

Den økonomiske grundmodel for sundheds- og ældreplejen i Nederlandene

Notat



*Den økonomiske grundmodel for sundheds- og ældreplejen i Nederlandene
– Notat*

© VIVE og forfatterne, 2023

e-ISBN: 978-87-7582-162-4

Projekt: 302258

Finansiering: Analysen er finansieret af Social-, Bolig- og Ældreministeriets årlige trækingsret på analyse- og forskningsopgaver fra VIVE

VIVE

Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd

Herluf Trolles Gade 11

1052 København K

www.vive.dk

VIVEs publikationer kan frit citeres med tydelig kildeangivelse.

Introduktion

Der er stort fokus på, i hvilket omfang Buurtzorg-modellen kan tilpasses det danske ældreområde. Buurtzorg-modellen er skabt og udviklet i et sundhedssystem, der bygger på en forsikringsmodel med konkurrence mellem private leverandører – både med konkurrence på forsikringsdækningen og blandt leverandørerne af de enkelte sundhedsydelser. I den kontekst er Buurtzorg blot en af flere leverandører af hjemmesygepleje, som er en mindre del af den samlede ydelsespakke for forsikringsselskabet. Den nederlandske kontekst adskiller sig markant fra den danske, hvad angår myndighedernes rolle såvel som den overordnede økonomiske styringsramme for sundheds- og ældreområdet.

I dette notat beskriver vi:

- Finansierings- og styringskonteksten, som Buurtzorg-modellen indgår i
- Lovgivningsmæssige rammer for ældreområdet samt de reformer, der er gennemført på området de seneste år
- Konkrete rammer, der regulerer udbud og adgang til sundheds- og ældreområdets ydelser
- Forskelle og opmærksomhedspunkter, som den nederlandske kontekst giver for arbejdet med Buurtzorg-modellen i en dansk kontekst.

Notatet indgår i den serie af notater, som VIVE har udarbejdet i regi af udviklingslaboratoriet for faste, tværfaglige og selvstyrende teams på ældreområdet.

Sundheds- og ældreområdets finansiering og styring i Nederlandene

I Nederlandene er det obligatorisk for alle voksne indbyggere at tegne sundheds- og socialforsikring. Her kan vælges mellem et af de 24 private, typisk non-profit forsikringsselskaber, der opererer på det nederlandske marked. Forsikringsselskaber i Nederlandene er forpligtet til at udbyde en universel basispakke, der koster det samme for alle borgere, og den økonomiske risikoudligning står staten for. Borgernes egne betalinger dækker ca. 25 % af omkostningerne (1), hvorfor finansiering til forsikringsselskaberne via skattebetaling er afgørende for finansieringen af velfærdsmodel. Staten har væsentlig indflydelse på markedet for sundhedsydelser, herunder på de prioriteringer, der sker i systemet. Finansieringsmodellen kan betragtes som en hybrid mellem den sociale forsikringsmodel, som kendes i mange mellemeuropæiske lande, og den offentligt finansierede model, som den kendes fra bl.a. de nordiske lande.

I Nederlandene har reformer gradvist gjort finansieringen af sundhedsvæsenet mere afhængig af skattefinansiering, men produktionen af sundhedsvæsenets

ydelse er forblevet overvejende privat. Myndighederne i Nederlandene har ansvaret for fastsættelse af den økonomiske ramme for forsikringsselskabers virke samt for det overordnede tilsyn. Ansvar for ydelsesdækningen er uddelegeret til forsikringsselskaberne. Private leverandører konkurrerer om forsikringsselskabers og borgernes efterspørgsel. Hvis borgerne er utilfredse med forsikringsselskabet eller deres leverandør, har de mulighed for at ændre deres valg af forsikringsselskab såvel som leverandør. En borger kan, i det omfang der er kapacitet, frit vælge mellem alle leverandører af fx hjemmesygepleje; p.t. er det ikke en forudsætning, at leverandøren har en særlig aftale med det forsikringsselskab, som man har en police med, men der er dog politisk bevægelse i den retning for at gøre sundhedssystemet mere effektivt (2). Det er endvidere muligt at skifte forsikringsselskab en gang årligt (3).

Lovgivningsmæssige rammer for det nederlandske sundheds- og ældreområde

De forskellige dele af sundhedsvæsenet i Nederlandene dækkes af forskellige lovkomplekser. Indtil 2015 var langtidspleje, som her også omfatter hjemmepleje, ikke under den lovgivning, der regulerer det øvrige sundhedsvæsen. En større reform ændrede dette i 2015, hvor plejehjem kom ind under en ny lov om langtidspleje, og samtidig blev hjemmesygeplejen lagt ind under sundhedsforsikringssystemet, mens den praktiske hjemmehjælp mv. kom ind under en særlig social support act.

Baggrunden for reformen i 2015 var, at man ønskede en styrket finansielle bæredygtighed af systemet, herunder at stimulere større individuelt og socialt ansvar. Dette skulle i praksis ske ved at understøtte plejebaserede løsninger i hjemmet frem for på plejehjem. Nederlandene bruger den højeste andel af BNP i OECD på langtidspleje, hvor Danmark er nr. 2. Nederlandene har i international sammenhæng et særligt højt forbrug af plejehjemsydelse (4). Med reformen blev kommunerne ansvarlige for både at levere hjemmehjælp og for plejehjemsydelse, hvor det tidligere var to forskellige kasser, der var ansvarlige for finansiering af disse ydelser. I forbindelse med at ansvaret overgik til kommunerne, blev finansieringen til området beskåret med ca. 10 %. Disse besparelser blev dog trukket tilbage allerede i 2016 for at stabilisere plejehjemmenes økonomi (5). I Nederlandene er praktisk hjemmehjælp lovgivningsmæssigt målrettet personer med fysiske begrænsninger, som ikke har et netværk af personer, der kan levere uformel pleje, som kan kompensere for disse begrænsninger (6). Denne afgrænsning i lovgivningen giver et tydeligt ansvar til familier og netværk og at tage medansvar for ældreplejen i hjemmet. I Nederlandene er der endvidere brugerbetaling knyttet til praktisk bistand, hvilket også signalerer et andet skel mellem det offentlige og det private ansvar.

Udbud og adgang til syge- og ældrepleje i Nederlandene

Levering af plejehjemsydelser og hjemmehjælp skal jf. lovgivningen i Nederlandene ske af ikke-profitdrevne virksomheder (7). Institutionