 558	28 915	33,06						
	2003	11 419	30 258	37,74						
	2004	11 844	30 762	38,50	32	1 216	2,63			
	1999	546								
	2000	503								
	2001	502								
	2002	478								
Initiatief beschut wonen	1994	1 788	2 339	76	217	380	57	381	1 322	29
	1995		2 346			381				
	1996		2 352			379				
	1997		2 360			380				
	1998		2 365			381				
	1999	1 863	2 371			382				
	2000	2 236	2 376	94		384			1 336	
	2000	2 182			33			704		
	2000	2 410	2 970			480			1 670	
	2001	2 467								
2002	2 434									
2004								410	746	

Tabel 1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België en de drie gewesten (Vervolg).

Initiatief	Eenheden	Jaar	Erkende bedden/...	België Program- matie	% tov pro- gram- matie	Erkende bedden/...	Vlaanderen Program- matie	% tov pro- gram- matie	Erkende bedden/...	Brussel Program- matie	% tov pro- gram- matie	Erkende bedden/...	Wallonie Program- matie	% tov pro- gram- matie	
Initiatief beschut wonen	Voorzie- mingen	1999		37											
		2000		44											
		2001		45											
		2002		45											
Permanente voorzieningen voor ouderen;															
Gespecialiseerde structuren voor demente personen															
dagcentrum voor interdisc. cognitieve therapie	Instellingen	1999	4												
		2003		7											
Expertisecentra dementie	Opgevangen personen Centra	1999	320												
		2003		7											
Permanente voorzieningen voor ouderen;															
Niet-conventionele inrichtingen															
Gemeenschaps- woning	Plaatsen	1993		2 363											
		1997		2 363											
Tijdelijke voorzieningen voor ouderen; Residentieel															
G-bedden	Bedden	1994	6206	7 516	82,57	3 862	4 178	92	574	834	69	1 770	2 504	71	
		1997	6252	6 739	93	4 163	4 178	100	706	834	85	1 383	1 727	80	
		1997				4 140									
		1999	5391	8 575	47,08	3 046	4 969	81,24	706	805	85	1 639	2 802	59,78	
		2000	4037	4 037	47,08	4 037	4 969	81,24	757	805	85	1 675	2 802	59,78	
2000			4 048	80,27	5 043		80,27								
2004	6573	8 982,5	73,18	3 921	5 341,8	73,40	966	785,1	123,05	1 686	2 855,6	59,04			

Tabel 1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België en de drie gewesten (Vervolg).

Eenheden	Jaar	Erkende bedden/...	België Pro-gram-matie	% tov pro-gram-matie	Erkende bedden/...	Vlaanderen Pro-gram-matie	% tov pro-gram-matie	Erkende bedden/...	Brussel Pro-gram-matie	% tov pro-gram-matie	Erkende bedden/...	Wallonie Pro-gram-matie	% tov pro-gram-matie
V-bedden:	1994	3500			1 782	5 847		653	949		1 065	3 305	
reconversie in 1994 naar RVT-en Sp-bedden													
Sp-bedden	1994				500	3 041	16	0	494		0	1 718	
	1997	4 393	5 288	83	2 166	3 067	71	844	494	171	1 383	1 727	80
	1997				2 206								
	1999	4 546			2 242			886			1 418		
	2000		5 324			3 089			499			1 737	
	2000				2 492	3 100	80,39						
	2004	5 524	5 409,6	102,11	2 838	3 131,3	90,63	764	512,1	149,20	1 922	1 766,2	108,82
Waarvan Sp-psychogeriatrie	1999	13%											
	2004	613			184			143			286		
Tg-/Vp-bedden (vanaf 1994 enkel nog VP, in 2000 werden de Vp-bedden omgezet in Sp-psychogeriatrie)	1994	2 272	3 030	65,81	1 365	1 754	78	225	285	79	682	991	69
	1997	1 570	3 051	51	1 240	1 770	70	0	285	0	330	996	33
	1999	1 530			1 200			0			330		
	2000		2 355			1 366			221			768	
Tijdelijke voorzieningen voor ouderen; Semi-residentieel Geriatrisch Ziekenhuis	1989				6	geen	/						

Tabel 1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België en de drie gewesten (Vervolg).

Geriatrische instelling	Eenheden	Jaar	België		Vlaanderen		Brussel		Wallonie		
			Erkende bedden/...	Programmatie	Erkende bedden/...	Programmatie	Erkende bedden/...	Programmatie	Erkende bedden/...	Programmatie	% tov programmatie
Dagverzorgingscentrum (DVC)	Instellingen	1995	10	6	3	3	1				
	Bedden	1995	976	514	233	229					
Federaal plaatselijk Verbleefcentrum (DVC)	Verbleefcentrum	1996	343	343	1 889	18					
		1998		394	2 029	19,42					
	1999	945	672	91	177						
	1999		680	2 215	30,70	0	109	0			
	2000		571	1 982	29						
	2000		571	395	144,55	61	216				
	2000		4 706	2 765	428	1 513					
	2000		737	2 264	32,55	0	109	0			
	2001	731	602	972	61,93	55	201	69	26,54		
	2001		803	2 414	33,26						
Centra	Verbleefcentrum	2001		818	2 307	35,46	0	107	0	69	
		2002		925	2 322	39,84	0	107	0		
	2003		1 089	2 342	46,50	0	110	0			
	1996	52	29	geen	/	3	20	geen	/		
	1998		30								
1999		50									
2000		54									

Tabel 1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België en de drie gewesten (Vervolg).

Eenheden	Jaar	Erkende bedden/...	België Pro-gram-matie	% tov pro-gram-matie	Erkende bedden/...	Vlaanderen Program-matie	% tov pro-gram-matie	Erkende bedden/...	Brussel Program-matie	% tov pro-gram-matie	Erkende bedden/...	Wallonie Program-matie	% tov pro-gram-matie
Dagverzorging scentrum (DVC)	2001	64			48			4				12	
Totaal aantal centra	2002				69								
	2003				79	94	84,04						
Dagcentrum enkel regionaal erkend (dus geen DVC)	2001				12							10	
	2001				201							231	
Opvangdag- centra	2000												1 410
	1999												
	2000												
Nachtopvang in rusthuis	1993				82		/						
	1995	82			69			5					8
	1995	240			218			48					11
	1995	24 058			21 533			1 331					1 174

Tabel 1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België en de drie gewesten (Vervolg).

Eenheden	Jaar	Erkende bedden/...	België Pro-gram-matie	% tov pro-gram-matie	Erkende bedden/...	Vlaanderen		% tov pro-gram-matie	Erkende bedden/...	Brussel Program-matie	% tov pro-gram-matie	Erkende bedden/...	Wallonie Program-matie	% tov pro-gram-matie
						Erkende bedden/...	Program-matie							
Centrum voor kortverblijf (ook nachtopvang)	1991	Centra / rusthuizen, enkel erkende												
	2000			60		1	/							
	2001			73										
	2002			93										
	1993	Bedden		256	/									
	2000					1 982	/							
	2001			280	12,14	2 307								
	2001			299	12,39	2 414								
	2002			385										
	2003			1493	63,75	2 342								
Thuiszorgdiensten Lokaal diensten-centrum (LDC)	1995	Centra		82	564			15						
	1999			125										
	2000			138										
	2001			141										
	2002			132										
	2002			133										
	2003			173	569			30,40						
	2004			130										
										16				geen

Tabel 1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België en de drie gewesten (Vervolg).

Centrum Geestelijke Gezondheids- zorg (CGGZ)	Eenheden	Jaar	Erkende bedden/...	België Pro- gram- matie	% tov pro- gram- matie	Erkende bedden/...	Vlaanderen		Brussel Program- matie	% tov pro- gram- matie	Erkende bedden/...	Wallonie Program- matie	% tov pro- gram- matie	
							Erkende bedden/...	% tov pro- gram- matie						
	Voorzie- mingen	1999				84								
		2000				21								
		2001				21								
		2002				21								
	Vestigings- plaatsen	1999				89								
		2000				90								
		2001				90								
		2002				90								
Gezinszorg	Diensten	1990	238	zie uren	/	143								
		1996				151								
		1997						19			79			
		1998									84			
		1999					150				84			
		2000					151							
		2001					150				85			
		2002					146							
		2003					128							
		2004					126					94		
	Personeels- leden totaal	1995	15 718	geen	/									
		2000				14 005								
		2002				14 287							5 160	

Tabel 1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België en de drie gewesten (Vervolg).

Gezinszorg	Eenheden	Jaar	Erkende bedden/...	België Pro-gram-matie	% tov pro-gram-matie	Erkende bedden/...	Vlaanderen		% tov pro-gram-matie	Brussel Program-matie	Erkende bedden/...	Wallonie Program-matie	% tov pro-gram-matie
							Erkende bedden/...	Program-matie					
Personeelsleden VTE	1999										665		
	2000					10 933							
Verzorgenden	2002					11 215							
	1980					7 900					4 700		
Verzorgenden VTE	1991					9 700					4 200		
	1995		15 718			10 100					4 424		
	1996					11 401							
	1998										4 806		
	1999					12 832					5 816		
	1999					12 612							
	2000					13 086							6 060
	2001												
	2002					13 344							
	1999		15 148,1			10 328					483		4 337,1
Maatschappelijk werk.	2000												
	2001												
	2002					8 825,2							4 614,7
	2002					10 586,2					82,67		
Maatschappelijk werk. VTE	2000					825							
	2000					554							

Tabel 1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België en de drie gewesten (Vervolg).

Gezinszorg	Eenheden	Jaar	België		Vlaanderen		Brussel		Wallonie	
			Erkende bedden/...	Programmatie	Erkende bedden/...	Programmatie	Erkende bedden/...	Programmatie	Erkende bedden/...	Programmatie
			% tov programmatie	% tov programmatie	% tov programmatie	% tov programmatie	% tov programmatie	% tov programmatie	% tov programmatie	% tov programmatie
	Dienst- hoofden	2000		67						
	Dienst- hoofden VTE	2000	52							
	Uren	1980	9 726 000					5 305 000		
		1991	10 290 000					4 235 000		
		1995	11 748 000					4 721 000		
		1996	11 823 000							
		1997			246 000			4 925 000		
		1998						5 310 004	5 37 289	98,93
		1999						5 600 000		
		1999				15 971 690				
		2000				16 203 027				
		2000				13 604 589			5 310 004	98,93
		2001	12 848 198			13 604 589				
		2001	13 604 589			16 390 981			5 353 752	99,27
		2002	13 811 737			16 578 717				
		2003	13 962 156			16 815 332				
		2003							5 393 289	
		2004	14 102 156			16 892 532				
	Clënten	1999	60 076							
		2000	61 765						29 670	
		2001	63 220							
		2002	65 854							
		2003	67 005							

Tabel 1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België en de drie gewesten (Vervolg).

Eenheden	Jaar	Erkende bedden/...	België Pro-gram-matie	% tov pro-gram-matie	Erkende bedden/...	Vlaanderen		Brussel Program-matie	% tov pro-gram-matie	Erkende bedden/...	Wallonie Program-matie	% tov pro-gram-matie
						Erkende bedden/...	Program-matie					
Tegemoetkoming renovatie woning (VL)	1996				10 890					bestaat		
	2002				6 373							
	1996	Uitgekeerd bedrag			24 216 658							
	2002				14 146 093							
Sociale voordelen en andere initiatieven												
Parkeerkaart voor invalide bejaarden	1996				bestaat							
Rusthuis infofoon	1994				opgericht							
	2003				1 134							
Vereniging van gebruikers en mantelzorgers	1996	Oproepen			bestaat							
	1999				4							
	2000				4							
	2001				4							
	2002				5							
Lessen gezondheidszorg en verzorging van oudere pat.	1996				bestaat							
Ontspannende en educatieve activiteiten voor ouderen	1996				bestaat					bestaat		bestaat

Tabel 1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België en de drie gewesten (Vervolg).

Eenheden	Jaar	Erkende bedden/...	België Program- matie	% tov pro- gram- matie	Erkende bedden/...	Vlaanderen		Brussel Program- matie	Erkende bedden/...	Wallonie Program- matie	% tov pro- gram- matie
						Program- matie	% tov pro- gram- matie				
Verenigingen voor ouderen	1996	bestaat			bestaat				bestaat		
Vrijstelling kijk- en luistergeld	1996	bestaat			bestaat				bestaat		
Plus 3 pas	1996				bestaat						
Sociaal elektriciteits- en gastarief	1996	bestaat			bestaat				bestaat		
Uitkeringen in cash											
Zorgverzekering residentieel	2002				29 375						
	2003				45 351						
Nieuwe aanvragen	2003				23 852						
Uitgaven in mio euro	2002				9,9						
	2003				64,4						
Zorgverzekering thuiszorg	2002				74 960						
	2003				80 886						
Nieuwe aanvragen	2003				30 155						
Uitgaven in mio euro	2002				63,0						
	2003				82,6						

Tabel 1 Perspectieven inzake permanente en tijdelijke voorzieningen voor ouderen, de thuiszorgdiensten, sociale voordelen en uitkeringen in cash in België en de drie gewesten (Vervolg).

Eenheden	Jaar	België		Vlaanderen		Brussel		Wallonie	
		Erkende bedden/...	Programmatie	Erkende bedden/...	Programmatie	Erkende bedden/...	Programmatie	Erkende bedden/...	Programmatie
			% tov programmatie		% tov programmatie		% tov programmatie		% tov programmatie
PAB	Nieuwe aanvragen	2001		1 378					
		2002		610					
	Begunstigden (totaal)	2001		316					
		2002		490	500		98,00		
	Uitgaven	2001		7 833 435					
		2002		8 201 158					
PGB		2004							
Fiscale voordelen									
Andere initiatieven / vergoedingen									
Rechten van de patiënt									
				Decreet 21/12/2001 in uitvoering					

* Bij een aantal diensten of voorzieningen zijn er voor eenzelfde jaar verschillende cijfers weergegeven. Dit heeft diverse oorzaken: zo zijn er verschillen naargelang de geconsulteerde bron en zijn er ook verschillen naargelang de cijfers dateren van het begin, midden of einde van het desbetreffende jaar (o.a. door wetswijzigingen). Ook kunnen er voor Vlaanderen / Wallonië verschillen zijn naar gelang de cijfers voor Brussel (Vlaanderen en Wallonië) of de Duitstalige Gemeenschap (Wallonië) al dan niet bij deze cijfers werden meegeteld. Bij de cijfers van de ROB's zijn soms wel, dan weer niet de erkende RVT-bedden meegeteld.

Bron: Pacolet, Bouten, Lanoye (1998); aanvullingen Pacolet, Degreef, Cattaert en Peetermans, HIVA - K.U.Leuven op basis van diverse bronnen.

Bijlage 5: Vergelijking bevolkingsprognoses

Tabel Vergelijking van de bevolkingsprognoses gebaseerd op 1995 en 2000

	Gebaseerd op jaar 1995				Gebaseerd op jaar 2000			
	1995	2000	2010	2020	1995	2000	2010	2020
Vlaamse Gemeenschap								
0-64	5 100 661	5 087 400	5 066 434	4 892 208	5 100 662	5 089 365	5 096 427	4 955 704
65-74	565 381	589 417	568 157	693 330	565 381	593 431	585 090	731 719
>75	361 832	426 424	537 829	575 110	361 832	442 411	567 865	629 277
>65								
Totaal	6 027 875	6 103 241	6 172 420	6 160 648	6 027 875	6 125 207	6 249 382	6 316 700
Franse/Duitstalige Gemeenschap								
0-64	3 433 367	3 432 071	3 474 750	3 394 690	3 433 367	3 460 559	3 578 399	3 562 926
65-74	409 053	386 500	329 432	444 347	409 053	378 932	339 617	477 745
>75	260 279	307 508	351 631	338 486	260 279	315 972	362 292	366 457
Totaal	4 102 699	4 126 079	4 155 813	4 177 523	4 102 699	4 155 463	4 280 308	4 407 128
Index (1995=100)								
Vlaamse Gemeenschap								
0-64	100	100	99	96	100	100	100	97
65-74	100	104	100	123	100	105	103	129
>75	100	118	149	159	100	122	157	174
Totaal	100	101	102	102	100	102	104	105
Franse/Duitstalige Gemeenschap								
0-64	100	100	101	99	100	101	104	104
65-74	100	94	81	109	100	93	83	117
>75	100	118	135	130	100	121	139	141
Totaal	100	101	101	102	100	101	104	107

Bron: NIS-Bevolkingsvooruitzichten 1995-2050 en NIS-Bevolkingsvooruitzichten 2000-2050

Bijlage 6: Verklaring van bronnen bij de berekening van de publieke en private financiering van de gezondheidszorg en de LTC

Publieke financiering

- *Verstrekingen RVT*

België: RIZIV-jaarverslagen 1994-2004
 Vlaamse/Franse Gemeenschap: op basis van rapport Jadot, 1999 (1994-1997: 64%-36%, 1998-2004: 62%-38%)

- *Verpleegkundige zorgen in ROB*

België: RIZIV-jaarverslagen 1994-2004
 Vlaamse/Franse Gemeenschap: op basis van rapport Jadot, 1999 (1994-1997: 49%-51%, 1998-2004: 47%-53%)

- *Verpleegkundige thuiszorgen*

België: RIZIV-jaarverslagen 1994-2004
 Vlaamse/Franse Gemeenschap: op basis van rapport Jadot, 1999 (1994-2004: 66%-34%)

- *Totaal RIZIV-uitgaven ouderen = Verstrekingen RVT + Verpleegkundige zorgen in ROB + Verpleegkundige thuiszorgen*

- *Totaal RIZIV-uitgaven*

België: RIZIV-jaarverslagen 1994-2004
 Vlaamse/Franse Gemeenschap: op basis van rapport Jadot (1994-2004: 57%-43%)

- *Overige RIZIV-uitgaven = Totaal RIZIV-uitgaven - Totaal RIZIV-uitgaven ouderen*

- *Staatstussenkomst ligdagprijzen ziekenhuizen*

België: FOD Volksgezondheid 1994-2003
 Vlaamse/Franse Gemeenschap: zelfde verdeling als totale RIZIV-uitgaven (1994-2003: 57%-43%)

- *Tegemoetkoming hulp aan bejaarden*

België: FOD Sociale Zaken 1994-2003
 Vlaamse/Franse Gemeenschap: 1994-2003 op basis van cijfers FOD Sociale Zaken 2003 (68%-32%)

- *Bejaardenzorg*

België: Vlaamse Gemeenschap + Franse Gemeenschap
 Vlaamse Gemeenschap: Begroting Vlaamse Gemeenschap 1994-2004
 Franse Gemeenschap: Begroting Waals Gewest 2003-2004

- *Gezinsaanleggheden*

België:	Vlaamse Gemeenschap + Franse Gemeenschap
Vlaamse Gemeenschap:	Begroting Vlaamse Gemeenschap 1994-2004: subsidies diensten gezinszorg+subsidies aan verenigingen en voorzieningen betreffende thuiszorg+ subs. centra integrale gezinszorg+ subs. logistieke diensten
Franse Gemeenschap:	Waals Gewest (Direction générale de la santé et de l'action sociale) en Brussels Gewest (Cocof, Service des affaires sociales) 1994-2000: Waals Gewest + 83% Brussels Gewest

- *Subsidies voor bouw rusthuizen*

België:	Vlaamse Gemeenschap + Franse Gemeenschap
Vlaamse Gemeenschap:	Begroting Vlaamse Gemeenschap 1995-2003: reële vastlegging in vastleggingskredieten
Franse Gemeenschap:	Begroting Franse Gemeenschap 2004

- *Uitgaven gehandicaptensector*

België:	Vlaamse Gemeenschap + Franse Gemeenschap 1999-2002
Vlaamse Gemeenschap:	Jaarverslagen VLAFO (Vlaams Fonds voor sociale integratie van personen met een handicap) 1997-2002
Franse Gemeenschap:	Jaarverslagen AWIPH (Agence Wallone pour l'intégration des personnes handicapées) 1999-2004

- *Zorgverzekering*

Vlaamse Gemeenschap:	Begroting Vlaamse Gemeenschap 2002-2003
----------------------	---

- *Sociale en fiscale franchise/maximumfactuur*

België:	RIZIV 1999-2004
Vlaamse/Franse Gemeenschap:	zelfde verdeling als totale RIZIV-uitgaven (1999-2003: 57%-43%)

Private financiering

- *Eigen aandeel RVT en eigen aandeel ROB*

België:	Vlaamse Gemeenschap + Franse Gemeenschap 1994-2002
Vlaamse Gemeenschap:	Berekening op basis van het aantal RVT/ROB-bedden 1994-2002 (Gezondheidszorg en statistiek, compendium, 2003) (Vlaams

Gewest+17% Brussels Gewest) en de gemiddelde dagprijs Vlaamse Gemeenschap (dagprijs 2003 FOD Economische zaken en daarop procentuele dagprijsveranderingen toegepast voor 1994-2002 (Vlaams zilver))

Franse Gemeenschap: Berekening op basis van het aantal RVT/ROB-bedden 1994-2002 (Gezondheidszorg en statistiek, compendium, 2003) (Waals Gewest+83% Brussels Gewest) en de gemiddelde dagprijs Franse Gemeenschap (dagprijs 2003 FOD Economische zaken en daarop procentuele dagprijsveranderingen toegepast voor 1994-2002 (Vlaams zilver))

- *Honoraria thuisverpleging remgeld door patiënt*

België: Jaarverslag RIZIV, jaarlijks remgeld zonder de specifieke kosten diensten thuisverpleging 1996-2002

Vlaamse/Franse Gemeenschap: zelfde verdeling als de publieke financiering 'verpleegkundige thuiszorgen' (1996-2002: 66%-34%)

- *Eigen aandeel gezinszorg*

België: Vlaamse Gemeenschap + Franse Gemeenschap 1994-2004

Vlaamse/Franse Gemeenschap: Eigen bijdrage van ongeveer 23,5% van de publieke financiering door administratie gezinsaanleggenheden of 19% van de totale kostprijs

- *Eigen bijdragen overige RIZIV-uitgaven*

België: RIZIV-jaarverslagen (totaal jaarlijks remgeld-honoraria voor verpleegkundigen) 1996-2002

Vlaamse/Franse Gemeenschap: zelfde verdeling als totale RIZIV-uitgaven (1996-2002: 57%-43%)

- *Extra private uitgaven out-of-pocket uitgaven en aanvullende private verzekering*

België: 1998-2001: BVVO, 2004 (zie tabel 5.20 in hoofdstuk 5)

Vlaamse/Franse Gemeenschap: zelfde verdeling als totale RIZIV-uitgaven (1996-2002: 57%-43%)

BBP

België: FOD Economische Zaken (Ecodata, Instituut voor de Nationale Rekeningen) 1994-2003

Vlaamse/Franse Gemeenschap: Procentuele verdeling op basis van gegevens Vlaamse Gemeenschap (Vl. Gemeenschap= Vlaams Gewest+17% Brussels Gewest; Franse Gemeenschap= Waals Gewest+83% Brussels Gewest) 1994-2003

Bijlage 7: BBP/capita

Tabel .2 BBP/capita, naar gewest en gemeenschap, 1995-2003

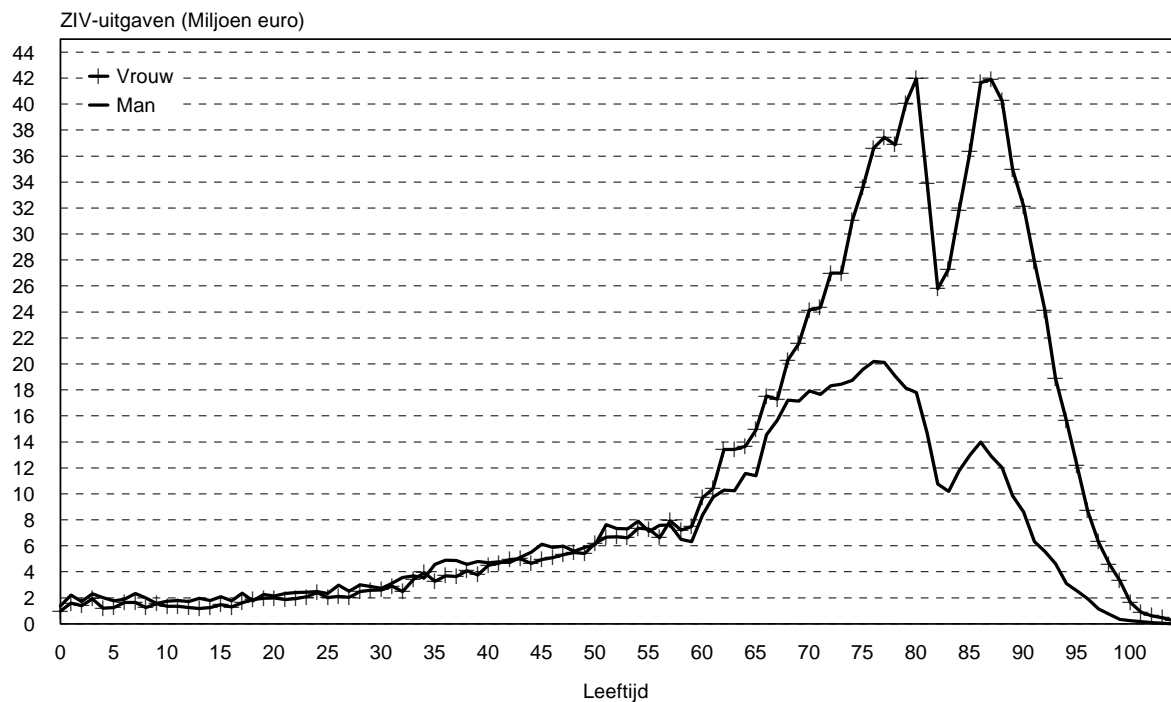
	BBP (in miljoen euro)	Bevolking	BBP/capita (in euro)
1995			
Vlaams Gewest	114 883	5 866 106	19 584
Waals Gewest	48 941	3 312 888	14 773
Brussels Gewest	38 350	951 580	40 301
Vlaamse Gemeenschap	121 403	6 027 875	20 140
Franse Gemeenschap	80 771	4 102 699	19 687
België	202 174	10 130 574	19 957
1996			
Vlaams Gewest	117 250	5 880 357	19 939
Waals Gewest	49 908	3 314 568	15 057
Brussels Gewest	39 830	948 122	42 009
Vlaamse Gemeenschap	124 021	6 041 538	20 528
Franse Gemeenschap	82 968	4 101 509	20 229
België	206 989	10 143 047	20 407
1997			
Vlaams Gewest	123 914	5 898 824	21 007
Waals Gewest	51 867	3 320 805	15 619
Brussels Gewest	41 391	950 597	43 542
Vlaamse Gemeenschap	130 951	6 060 425	21 608
Franse Gemeenschap	86 222	4 109 801	20 980
België	217 173	10 170 226	21 354
1998			
Vlaams Gewest	127 722	5 912 382	21 602
Waals Gewest	53 887	3 326 707	16 198
Brussels Gewest	43 635	953 175	45 779
Vlaamse Gemeenschap	135 140	6 074 422	22 247
Franse Gemeenschap	90 104	4 117 842	21 881
België	225 244	10 192 264	22 100
1999			
Vlaams Gewest	134 221	5 940 251	22 595
Waals Gewest	55 788	3 339 516	16 705
Brussels Gewest	45 705	959 318	47 643
Vlaamse Gemeenschap	141 991	6 103 335	23 264
Franse Gemeenschap	93 723	4 135 750	22 662
België	235 714	10 239 085	23 021
2000			
Vlaams Gewest	141 873	5 960 772	23 801
Waals Gewest	58 659	3 352 632	17 496
Brussels Gewest	47 260	967 266	48 859
Vlaamse Gemeenschap	149 907	6 125 207	24 474
Franse Gemeenschap	97 885	4 155 463	23 556
België	247 792	10 239 085	24 201

Tabel .3 BBP/capita, naar gewest en gemeenschap, 1995-2003, vervolg

	BBP (in miljoen euro)	Bevolking	BBP/capita (in euro)
2001			
Vlaams Gewest	145 246	5 984 027	24 272
Waals Gewest	59 838	3 368 055	17 766
Brussels Gewest	48 716	979 189	49 751
Vlaamse Gemeenschap	153 527	6 150 489	24 962
Franse Gemeenschap	100 273	4 180 782	23 984
België	253 800	10 263 414	24 729
2002			
Vlaams Gewest			
Waals Gewest			
Brussels Gewest			
Vlaamse Gemeenschap	157 851	6 164 156	25 608
Franse Gemeenschap	102 160	4 191 823	24 371
België	260 011	10 309 725	25 220
2003			
Vlaams Gewest			
Waals Gewest			
Brussels Gewest			
Vlaamse Gemeenschap	163 442	6 177 020	26 460
Franse Gemeenschap	104 712	4 202 920	24 914
België	268 154	10 355 844	25 894

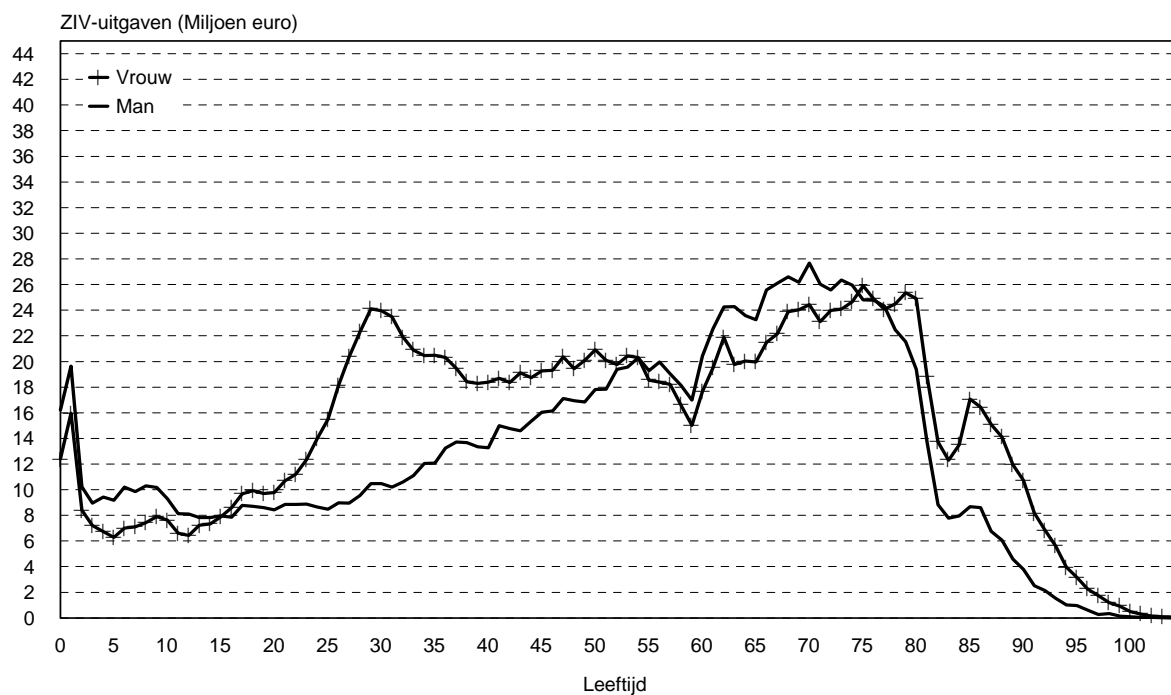
Bron: Berekeningen Pacolet en Cattaert (HIVA-K.U.Leuven) op basis van NIS-bevolkingscijfers en INS

Bijlage 8: ZIV uitgaven met al dan niet voorkeurregeling



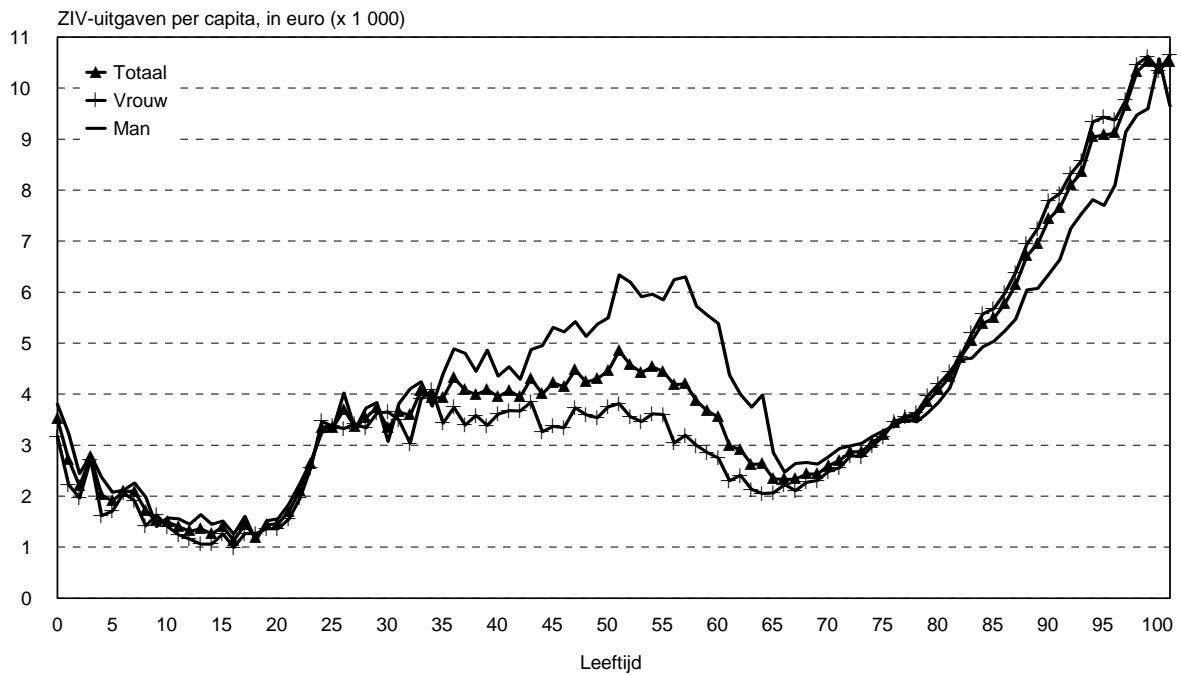
Bron: Eigen berekeningen op basis van CM-data

Figuur .1 Totale ZIV-uitgaven per leeftijdsgroep, met voorkeurregeling, in miljoen euro, 2000



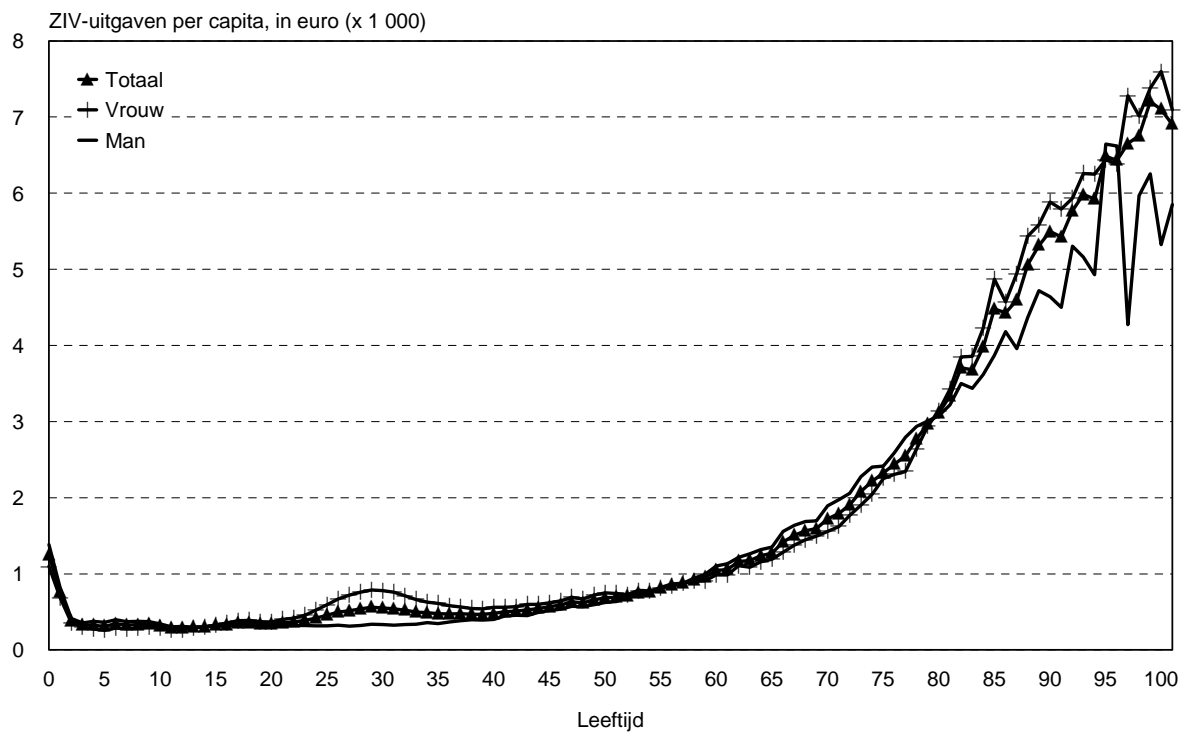
Bron: Eigen berekeningen op basis van CM-data

Figuur .2 Totale ZIV-uitgaven per leeftijdsgroep, zonder voorkeurregeling, in miljoen euro, 2000



Bron: Eigen berekeningen op basis van CM-data

Figuur .3 ZIV-uitgaven per capita, per leeftijdsgroep, met voorkeurregeling, in euro, 2000



Bron: Eigen berekeningen op basis van CM-data

Figuur .4 ZIV-uitgaven per capita, per leeftijdsgroep, zonder voorkeurregeling, in euro, 2000

Bijlage 9: Totale tewerkstelling in de gezondheidszorg naar gewest

Tabel 4 Totale tewerkstelling in de gezondheidszorg in het Vlaams Gewest, 1982-2002

	1982	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Absolute aantallen										
Zelfstand.Gezond.*	17 866	27 984	31 578	32 890	34 284	35 308	36 260	36 994	37 617	37 792
Werknemers bij vrije beroepen in gezondheidszorg.**	2 677	4 192	8 898	8 973	8 552	9 031	8 617	8 739	8 623	8 451
Gesalarieerden in gezondheidszorg	59 227	75 428	78 413	78 811	82 800	85 128	87 539	90 121	92 696	95 131
Totaal Gezondheidszorg	79 770	107 604	118 889	120 674	125 636	129 467	132 416	135 854	138 936	141 374
Aandeel Zelfst./totaal	26	30	34	35	34	34	34	34	33	33
In index (1982=100)										
Zelfstand.Gezond.*	100	157	177	184	192	198	203	207	211	212
Werknemers bij vrije beroepen in gezondheidszorg.**	100	157	332	335	319	337	322	326	322	316
Gesalarieerden in gezondheidszorg	100	127	132	133	140	144	148	152	157	161
Totaal Gezondheidszorg	100	135	149	151	157	162	166	170	174	177

* Ingeschrevenen in het RSVZ en werkende in het buitenland zijn buiten beschouwing gelaten, daarnaast bevatten de cijfers tot en met 1994 ook het aantal dierenartsen, vanaf 1995 gaat het enkel over geneesheren, tandartsen, apothekers en paramedic.

** Het betreft hier het in loonverband werkend personeel van geneesheren, tandartsen, apothekers en paramedici.

Bron: Berekeningen Pacolet en Coudron (HIVA-K.U.Leuven) op basis van RSZ en RSVZ

Tabel 5 Totale tewerkstelling in de gezondheidszorg in het Waals Gewest, 1982-1999

	1982	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Absolute aantallen										
Zelfstand.Gezond.*	13 366	20 908	21 636	22 500	23 133	23 573	24 048	24 713	24 872	24 872
Werknemers bij vrije beroepen in gezondheidszorg.**	1 613	1 942	5 939	5 847	5 141	4 790	5 140	5 124	5 312	5 312
Gesalarieerden in gezondheidszorg	41 061	47 901	43 924	44 603	46 293	47 005	48 112	49 195	50 937	52 331
Totaal Gezondheidszorg	56 040	70 751	71 499	72 950	74 567	75 368	77 300	79 032	81 121	82 515
Aandeel Zelfst./totaal	27	32	39	39	38	38	38	38	37	37
In index (1982=100)										
Zelfstand.Gezond.*	100	156	162	168	173	176	180	185	186	186
Werknemers bij vrije beroepen in gezondheidszorg.**	100	120	368	362	319	297	319	318	329	329
Gesalarieerden in gezondheidszorg	100	117	107	109	113	114	117	120	124	127
Totaal Gezondheidszorg	100	126	128	130	133	134	138	141	145	147

* Ingeschrevenen in het RSVZ en werkende in het buitenland zijn buiten beschouwing gelaten, daarnaast bevatten de cijfers tot en met 1994 ook het aantal dierenartsen, vanaf 1995 gaat het enkel over geneesheren, tandartsen, apothekers en paramedic.

** Het betreft hier het in loonverband werkend personeel van geneesheren, tandartsen, apothekers en paramedici.

Bron: Berekeningen Pacolet en Coudron (HIVA-K.U.Leuven) op basis van RSZ en RSVZ

Tabel 6 Totale tewerkstelling in de gezondheidszorg in het Brussels Gewest, 1982-1999

	1982	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Absolute aantallen										
Zelfstand.Gezond.*	5 448	7 182	6 520	6 715	6 947	6 989	7 086	7 330	7 351	7 385
Werknemers bij vrije beroepen in gezondheidszorg.**	839	706	2 656	2 671	2 646	2 592	2 691	2 685	2 920	2 934
Gesalarieerden in gezondheidszorg	21 757	24 234	23 961	23 964	23 346	24 062	24 229	24 681	25 797	25 657
Totaal Gezondheidszorg	28 044	32 122	33 137	33 350	32 939	33 643	34 006	34 696	36 068	35 976
Aandeel Zelfst./totaal	22	25	28	28	29	28	29	29	28	29
In index (1982=100)										
Zelfstand.Gezond.*	100	132	120	123	128	128	130	135	135	136
Werknemers bij vrije beroepen in gezondheidszorg.**	100	84	317	318	315	309	321	320	348	350
Gesalarieerden in gezondheidszorg	100	111	110	110	107	111	111	113	119	118
Totaal Gezondheidszorg	100	115	118	119	117	120	121	124	129	128

* Ingeschrevenen in het RSVZ en werkende in het buitenland zijn buiten beschouwing gelaten, daarnaast bevatten de cijfers tot en met 1994 ook het aantal dierenartsen, vanaf 1995 gaat het enkel over geneesheren, tandartsen, apothekers en paramedic.

** Het betreft hier het in loonverband werkend personeel van geneesheren, tandartsen, apothekers en paramedici.

Bron: Berekeningen Pacolet en Coudron (HIVA-K.U.Leuven) op basis van RSZ en RSVZ

BIBLIOGRAFIE

- Adnet B. (2003), Les soins de santé en Belgique. Analyse et propositions de la FEB pour une nouvelle politique, FEB, Bruxelles.
- Aelvoet W., Bogaert J., Gillet P. & Molenberghs G. (2001), *Bepaling van de invloed van sociale factoren en van het individuele ziekenhuis op de verblijfsduur in de sector van de acute ziekenhuizen, aan de hand van de gekoppelde MKG- en MFG-1996*, Federaal Ministerie van Sociale Zaken, Volksgezondheid en Leefmilieu, Brussel.
- Algava E. & Plane M. (2001), 'Vieillissement et protection sociale: une projection comparée pour six pays de l'Union européenne', Drees – Etudes et résultats, n° 134.
- Altman J. (1998), 'Epidémiologie de la maladie d'Alzheimer : de la génétique à la prévention', *Alzheimer Actualités*, (134) : 8-12.
- Anderson R. (2003), *The second pillar and the sustainability of retirement finance in Europe: a survey of issues*. Note for the attention of the ageing working group 3 August 2003.
- Ankri J. & Henrard J.-C., 'La consommation médicale des personnes âgées', *Gérontologie et Société*, 71, déc 1994 : 241 - 250
- Ankri J., Henrard J.-C., Perceptions de la santé chez les personnes âgées, *Gérontologie et Société*, n°71, 1994 : 101-106
- Ariste R., Benda M.C., Carr J. en Howard D. (eds.) (2004), in *Health Human Resources: Cost Driver of the Canadian Health Care System*, Health Canada.
- Asgeirsdottir B. (2004), *Health Systems - Approaching the future*, OECD, Berlin.

- Audenaert V. & Vanderleyden L. (eds.) (2004), 'Gezin, familie en partnerrelatie', in Jacobs T., Vanderleyden L. en Vanden Boer L. (eds.), *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*, Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie, Brussel, p. 81-100.
- Auritzen, *Hip fractures: incidence, risk factors, energy absorption, and prevention. Bone*. 1996 Jan;18 : 65S-75S. Review.
- Avalosse H., 'Vieillissement, soins de santé et mortalité', *MC-Information*, 213, 1994 : 21-33
- Banister D, Bowling A, 'Quality of life for the elderly: the transport dimension', *Transport Policy*, 11, 2004 : 105-115
- Barnard K. (ed), *The future of Health – Health of the future, fourth European consultation on future trends*, published on behalf of WHO-EURO by the Nuffield Trust, 2003 : 188
- BASYS, HIVA & NIVEL (2004), HLA. *Implementing the concept of health care manpower in member states on a prototype basis*, Basys/Hiva/Nivel, Augsburg/Leuven/Utrecht.
- Baumol W.J. (1993), 'Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice', *Public Choice*, vol. 77, p. 17-28.
- Beaufils B., *La qualité de vie – analyse bibliographique*, Rapport de recherche financée par le Conseil Scientifique de l'APF, <http://www.apf-moteurline.org/epidemiostatsevaluation/etudeshp/csapf/qolbeaufils.htm>
- Berg J. van den, Timmermans J.M., Hoeymans N. & Woities I.B. (2004), *Ouderen nu en in de toekomst. Gezondheid, verpleging en verzorging 2000-2020*, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.
- Bergman H., *L'expérience SIPA: réflexions sur des résultats*. Forum du GRIS, Montréal, 2003.
- Bernabei et al, *Br Med J*, 1998, 316 : 1348.
- Blanchet D., Les débats sur le vieillissement: un besoin de recentrage, *Gérontologie et Société*, 81, juin 1997 : 15 - 23
- Bloor K., Maynard A. & University of York (2003), *Planning human resources in health care: towards an economic approach. An international comparative review*, Canadian Health Services Foundation, Ottawa, Ontario.

- Bocquet H., Grand A. & Clément S., L'aide informelle aux personnes âgées vivant à domicile, *Actualité et dossier en santé publique*, n°20, sept 1997 : 27-32
- Bogaert H. & Kegels C. (2003), *Sustainability of the second pillar schemes: a feasibility study*. Note for the attention of Ageing Working group.
- Bowman C., Whisler J. & Ellerby M., *A national census of care home residents*, p. 6.
- Breda J. & Geerts J. (2001), 'Care dependency and non-medical care use in Flanders', *Archives of Public Health*, vol. 59, p. 329-346.
- Breda J., Geerts J., De Koker K., Wunsch G., Bauwens E., Gourbin C., Cerexhe F., Paulus D., Pestiaux D. & Page H. (2002), *Zorgbehoevende ouderen tussen thuiszorg en residentiële zorg. Een onderzoek naar de behoeften en aanbod in de Belgische transmurale ouderenzorg. Prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie*, UFSIA-UCL.
- Brookings Institution (2004), *Health Care in America: how to fix a troubled system*, The Brookings Institution, Washington.
- Brunelle Y., Rochon M., Limites, avantages et utilisation des EVSI dans le contexte actuel de l'évolution des systèmes de soins, *Cahiers québécois de démographie*, 1991 (20,2) : 405-437.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2003), *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der Sozialen Sicherungssysteme*.
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (2004), *Wir gestalten den Wandel!*
- Bureau Fédéral du Plan, *Viellissement démographique et financement de la sécurité sociale: un défi soutenable?* (Actes du Colloque organisé par le Bureau fédéral du Plan à Bruxelles, les 2 et 3 décembre 1997), juillet 1999 : 202
- BVVO (2002), *De positie van de private ziektekostenverzekeraars in de Belgische gezondheidszorg: pleidooi voor een volwaardig partnership*, Partners in Health, BVVO.
- BVVO (2004), 'De nationale uitgaven in de gezondheidszorg', *Assur-info To the Point*, vol. 1, p. 2-8.
- Byrne D. (2004), *Enabling good health for all. A reflection process for a new EU Health Strategy*, E.C., Brussel.

- Caisse nationale de l'assurance maladie des salariés – sécurité sociale, Le vieillissement des français et leur consommation médicale : un enjeu majeur pour l'avenir du système de soins, Point de conjoncture n°15, 2003 : 10-27
- Callens & Peers (2003), *Organisatie van de gezondheidszorg*, Intersentia, Antwerpen - Groningen - Oxford.
- Cambois E. & Robine J.M. (eds.) (1996), 'An International Comparison of Trends in Disability-Free Life Expectancy', in Eisen R. & Sloan EA (eds.), *Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions*, Kluwer Academic Publishers, Boston, p. 11-23.
- Cambois E., Robine J.M., Brouard N., 'Les espérances de vie appliquées à des statuts spécifiques', *Population*, 1998(3) : 447-476.
- Casey B. & Yamada A. (2002), *Getting Older, getting Poorer? A Study of Earnings, Assets and Living Arrangements of Older People in Nine Countries*, Labour Market and Social Policy. Occasional Papers, vol. 60, OECD, Paris.
- Casman M.-Th., Lenoir V., Bawin B., *Vieillir en maison de repos : quiétude ou inquiétude ?* Ulg, 1998 : 127
- Chambaretaud S. (2000), 'La consommation de médicaments dans les principaux pays industrialisés', *Etudes et Résultats*, Drees, n° 47: 8
- Closon M.C. & Pacolet J. (2003), *Statistische behoeften op het vlak van gezondheid en gezondheidszorg in België. Inventaris ten behoeve van de AGORA - planning 2004-2009*, DWTC, Brussel.
- Collet M., Menahem G., Paris V. & Picard H., *Le risque de renoncement aux soins chez les personnes en situation précaire*. Enquête PrécaLog, février 2001 : 4
- Comas-Herrera A. & Wittenberg R. (2003), European study of long-term care expenditure. Investigating the sensitivity of projections of future long-term care expenditure in Germany, Spain, Italy and the UK to changes in assumptions about demography, dependency, informal care, formal care and units costs. Report to the European Commission, Employment and Social Affairs DG, PSSRU Discussion Paper 1840.
- Comité de la protection sociale, Questionnaire sur les soins de santé et les soins de longue durée pour les personnes âgées - Belgique, juillet 2002 : 41 (http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/healthcare/be_healthreply_fr.pdf)
- Comité de politique économique (2001), Défis budgétaires posés par le vieillissement des populations, voir : Economic policy committee

- Commissie van de Europese Gemeenschappen (2001), *Mededeling van de Commissie aan de raad, het Europees parlement, het economisch en sociaal comité en het comité van de regio's. De toekomst van de gezondheidszorg en de ouderenzorg: de toegankelijkheid, de kwaliteit en de betaalbaarheid waarborgen.*
- Commission des Communautés Européennes, L'avenir des soins de santé et des soins pour les personnes âgées : garantir l'accessibilité, la qualité et la viabilité financière, Bruxelles, décembre 2001 : 23
- Commission européenne – Emploi et affaires sociales, Soutenir les stratégies nationales pour l'avenir des soins de santé et des soins aux personnes âgées, Rapport conjoint de la commission et du conseil, 2003 : 38
- Commission of the European Communities (2003), *Communication from the commission to the council, the European parliament, the European economic and social committee and the committee of the regions. Proposal for a joint report. Health care and care for the elderly: supporting national strategies for ensuring a high level of social protection.*
- Commission of the European Communities (2004), *Communication from the commission to the council, the european parliament, the european economic and social committee and the committee of the regions. Modernising social protection for the development of high-quality, accessible and sustainable health care and long-term care: support for the national strategies using the "open method of coordination".*
- Com-Ruelle L., Dumesnil S., Concentration des dépenses et grands consommateurs des soins médicaux- France 1995, Credes, Série résultats, n°1269, 1999 : 170
- Com-Ruelle L., Dumesnil S., La consommation de médicaments à l'hôpital, Credes, Biblio n° 1104, 1995 : 134
- Conseil supérieur des finances, Comité d'étude sur le vieillissement - Rapport annuel, Bureau fédéral du plan, avril 2004 : 156
- Conseil supérieur des finances, Comité d'étude sur le vieillissement - Rapport annuel, Bureau fédéral du plan, avril 2003 : 72
- Conseil supérieur des finances, Comité d'étude sur le vieillissement - Rapport annuel, Bureau fédéral du plan, avril 2002 : 116
- Controledienst voor de ziekenfondsen (2004), Jaarverslag 2003, OCM-CDZ, Brussel.

- Cornette P., D'Hoore W., Swine Ch., Identification des patients âgés hospitalisés à risque de déclin fonctionnel, *Revue Médicale de Bruxelles*, 2002, 23 suppl., abst.O.397 : A181.
- Corrada M., Brookmeyer R., Kawas C., Sources of variability in prevalence rates of Alzheimer's disease, *Int. J. Epidemiol*, 1995(24) : 1000-1005.
- Council of the European Union (2003), *Joint report by the Commission and the Council on supporting national strategies for the future of health care and care for the elderly*.
- Couvreur C., *La qualité de vie. Art de vivre pour le XXI^e siècle*, Bruxelles, Racine, 1999 : 194
- Crimmins E.M., Hayward Y Saito, Changing Mortality and Morbidity Rates and the Health Status and Life Expectancy of the Older Population », *Demography*, 1994(31,1) : 159-175.
- Crimmins E.M., Saito Y., Ingegneri D., Trends in Disability-Free Life Expectancy in the United States, 1970-90, *Population and Development Review*, 1997 (23,3): 555-572.
- Cutler D.M. (2003), *Your money or your life. Strong medicine for America's health care system*, Oxford University Press, Oxford.
- Dang T.-T., Antolin P., Oxley H., Fiscal implications on ageing : projections of age-related spending, OCDE/Economics department working papers, n°305, 2001: 57
- De Cock (ed.) (2004), 'Wat zijn de uitdagingen op het vlak van zorg ten gevolge van de vergrijzing van de samenleving?', in Lanjri N. en De Block M. (eds.), *De vergrijzing van de samenleving: De uitdagingen inzake werkgelegenheid en financiering van de sociale zekerheid en de pensioenen*, Kamer van Volksvertegenwoordigers, Brussel, p. 269-274.
- Dean. M. (2004), *Growing older in the 21st Century* , Economic & Social Research Council, Swindon.
- Debontridder K., Millissen K., Vleugels A. & Flamaing J. (2004), *Inventarisatie van de nieuwe initiatieven met berekking tot het zorgprogramma voor de geriatrische patiënt*, K.U.leuven, Faculteit Medisch-Sociale Wetenschappen, Leuven.
- Declercq A. & Van Audenhove C. (2004), *Services for supporting family carers of elderly people in Europe: characteristics, coverage and usage. National background report for Belgium*.

- Deliège D., Gommers A., Leroy X., Vuylsteek K., De Prins L., De Craene I. et Tasnier C., Intervention majorée de l'Assurance Maladie et consommation de soins des VIPO, Bruxelles, INAMI, FRSM, 1985, 171 p. + 138 p. d'annexes.
- Deliège D., Leroy X., Huynen Ph., *Qualité de vie de patients ulcéreux traités par Tagamet*, Rapport à Smith Kline-R.I.T., Bruxelles, UCL, SESA, 1988 : 115 + annexes.
- Deliège D., Les recours aux médecins, Evolutions et tendances, Working paper SESA, 2004b : 10, DD298.
- Deliège D., Lorant V., Offre et besoins en médecins. Projections pour les Communautés française et germanophone de Belgique, Revue belge de Sécurité sociale, 2003b, 4 : 1117-1164
- Deliège D., Pacolet J., Cattaert G., Artoisenet C., Lorant V. (2004), *Ressources humaines en santé. Offre, demande et « besoins » actuellement et à l'avenir. Phase 1 Analyse de l'existant. Paramètres pour la modélisation, Manpowerplanning voor gezondheidsberoepen, Phase 1, Analyse van de huidige situatie*, UCL - HSR - SESA, KUL - HIVA, 254.
- Deliège D., Planification de l'offre médicale en Communauté française et germanophone. Critères - Scénarios de besoins. Revue belge de Sécurité sociale, Bruxelles, 2000, 1:103-191
- Deliège D., Politique de Santé et Planification sanitaire, UCL-SESA, 2003a : 336.
- Deliège et al, Ressources humaines en santé. Offre, demande et « besoins » actuellement et à l'avenir – Manpowerplanning voor gezondheidsberoepen. Phase 1 – analyse de l'existant et paramètres pour la modélisation, SESA-HIVA, 2004a : 254.
- Demonty J., Léonard C., Les médicaments responsables du léger dépassement budgétaire en 2003, MC-Information, 213, juin 2004 : p. 34
- Demotte R. (2004), *Gezondheidsdialogen*.
- Denton F.T., Spencer BG, Population aging and its economic costs : a survey of the issues and evidence, OSEP Research Report n° 340, Mars 1999 : 37
- Department for Work and Pensions (2004), *Developing networks of services for older people*.
- Dercq J.P., Somer A., Smets D., Desantoine D., Van Loo G., Les coûts en soins de santé à la fin de la vie, Revue belge de Sécurité sociale, Bruxelles, 1998, 2 : 303 - 315

- Descampe E., A la veille du conclave budgétaire, Lettre d'information En marche - Editoriaux, 16 septembre 2004 : 1
- Deschamps M. & Pacolet J., *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010, Deel 4: Werken in de zorgsector: synthese en vooruitblik tot 2010*, Leuven, HIVA, 1999, 118 p.
- Deschamps M., Pacolet J. & Gos E. (1999), *Vraag naar en aanbod van zorgberoepen in de Vlaamse Gemeenschap, prognoses tot 2000 en scenario's tot 2010, Deel 3: Vraag naar en aanbod van werk in de zorgsector*, Leuven, HIVA, 1999, 362 p.
- Diallo K., Zurn P., Gupta N. & Dal Poz M. (2003), 'Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective', *Human Resources for Health*, vol. 1:3.
- Diels J. (sous la dir), Vers des prescriptions qui tiendraient (davantage) compte du coût des médicaments ? Les médicaments dans un cadre plus large, ANMC, juillet 2004 : 23
- Diels J., *Regionale analyse van de ziektekosten: een nuancering van de bruto consumptieverschillen*, oktober 2001 : 10.
- Donaldson C., Gerard K., *Economics of health care financing: the visible hand*, MacMillan, London, 1993 : 217
- Doumont D., Libion F., Deccache A., Les personnes âgées et leur santé : Besoins, représentations, comportements, ... (2è partie), Série de dossiers documentaires, UCL-RESO, 1999 : 21
- Dubois C.A., Nolte E. & McKee M. (2003), *Human resources for health in Europe*, European Observatory on Health Care Systems.
- E.C. (1999), Survey on the current status of research into 'ageing' in Europe., E.C. Directorate-General for Research, Brussel.
- Economic & Social Research Council (2004), *Growing older programme. Project summaries*, Swindon.
- Economic Policy Committee (2001), *Budgetary Challenges Posed by Ageing Populations: the impact of public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances*.
- Economic policy committee (2003), *The impact of ageing populations on public finances: overview of analysis carried out at EU level and proposals for a future work programme*, Brussels.

- Englert M., Fasquelle N., Festjens M.J., Lambrecht M., Saintrain M., Streel C., Weemaes S, *Perspectives financières de la sécurité sociale 2000 - 2050: Le vieillissement et la viabilité du système légal des pensions*, Bureau Fédéral du plan, 2002 : 192
- Eurobaromètre, *Les attitudes face au vieillissement : principaux résultats d'une enquête de l'Eurobaromètre*, Commission des Communautés européennes, 1993
- European Commission - Health & consumer protection directorate-general (2004), *Strategy on European Community Health Indicators (ECHI) = the "short list"*.
- European Commission (2003), *The economic and budgetary implications of global ageing*, Brussels.
- European Forum on Population Ageing Research (2003), *Annual Report 2002-2003*.
- European Observatory on Health Care Systems (2002), *Health care systems in eight countries: trends and challenges*.
- Europese Commissie - Le comité de la protection sociale (2002), *Questionnaire sur les soins de santé et les soins de longue durée pour les personnes âgées*, Belgique.
- Eurostat (2001), *Handbook on price and volume measures in national accounts*, E.C., Luxemburg.
- Eurostat (2003), *Health statistics. Key data on health 2002. Data 1970-2001*, European Communities, France.
- Evans J. Grimley (1998), *Innovative research and appropriate health care for the citizens of Europe. Ageing - synonymous with disease and disability? Proceedings of the invitational conference on the occasion of the Netherlands' EU Presidency.*, European Commission.
- Federaal Planbureau (2002), *Economische vooruitzichten 2002-2007*, Federaal Planbureau, Brussel.
- Federale Overheid België (2003), *Het stabiliteitsprogramma van België 2004-2007*.
- Festjens M.-J., *La réforme des pensions : une nouvelle génération et un nouveau contrat*, Bureau Fédéral du Plan, Planning paper, 82, 1997 : 92
- Finkelstein A. en McGarry K. (2003), *Private Informative and its effect on market equilibrium: new evidence from long-term care insurance*, NBER Working Paper Series, vol. 9957, National Bureau of Economic Research, Cambridge.

- Folmer K., Mot E., Douven R., van Gameren E., Woittiez I. & Timmermans J. (2001), *Een scenario voor de zorguitgaven 2003-2006*, CPB Document, vol. No 007, Centraal Planbureau, Den Haag.
- Fondation Roi Baudouin, OÙ vivre vieux ? Quel éventail de cadres de vie pour quelles personnes vieillissantes ? Bruxelles, 1998 : 205.
- Fratiglioni L. et al, Incidence of dementia and major subtypes in Europe : A collaborative study of population-based cohorts, *Neurology*, 2000(54 -Suppl 5) : S10-S15.
- Freund D., Smeeding T.M., The future costs of health care in aging societies : is the glass half full or half empty ?, Séminaire "Ageing societies : responding to the policy challenges", 8 avril 2002 : 28 + annexes
- Fries J.F., Crapo L.M., *Vitality and aging : implications of the rectangular curve*, San Francisco, WH Freeman and Company, 1981.
- Gameren E. van, Woittiez I. & Ooms I. (2001), *Verslaglegging van de modellering van de ouderenzorg ten behoeve van het Ramingsmodel zorg*, Werkdocument 78, vol. 78, SCP Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Garantir aux personnes âgées un cadre de vie sûr et propice*, Nations Unies, Deuxième assemblée mondiale sur le vieillissement, Madrid, 8-12 avril 2002 : 3
- Gaullier X., *La deuxième carrière, Ages, emplois, retraites*, Paris, Seuil, L'épreuve des faits, 1988 : 357
- Gauthier H., Le vieillissement démographique au Québec : un défi pour le système social, 1ères rencontres Sauvy – Age, Générations, Activité : Vers un nouveau contrat social ?, INED, Paris, 14 – 15 oct 1998 : 229-252
- Gevers L., Gillet P., Laasman J.-M., Leroy X., Neiryneck I., Kestens P., De Donder Ph., Bosmans P., Bragard L., *Analyse et interprétation des disparités régionales de consommation de soins de santé (synthèse)*, DEFI-SANTE, Phase II, Groupe inter-universitaire UCL, FUNDP, ULB, ULg avec le concours de la Communauté Française de Belgique, de l'AFIS et de la FIH-W, 1994 : 59
- Gilain B. en Nyssens M. (eds.) (2001), 'Belgique: L'histoire d'un partenariat associatif-public', in Laville J.L. en Nyssens M. (eds.), *Recherches: les services sociaux entre associations, État et marché*, La découverte, Paris, p. 47-65.
- Gillet (2004), *Le vieillissement de la population: défis en matière de soins*, Brussel.

- Gillet P. & Bonneux L (eds.) (2004), 'Uitdagingen op het vlak van zorg', in Lanjri N. en De Block M. (eds.), *De vergrijzing van de samenleving: De uitdagingen inzake werkgelegenheid en financiering van de sociale zekerheid en de pensioenen*, Kamer van Volksvertegenwoordigers, Brussel, p. 261-268.
- Gourbin C., Wunsch G., *Alzheimer's disease data, levels, and caring strategies*, 1999, UCL, Louvain-la-Neuve.
- Gourbin C., Wunsch G., *Les statistiques hospitalières un instrument pour la surveillance de la maladie d'Alzheimer et des autres maladies neuro-dégénératives*, Union Européenne-DGV, Unité pour la promotion de la santé et surveillance des maladies, UCL, Louvain-la-Neuve.
- Gourbin C., Wunsch G., *Prise en charge des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et des syndromes apparentés*, présentation au Colloque international de l'AIDELF, Liban, 2000.
- Gouteyron A. (2004), Avis présenté au nom de la commission des Finances, des contrôles budgétaires et des comptes économiques de la Nation sur le projet de loi, adopté par l'assemblée nationale, après déclaration d'urgence, relatif à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées (annex au procès verbal de la séance du 19 mai 2004).
- Grandfils N., Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992. Les médecins, Questions d'économie de la santé, CreDES, n° 3, janv 1998 : 1-6
- Grignon M., Les conséquences du vieillissement de la population sur les dépenses de santé, Questions d'économie de la santé, 66, mars 2003 : 1-6
- Guilbert P., Baudier F., Gautier A. (sous la dir.), Baromètre santé 2000 – Volume 2 : Résultats, INPES, Vanves, 2000 : 425-437
- Heikkinen E. (1998), *Determinants of healthy ageing - implications for research policy. Position paper prepared for the World Health Organization Expert Committee on determinants of Healthy Ageing*, Geneva.
- Henrard J.C., *La santé au grand âge*, Actualité et dossier en santé publique, n°20, sept 1997 : 2-11
- Hermesse J. (ed.) (2004), 'Uiteenzetting van de heer Jean Hermesse', in Lanjri N. en De block M. (eds.), *De vergrijzing van de samenleving: De uitdagingen inzake werkgelegenheid en financiering van de sociale zekerheid en de pensioenen*, Kamer van Volksvertegenwoordigers, Brussel, p. 323-345.
- Hicks P., Le défi du vieillissement, L'observateur de l'OCDE, 212, 1998 : 7-14

- Hoge Raad van Financiën (2004), *Jaarverslag 2004*. Afdeling 'Financieringsbehoeften van de Overheid', Hoge Raad van Financiën, Brussel.
- Hoge Raad van Financiën, Studiecommissie voor de vergrijzing (2003), *Jaarlijks verslag*.
- Hoge Raad van Financiën, Studiecommissie voor de vergrijzing (2002), *Jaarlijks verslag*.
- HOPE (2004), *The Healthcare workforce in europe: Problems and Solutions*, HOPE Standing Committee of the Hospitals of the European Union, Brussel.
- Huber M. (2004), *Financing long-term care: International comparisons*, OECD, Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, San Diego.
- Huber M. en Orosz E. (2003), 'Health expenditure trends in OECD countries, 1990-2001', *Health care financing review*, vol. volume 25, number 1.
- Huber M., Hennessy P., Izumi J., Kim W. & Lundsgaard J. (2004), *Long-term care. The OECD health project*. Health Systems - Approaching the Future., OECD, Berlin.
- Hurst J., Huber M., Izumi J. & Hennessy P. (2003), *Trends in long-term care in OECD countries: evidence from recent OECD studies and preliminary findings from a study of 19 countries*, AARP International Forum on long-term care, Washington.
- Ibes, Démographie et dépenses, Briefing, n° 19, 1997 : 16
- Ibes, Influence de l'âge et du sexe sur l'évolution des dépenses publiques pour les médicaments délivrés en ambulatoire en Belgique. Période 1986-1999, Briefing, n° 31, 2000 : 8
- Ibes, Les statistiques de la santé en Belgique pour 2001, Briefing, n° 33, 2001 : 8
- INAMI, Conseil Général, Rapport sur l'application uniforme de la législation dans tout le pays, Bruxelles, 1999
- Inspection Générale de la Sécurité Sociale (2003), *Age and gender-specific functional health accounts. A pilot study of the application of age and gender-specific functional health accounts in the European Union*, IGSS, Luxemburg.
- Institut scientifique de la santé publique, *Livre 2 : Etat de santé – Livre 6 : Santé et société*, Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2001 : 45-80, 2339-2406
- Institut scientifique de la santé publique, *Livre 5 : Consommation de soins*, Enquête de Santé par Interview, Belgique, 2001 : 1401-2137

- Ivanoiu A., *Les démences du point de vue du neurologue: diagnostic et traitement*, in : *Journée de formation : Diagnostic et prise en charge des troubles cognitifs dans la démence*, Louvain-la-Neuve, 2000.
- Jackson R. & Howe N. (2003), *The 2003 aging vulnerability index. An assessment of the capacity of twelve developed countries to meet the aging challenge*, Center for Strategic and International Studies and Watson Wyatt Worldwide.
- Jacobs T. (ed.) (2004), 'Ouder Worden in De 21ste eeuw', in Jacobs T., Vanderleyden L. & Vanden Boer L. (eds.), *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*, Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie, Brussel, p. 25-40.
- Jacobzone S., Cambois E., Chaplain E., Robine J.M., *Long term care services to older people, a perspective on future needs: the impact of an improving health of older persons*, Ageing Working Papers 4.2, OCDE, 1998 : 58
- Jacobzone S., Cambois E., Robine J.M., La santé des personnes âgées dans les pays de l'OCDE s'améliore-t-elle assez vite pour compenser le vieillissement de la population ?, *Revue économique de l'OCDE*, 30, 2000/1 : 159-203
- Jacobzone St. (2000), Health and Ageing: international perspectives on long term care, *ISUMA*, vol. 1, nr. 2, ISUMA.
- Jacquat D.M. (2004), Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le projet de loi (n° 1350) relatif à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées.
- Jagger C. et al, Prognosis with dementia in Europe : A collaborative study of population-based cohorts, *Neurology*, 2000(54-Suppl 5) : S16-S20.
- Jarret et al, Illness presentation in elderly patients, *Arch.Int.Med.*, 1995, 155 : 1060-64
- Jorm A.F. et al, The prevalence of dementia : a quantitative integration of the literature, *Acta Psych. Scand.*, 1987(76) : 464-479.
- Katzman R., Fox P., *The world-wide impact of dementia. Projections of prevalence and costs*.
- Kesteloot K. (2003), 'Kunnen en willen wij onze vergrijzing betalen?', *Acta Hospitalia*, nr. 2, p. 23-34.
- Krüger J. & Valkonen T. (2001), *Comparative research on social care. The state of the art*, European Commission.

- Kurz X., Torfs K., Bussels J., Annemans L., *Introduction aux évaluations économiques en matière de soins de santé*, Astra, Bruxelles, 2000 : 116
- Kuypers J., Internal - external locus of control: Ego functioning, and personality characteristics in old age, *The gerontologist*, 1972.
- Lamau M.-L. (sous la dir.), *Manuel de soins palliatifs*, Dunod, Paris, 1996 : 559
- Lambrecht M., *Le vieillissement démographique - De l'analyse des évolutions de population au risque de conclusions hâtives*, Bureau Fédéral du Plan, 1997 : 38
- Lanjri N., De Block M., *Le vieillissement de la société*, Rapport à la Chambre des Représentants, au nom de la Commission des Affaires sociales, sept. 2004 : 413
- Launois R., Pelc A., Problèmes démographiques et économiques posés par la vieillesse, L'alternative à l'hospitalisation des personnes âgées, *Journal d'Economie Médicale*, n°2/3, 1990 : 97-101
- Le Disert-Jamet D., *Technologies thérapeutiques, qualité de vie et vieillissement*, Recherche financée dans le cadre d'un appel d'offre du programme MIRE-CNAV « Evolutions technologiques, dynamique des âges et vieillissement de la population », Rapport final, déc 1997 : 58
- Légaré J., Espérance de vie en Bonne santé : construction et applications, in : M. Loriaux (ed), *Chaire Quettelet 1996, Populations âgées*, Ciaco, Louvain-la-Neuve, 1990, pp. 209-217.
- Légaré J., Une meilleure santé ou une vie prolongée ? Quelle politique de santé pour les personnes âgées ?, *Futuribles*, 1991 : 53-66.
- Leonard C. (2004), *Evolutie van de zorguitgaven tussen 1990 en 2000. Elementen ter verklaring van de stijging*, Departement onderzoek en ontwikkeling LCM, Brussel.
- Leroy X., *Habiter autrement: l'habitat groupé participatif*, SLRB info, N°32, 2002 : 12
- Leroy X., Hubin M., Stordeur S., Salhi M., Draelants H., *Manpower Planning. Offre et demande de travail dans le champ de la santé et de l'aide sociale en Communauté française et en Communauté germanophone de Belgique, 2000-2010-2020*, Tome 2 : Le personnel infirmier et soignant de 1995 à 2000 et de 2001 à 2020, SESA - UCL, Bruxelles, 2003 : 215 + annexes : 44.
- Leroy X., *La croissance de la quantité de vie s'exercera-t-elle au détriment de sa qualité ?*, Avenir, août 2004 ou 2002 ? : 8

- Leroy X., Neiryck I., DEFI-SANTE - Disparités régionales en soins de santé chez les personnes âgées, UCL-SESA, 1992 : 72
- Leroy X., Neiryck I., Gevers L., De Donder Ph. et Huart J.F., Consommation différentielle de soins et de services : choix et contraintes du consommateur âgé, DEFI-SANTE, Phase II, Groupe interuniversitaire : UCL, FUNDP, ULB, Ulg, avec le concours de la Communauté Française de Belgique, de l'AFIS et de la FIH-W, 1994a : 107
- Leroy X., Neiryck I., Solidarités sociales et santé des aînés, T.I, Les aînés vivant à domicile, rapport de recherche au Collège Réuni de la Commission Communautaire Commune de Bruxelles-Capitale, CRIV-UCL, 1994b : 134
- Leroy X., Rapport "Avenir" rectorat UCL 2001.
- Létard V., Flandre H. & Lepeltier S. (2004), Rapport d'information fait au nom de la mission commune d'information "la France et les Français face à la canicule: les leçons d'une crise" (annex au procès verbal de la séance du 3 février 2004.
- Letont & Van Daele (2004), *Proxima-project: de sector van de thuiszorg in het Waalse Gewest*, UMH, UMH.
- Letzelter N., *Les études de qualité de vie en ophtalmologie*, Thèse de doctorat, Ed Laboratoire Chauvin Bausch et Lomb, 2001 : 146
- Leveille SG, Guralnik JM, Ferrucci L, Langlois JA, Aging Successfully until Death in Old Age : Opportunities for Increasing Active Life Expectancy », *American Journal of Epidemiology*, 1999(149,7) : 654-664.
- Liao Y., NcGee D.L., Cao G., Cooper R.S., Quality of the Last Year of Life of Older Adults : 1986 vs 1993, *JAMA*, 2000(283) : 512-518.
- Lobo A. et al, Prevalence of dementia and major subtypes in Europe : A collaborative study of population-based cohorts, *Neurology*, 2000(54-Suppl 5) : S4-S9.
- Malhuret C, Le vieillissement de la population et ses conséquences sur la santé publique, Dossiers en Economie de la Santé, http://www.medcost.fr/html/economie_sante_eco/eco_051298d.htm, 1998
- Marcelis D. (2004), *De chronische ziek(t)en in de ziekteverzekering. Overzicht van de bestaande maatregelen en situering in de financiële toegankelijkheid van de verzekering*, Studiedag. 5 jaar wetenschappelijke raad voor chronische zieken. Van behoeften tot realisaties, RIZIV, Brussel.

- Matthijs K. (2002), 'Vergrijzing van de bevolking. Situatie en vooruitzichten. Consequenties van de bevolkingsveroudering', *Bejaardenzorg. Wetgeving en praktijk*.
- Mayeux R. et Christen Y.(eds), *Epidemiology of Alzheimer's Disease : From Gene to Prevention*, Springer, Berlin, 1999 : 1-17.
- Mayhew L., *Health and Elderly Care Expenditure in an Aging World*, IIASA Working Paper RR-00-21, Austria, 2000 : 43
- Mc Cusker J. et al: Detection of older people at increased risk of adverse health outcomes after an emergency visit: the ISAR screening tool, *JAGS*, 1999, 47: 1229-1237.
- Mc Morrow K. & Roeger W. (1999), *The economic consequences of ageing populations*, Economic papers, CECA - CEE - CEEA, Brussel - Luxemburg.
- Meert Ph., Marion E., Swine Ch., La personne âgée en urgence : quelles différences ? *Louvain Médical*, 1997, 116 :s51-s55.
- Meeus Ph, Le rôle de l'ergothérapeute dans la vie à domicile des personnes âgées, thèse de doctorat, UCL, 2002a : 114
- Meeus Ph., Les personnes âgées dans le logement social, SLRB info, N°32, 2002b : 9-11
- Meire P., Personnes âgées, familles et soignants : en quelle qualité ?, in C.R.I.V., *La qualité de vie des personnes âgées*, éd. Gommers, Louvain-en-Woluwé, 1987 : 53-66
- Meire Ph., Neiryck I., (éd) (en collaboration), Le paradoxe de la vieillesse: L'autonomie dans la dépendance, De Boeck université, 1997: 180 p.
- Memmi A., *La dépendance*, Paris, Gallimard, NRF, 1979 : 276.
- Mestdagh J. & Lambrecht M. (2003), *The AGIR project: Ageing, health and retirement in Europe. Use of health care and nursing care by the elderly: data for Belgium*, Federal Planning Bureau, Brussels.
- MIAH & Gerontological Society of America, *The state of aging and health in America*.
- Michel J.P., *Viellissement en bonne santé : l'expérience suisse*, C.R. Biologies, 325, 2002 : 693-696
- Ministère de la Santé publique et de l'Environnement, La santé dans la Belgique fédérale et ses communautés, situation actuelle et tendances, Bruxelles, M.S.P., 1993 : 191, cf. Les personnes âgées, pp.81-108

- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2001), *Zorg met toekomst. Een verkenning op het terrein van de volksgezondheid en de gezondheidszorg*, Den Haag.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004), *De nieuwe zorgverzekering in kort bestek*.
- Mion L.C. et al, Establishing a case-finding and referral system for at risk older individuals in an emergency department setting: the SIGNET model., *JAGS*, 2001,49: 1379-1386.
- Misplon S., Pacolet J. & Hedeboom G. (2003), *Kostprijs van de zorg en tijd voor zorg voor personen met dementie*, HIVA, Leuven.
- Misplon S., Pacolet J. & Hedeboom G. (2004 te verschijnen), 'Time to care and costs of care for elderly persons with dementia', *Archives of public health*.
- Misplon S., Peetermans A. & Hedeboom G. (2002), *Leefsituatieonderzoek Vlaamse ouderen in rusthuizen en RVT's. Uitwerking van een instrumentarium: eindverslag*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Mizrahi A., Mizrahi A., Âge et santé. *Des pathologies exemplaires liées au vieillissement*, Actualité et dossier en santé publique, n° 21, déc 1997 : 16 – 20
- Mizrahi A., Mizrahi A., Evolution de la consommation médicale des personnes âgées, *Gérontologie et Société*, n° 81, déc 1997 : 173 - 185
- Mizrahi A., Mizrahi A., Une meilleure santé ou une vie prolongée ? Une alternative contestable, *Futuribles* : 67-71.
- Mormiche P., Evolution de l'état de santé des personnes âgées, Séminaire « Etat de santé des aînés: évolution depuis 25 ans et interprétation » organisé par l'intercommission n° 5 de l'INSERM : « Evolutions démographiques et santé humaine ; populations et groupes sociaux vulnérables », 19-20 mars 1998 : 15
- Mossialos E. & Thomson S. (2002), *Voluntary health insurance in the European Union*, E.C.
- National Institute on ageing (ed.) (2001), 'Preparing for an Aging World: the Case for Cross-National Research', in National Institute on ageing (ed.), *Books on Aging and Health by the U.S. National Academies*, National Academy Press.
- National Reports Series of the Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member States and Norway Project edited by Jozef Pacolet & Ria Bouten
- Naudin Fl., Sermet C., *La prescription de médicaments à service médical rendu insuffisant en 2001*, Paris, IRDES, 2004 : 151.

- Nault F., Roberge R., Berthelot J.M., Espérance de vie et espérance de vie en santé selon le sexe, l'état matrimonial et le statut socio-économique au Canada, *Cahiers québécois de démographie*, 1996 (25, 2) : 241-259.
- NEJM 1995; 333 : 1190-1195.
- Netten A., Bebbington A., Darton R. & Forder J. (2001), Care homes for older people. Facilities, residents and costs, care homes for older people, vol. 1, PSSRU, Canterbury.
- NN (2002), *Het stabiliteitsprogramma van België 2003-2005*.
- NN (2003), *Stabiliteitsprogramma Nederland 2001-2007*.
- NN (2003), *Stability programme 2005-2007 (France)*.
- NN, *Belgisch Nationaal Actieplan Sociale Insluiting 2003-2005*, Brussel.
- OECD (2002), *Human resources for Health Care. OECD Health Project, Objectives and progress-to-date on the HRHC Project*, OECD, Parijs.
- OECD (2002), *Policy responses to the challenges of ageing populations: a synthesis*.
- OECD, *Future Trends. An Information Base for scanning the Future*, OECD, Parijs.
- Oksanen H., *Pension reforms: Key issues for the European Union*, 4^{ème} Conférence internationale de recherche en sécurité sociale, Anvers, 5-7 mai 2003 : 20
- Olshansky et al, In search of Matuselah : estimating the upper limits of human longevity. *Science* 1990 (250) : 634-640.
- Orosz E. & Morgan D. (2004), *SHA-Based National Health Accounts in thirteen OECD Countries: A comparative analysis*, OECD Health Working Papers, vol. 16, OECD, Paris.
- Pacolet J & Hedeboew G. (eds.) (2003), 'The contribution of social infrastructure and services to the increased employment of older workers', in Jepsen M., Foden D. & Hutsebaut M. (eds.), *A lifelong strategy for active ageing*, ETUI, Brussels, p. 161-209.
- Pacolet J. & Bouten R., *Pensioenen en pensioenfondsen: complementair of concurrentieel?*, Leuven, HIVA, 2000, 202 p.
- Pacolet J. & Leroy X., *Plus est en vous herbekeken: Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector, Deel 6. Synthese voor de zorgsector 1995-2020 in België*, HIVA-KULeuven, Leuven.

- Pacolet J. & Marchal A. (2003), 'Social Quality and Policy Domain of Employment in Belgium', *The European Journal of Social Quality*, vol. volume 4, nr. issue 1&2, p. 94-130.
- Pacolet J. (2000), 'Health and Long Term Care Spending and Ageing in European Countries', in National Labour Indtitute, European Conference, *The Challenge of Demographic Ageing & the Knowlegde-Based Society*, Holiday Inn Athens, 3 november 2000.
- Pacolet J. m.w.v. Van De Putte I. (2002), 'De financiering van de Vlaamse Zorgverzekering. Alles kan anders ... en beter?', in Vlaamse minister van Welzijn (ed.), *De financiering van de vlaamse zorgverzekering (Papers Colloquium)*, Vlaamse Overheid, Brussel.
- Pacolet J.(red) (2001), *De rol van de serviceflats in de toekomst in Vlaanderen en Europa*, HIVA, KU Leuven, Platform Wonen van Ouderen, Serviceflats Invest, Leuven/Antwerpen.
- Pacolet J., Bouten R., Lanoye H. & Versieck K., *Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member states and Norway, Volume 2. Statistical and Institutional Annexes*, Leuven, HIVA, 1999, 348 p.
- Pacolet J., Bouten R., Lanoye H. and Versieck K. (1999), *De sociale bescherming van afhankelijke bejaarden in de 15 lidstaten van de EU en Noorwegen. Syntheserapport*, HIVA, Leuven.
- Pacolet J., G. Hedebouw S. Misplon (ed.) (2003), 'Analyse des coûts et de leur financement', in F. Buntinx, O. Fontaine J. De Lepeleire M. Ylieff (ed.), *Qualidem eindverslag 1999-2002*, KUL Academisch Centrum voor huisartsgeneeskunde/ Ulg Unité de Psychologie Clinique du vieillissement, Leuven/Liège.
- Pacolet J., Hedebouw G. & Misplon S. (ed.) (2003), 'Kostprijs en inzet van middelen voor de zorg van personen met dementie', in F. Buntinx, O. Fontaine J. De Lepeleire M. Ylieff (ed.), *Qualidem eindverslag 1999-2002*, KUL Academisch Centrum voor huisartsgeneeskunde/ Ulg Unité de Psychologie Clinique du vieillissement, Leuven/Liège.
- Pacolet J., Hedebouw G. en Winters S. (eds.) in collaboration with G.R. Cabrero, E. O'Shea M. Vaarama Y. Yfantopoulos (2001), *Time to care. The cost of formal and informal care for persons with Alzheimer's disease: Pilot study in five EU member States*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet J., Hedebouw G., Winters S., met samenwerking van: Cabrero G.R., O' Shea E., Vaarama M., en Yfantopoulos Y. (2001), *De kost van de zorg voor Alzheimer patiënten in Vlaanderen en Europa*, HIVA, Leuven.

- Pacolet J., Van De Putte I., Cattaert G. & Coudron V. (2002), *Plus est en vous herbe-keken. Manpowerplanning in de zorgsector en de socioculturele sector, Deel 5. Synthèse voor de zorgsector in de Vlaamse Gemeenschap, 1995-2020*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet J., Van De Putte I., Marchal A., Verbrugghe K., Dewilde S. en Strobbe S. (2001), *Ontwerp van satelliterekeningen voor de non-profitsector voor Vlaanderen: welzijn/cultuur/onderwijs; voor België: de gezondheidssector*, KBS, Brussel .
- Pacolet J. & Van De Putte I. m.m.v. A. Decoster en G. Van Camp, *De solidaire financiering van de zorgverzekering*, Leuven, HIVA, 2000, 132 p.
- Pharma, *Evolution démographique et consommation de médicaments, Chiffres clés, 2003* : 33-35
- Philippe C., *Bien vieillir ?*, Actualité et dossier en santé publique, n°21, déc 1997 : 46-47
- Pinquart M., Sörensen S., *Influences of socioeconomic status, social network, and competence on subjective well-being in later life: a meta analysis*, Psychology and aging, 15 (2), 2000 : 187-224
- Platform Wonen van Ouderen, *Levenslang wonen, Ontwerpgids*, Ministerie van de vlaamse Gemeenschap, 1999 : 105
- Poncé A., De Ridder R. & Mets T. (2001), *Ouderenzorgbeleid*, Kabinet Sociale Zaken en Pensioenen, Brussel.
- Poullier J.P. (ed.) (2004), 'Privatisation in health care financing in forty european political entities', in Maarse H. (ed.) (ed.), *Privatisation in European health care. A comparative analysis in eight countries*, Elsevier .
- Poullier J.-P., Hernandez P. & Kawabata K. (2002), *National health accounts: concepts, data sources and methodology*, World Health Organization.
- Progress Report on Alzheimer's Disease, National Institute on Aging, National Institutes of Health, 1999, <http://www.alzheimers.org/pubs/prog99.htm>.
- Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (2002), *Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen*.
- Regling K. & Costello D. (2003), *The economic and budgetary implications of ageing populations: an EU perspective*, European Commission, Brussels.

- Richardson S. & Martin B. (2004), *The Care of Older Australians. A Picture of the residential aged care workforce*, National Institute of Labour Studies, Adelaide, Australia.
- Ritchie K., Espérance de vie et santé mentale, in : J. Dupâquier (dir.), *L'espérance de vie sans incapacités*, PUF, Paris, 1997 : 109-119.
- RIZIV en de Belgische Staat (2002), *Bestuursovereenkomst tussen de staat en het rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering*.
- Robine J.M. & Romieu I. (1998), *Healthy active Ageing. Health Expectancies at age 65 in the different parts of the world. Paper prepared for the meeting of the WHO Expert Committee on determinants of healthy ageing*, Geneva.
- Robine J.M., Allard M., The oldest human, *Science* 1998 ;279 :1834-1835.
- Robine J.M., Bucquet D., Ritchie K., L'espérance de vie sans incapacité, un indicateur de l'évolution des conditions de santé au cours du temps : vingt ans de calcul, *Cahiers québécois de démographie*, 1991 (20, 2) : 205-235.
- Robine J.M., Cambois E., Romieu I., Les relations entre l'évolution de la mortalité et de la morbidité. Dans : Construction des différents scénarios de l'évolution de l'état de santé de la population française à l'horizon 2000. *Démographie et Santé*, 1998.
- Robine J.M., Colvez A., L'espérance de vie sans incapacité en France en 1982, *Population*, 1986 (6) : 1025-1042.
- Robine J.M., Les espérances de vie en santé au service de la mesure de l'état de santé des populations, *Cahiers québécois de démographie*, 1996 (25, 2) : 179-210.
- Robine J.M., with Euro-REVES, *Disability free life expectancies in the European Union Countries*. INSERM, Joint Congress, ADELFI, IEA, Bordeaux, 1998.
- Rogers R.G., Sociodemographic Characteristics of Long-Lived and Healthy Individuals, *Population and Development Review*, 1995 (21,1) : 33-59.
- Rombeaux J.M., Maisons de repos et maisons de repos et de soins: Radioscopie du secteur public, Union des Villes et des Communes belges, Section CPAS, 2002 : 16-17.
- Rouselle P., Vanderstraeten M., Janssens M., Swinnen T., Adriaens B., Oelbrandt N., De Boeck R. en Van Brabant B. (2002), 'Over zorgregio's en Sel's. Decreet op de zorgregio's', *Polsslag*, vol. 36, p. 12-13.
- Rubenstein et al, *NEJM*, 1984, 311 : 1664.

- Sachet A., Les patients âgés et les structures de soins palliatifs, *Gérontologie et Société*, n° 90, sept 99 : 163 – 180
- Sager et al, *JAGS*, 1996.
- Saint Jean O, Somme D, Âge et restriction d'accès aux soins, *Gérontologie et Société*, n° 90, sept 99 : 109 - 120
- Saliba D., Wenger N.S., The vulnerable elders survey : a tool for identifying vulnerable older people in the community, *JAGS*, 2001 ; 49 : 1691-1699.
- Sapir A. (2003), *An agenda for a growing Europe. Making the EU Economic System Deliver*, E.C.
- Schoevaerdt D, Swine C, Identification précoce du profil gériatrique en salle d'urgences : présentation de la grille SEGA. *La Revue de gériatrie* 2004 ; 29 : 169-178.
- Schroll M. (2004), *Health and social care management for older people*.
- Sebo E., Loriaux M., Leroy X., Swine Ch., Rapport Groupe AVENIR. Rectorat UCL 2001.
- Séminaire « Etat de santé des aînés : évolution depuis 25 ans et interprétation », Intercommission n°5 de l'INSERM « Evolutions démographiques et santé humaine ; populations et groupes sociaux vulnérables », 19-20 mars 1998
- Sermet C., Credes Paris, Sciences PO formation, octobre 2001.
- Sermet C., Démographie, santé et soins des personnes âgées – état des lieux et perspectives, Medec, Credes, Paris, 2002 : 73
- Sermet C., Les consommations médicales du grand âge, Credes, Paris, 2002 : 49
- Service des affaires européennes, Les soins palliatifs, Etudes de législations comparées, 1998, <http://cubitus.senat.fr/lc/lc42/lc42.html>
- Service Public Fédéral Sécurité Sociale (2002), *Annuaire statistique 2000 de la sécurité sociale avec un aperçu sur les soins aux personnes âgées. Chapitre II: Note relative à la politique des personnes âgées*, Bruxelles .
- Social Protection Committee E.C. (2002), *Questionnaire on Health and Long-Term Care for the elderly*, E.C., Brussel.
- Social Science and Medicine, 43, 1996 : 1673-78.

- Stone R.I. (2000), *Long-term care for the elderly with disabilities. Current policy, emerging trends, and implications for the twenty-first century.*
- Stuck A., *Lancet*, 1993, 342 : 1032-1036.
- Stuck A., *Social Science and Medicine*, 1999, 48: 445-469.
- Teughels S. (2004), *Ondernemers in de zorg - Zorgen voor ondernemers*, VOKA - VEV, Antwerpen.
- The Royal Commission on Long Term Care (1999), *With respect to old age: long term care - rights and responsibilities.*
- The social protection committee Economic Policy committee (2002), *Joint EPC/SPC for a Council Report in the field of health care and care for the elderly.*
- Timmermans J. & Woittiez (2004), *Advies ramingen verpleging en verzorging*, SCP Sociaal Cultureel Planbureau, Den Haag.
- Timmermans J.M. & van den Berg A. (2004), *De gezondheidstoestand van toekomstige generaties ouderen*, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Bilthoven.
- Tinetti M., Clinical practice, Preventing falls in elderly persons, *N Engl J Med*, 2003 Jan 2 ; 348(1) : 42-9.
- Tinetti M., *JAMA*, 1995, 273: 1348-53.
- United Nations (2002), *Madrid International Plan of Action on Ageing, 2002*, The Second World Assembly on Ageing 2002, U.N.
- Vallin J., Future of health expectancy. In Robine JM et al Eds : Calculations of health expectancies, harmonization, consensus achieved and future perspectives. John Libbey 1993.
- Van De Putte I. & Pacolet J. (2002), *Zorgplanning voorzieningen voor personen met een handicap Oost-Vlaanderen*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Van Den Heuvel B. (ed.) (2003), 'Rechten en inspraakmogelijkheden van gebruikers van de thuiszorg en de ouderenvoorzieningen', in Put j., Verdeyen V. & Loosveld G. (ed.), *Gebruikersrechten in de welzijnszorg*, Die Keure, Brugge, p. 209-218.

- Van der hallen P. (ed.) (2004), 'Uitdagingen op het vlak van het werkgelegenheidsbeleid', in Lanjri N. en De Block M (eds.), *De vergrijzing van de samenleving: De uitdagingen inzake werkgelegenheid en financiering van de sociale zekerheid en de pensioenen*, Kamer van Volksvertegenwoordigers, Brussel, p. 95-106.
- van der Ploeg R. (2004), 'Het nieuwe zorgstelsel brengt niets dan chaos', *Het financieel dagblad*.
- van der Ploeg R. (2004), 'Marktwerking in de zorg schier onmogelijk', *Het financieel dagblad*.
- van der Ploeg R. (2004), 'Zorg net zo belangrijk voor welvaart economie', *Het financieel dagblad*.
- van der Ploeg R. (2004), 'Zorg slokt straks derde van nationaal inkomen op!', *Het financieel dagblad*.
- van Hilten O. (2004), *ESB Economische statistische berichten*.
- Van Pee D, Swine Ch, Vandenbossche P, Gillet JB., Epidemiological profile of geriatric patients admitted to the emergency department of a university hospital localized in a rural area, *Eur J of Emerg Med*, 2001; 8: 1-4.
- Van Pee D., Cornette P., Gillet J.B., Swine Ch., Admission of geriatric patients in the emergency department : the Belgian experience for hospitals provided with a geriatric department. In « Geriatric programs and departments around the world », Ed JP Michel , *Facts Research and Intervention in Gerontology*, 1998 : 379-390.
- Van Steenberge J. & Van Puyvelde I. (eds.) (2003), 'Sociaalrechtelijke instrumenten expliciet of impliciet gericht op de betaling van zorg', in CBGS (ed.), *Expert rapporten zorgcongres 2003*, CBGS, Brussel.
- Vanden Bavière H., Van Tielen R., Gemmel P., Krols K., Sermeus W. & Corens D. (2003), *Compendium gezondheidszorg en -statistiek 2003. Gezondheids-, ouderen- en thuiszorg. De cijfers en het verhaal erachter*, Kluwer, Mechelen.
- Vanden Boer L. & Pauwels K. (eds.) (2004), 'Gezondheid en zelfredzaamheid', in Jacobs T., Vanderleyden L. & Vanden Boer L. (eds.), *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*, Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie, Brussel, p. 101-138.

- Vanden Boer L. & Vanderleyden L. (eds.) (2004), 'Zorgpreferenties van ouderen', in Jacobs T., Vanderleyden L. & Vanden Boer L. (eds.), *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*, Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie, Brussel, p. 181-204.
- Vanden Boer L. (2003), *Tien vragen over zorg, vanuit ouderenperspectief*.
- Vanderhaegen J.-Ch., Handicaps et vieillissement démographique, Des défis pour la ville, Confédération Construction Bruxelles-Capitale, Bruxelles, 2003 : 151.
WWW//Cobobru.be
- Vanderleyden L. & Vanden Boer L. (eds.) (2004), 'Zorg en ondersteuning', in Jacobs T., Vanderleyden L. & Vanden Boer L. (eds.), *Op latere leeftijd. De leefsituatie van 55-plussers in Vlaanderen*, Centrum voor Bevolkings- en Gezinsstudie, Brussel, p. 139-180.
- Vaupel et al, The emergence and proliferation of centenarians, In Jeune B., Vaupel JW eds. Exceptional longevity : from prehistory to the present. Odense university, Odense Monographs on Population Aging 2.
- Velden L.F.J. van der, Calsbeek H. & Hingstman L. (1998), *Behoeftenraming klinisch genetici 1997-2010*, NIVEL, Utrecht.
- Vercauteren R. (éd), *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées: Expériences et analyses pluridisciplinaires internationales*, Eres, 2000a.
- Vercauteren R., Predazzi M., Loriaux M., Une architecture nouvelle pour l'habitat des personnes âgées, Eres 2000b.
- Verhofstadt G. (2004), Federale beleidsverklaring.
- Vers des systèmes de santé plus performants – Résumé, OCDE, Paris, 2004 : 23
- Veysset B., *Dépendance et vieillissement*, Paris, L'Harmattan, Logiques sociales, 1989:171.
- Vigneul M. (2004), *Dépenses et estimation budgétaires.*, Studiedag 5 jaar wetenschappelijke raad voor chronische zieken. Van behoeften tot realisaties, INAMI, Brussel.
- Visco I., Ageing populations : economic issues and policy challenges, OCDE, june 2001 : 38
- Von Strauss E. et al, Aging and the occurrence of dementia, *Arch. Neurol.*, 1999 (56) : 587-592.

- Walker A., Les attitudes face au vieillissement et aux personnes âgées. Principales conclusions d'une enquête Eurobaromètre, Commission des Communautés Européennes, 1993 : 36
- Walston J., Fried L. et al, *Arch Int Med* 2002, 20: 2333-2341.
- Wanless D. (2002), *Securing our Future Health: Taking a long-term view*.
- Wasner B., Social policy for elderly people in the European Union : Adjusting to a changing demographic structure ?, 4^{ème} Conférence internationale de recherche en sécurité sociale, Anvers, 5-7 mai 2003 : 14
- Wattiez-Mangelinckx A., *Le senior nouveau est arrivé*, Ottignies-Louvain-la-Neuve, Quorum, 1993 : 201
- Werkgroep Thuisverzorgers (2004), 'Mantelzorg is er en zal altijd blijven', *Thuiszorgkrant*, nr. 57, p. 1.
- Whitehouse E. (2003), *The value of pension entitlements: a model of nine OECD countries*, OECD social, Employment and Migration Papers n°9.
- WHO (2002), *Current and future long-term care needs. An analysis based on the 1990 WHO study. The global burden of disease and the international classification of functioning, disability and health. The cross-cluster initiative on long-term care*, World Health Organization, France.
- Wiener J.M., Tilly J. & Cuellar A.E. (2003), *Consumer-directed home care in the Netherlands, England and Germany*, Public Policy Institute, Washington.
- Wittenberg R., Pickard L. Comas-Herrera A., Davies B. & Darton R. (1998), *Demand for long-term care: projections of long-term care finance for elderly people*, PSSRU, Canterbury.²
- Wolfson C., Wolfson D.B., Asgharian M et al, A reevaluation of the duration of survival after the onset of dementia, *The New England Journal of Medicine*, 2001(344), 14 : 1111-1116.
- World Health Organization, A rational approach to radiodiagnostic investigations, Technical Report, series 689, 1983 : 31.
- WVC Vlaanderen (2003), *Welzijn en Volksgezondheid in cijfers*, G. Deblaere, Brussel.



"HET IS ROOSKLEURIG GENOEG,
MAAR KAN HET NIET BETER
OP EÉN A-VIERTJE?"

Bron: Humo, 8 februari 2005



En exécution des décisions prises au Conseil des Ministres des 16 et 17 janvier 2004, le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique a chargé le Service public fédéral de la Sécurité sociale d'un rapport relatif à l'impact du vieillissement sur les soins de santé et plus précisément sur l'aide à la dépendance (les soins de longue durée). Ce rapport était destiné à faciliter le lancement d'un large débat public sur les effets du vieillissement.

Par la suite, le Service public fédéral de Sécurité sociale a confié au Hoger instituut voor de arbeid de Katholieke Universiteit Leuven et au service d'études Socio-Economie de la Santé de l'Université catholique de Louvain, une mission commune: une étude de faisabilité, visant à identifier les informations disponibles en Belgique, susceptibles d'alimenter un tel débat. In fine, l'étude rassemble non seulement des données secondaires, mais aussi des données originales; en outre, les auteurs ont tenu à y présenter leurs commentaires et leur interprétation des données et ils émettent une série de suggestions quant aux politiques envisageables face aux défis à venir. Loin de remettre le débat au moment où les enfants du « baby-boom » seront devenus très âgés et nécessiteront un maximum d'aide pour la dépendance, le débat peut et doit s'organiser dès maintenant, car certaines conséquences du vieillissement sont à nos portes.

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

In uitvoering van deze beslissing heeft de Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid aan het Hoger instituut voor de arbeid van de Katholieke Universiteit van Leuven en Socio-Économie de la Santé van de Université catholique de Louvain de opdracht gegeven om een haalbaarheidsstudie uit te voeren omtrent welke informatie beschikbaar is voor dit debat in België. De studie verzamelde finaal zowel secundair als origineel informatiemateriaal, gaf daaraan een eigen interpretatie en duiding en voegde er beleidsaanbeveling aan toe. In de beleidscyclus riskeert de impact van de vergrijzing op de zorg en meer specifiek de ouderenzorg zich pas op het allerlaatste moment te stellen, met name wanneer de babyboomers hoogbejaard zullen zijn en er een aanzienlijke toename van de zorg nodig is. Deze studie illustreert dat het debat reeds nu kan en moet gevoerd worden.

Jozef Pacolet, doctor in de economie, docent en hoofd van de sector Sociaal en Economisch Beleid van het Hoger instituut voor de arbeid (HIVA) van de K.U. Leuven.

Denise Deliège, docteur en sciences politiques et sociales, est professeur émérite à l'Ecole de Santé Publique de l'Université catholique de Louvain, où elle a dirigé l'unité de Socio-économie de la santé (SESA).

Caroline Artoisenet, est sociologue et anthropologue; elle est chargée de recherches à l'unité de Socio-économie de la santé (SESA) de l'Ecole de Santé Publique de l'Université catholique de Louvain.

Griet Cattaert, licentiaat toegepaste economische wetenschappen, was wetenschappelijk medewerker aan het HIVA in de loop van het project.

Véronique Coudron, handelingenieur, is wetenschappelijk medewerker aan het HIVA.

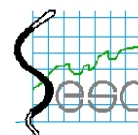
Xavier Leroy, sociologue et docteur en santé publique, est professeur émérite à l'Ecole de Santé Publique de l'Université catholique de Louvain (unité de Socio-économie de la santé – SESA).

Annick Peetermans, gegradueerde sociaal verpleegkundige en licentiaat in de medisch sociale wetenschappen, is wetenschappelijk medewerker aan het HIVA.

Christian Swine, docteur en médecine, spécialisé en gériatrie, est Professeur à l'Université catholique de Louvain et Chef de service aux Cliniques universitaires de Mont-Godinne.



Hoger instituut voor de arbeid
Katholieke Universiteit Leuven
Parkstraat 47
B-3000 Leuven
Tel. +32 16 32 33 33
<http://www.hiva.be>



Unité Socio-économie de la Santé
Université catholique de Louvain
Clos Chapelle-aux-Champs 30.41
B-1200 Bruxelles
Tél. +32 2 764 30 99
<http://www.sesa.ucl.ac.be>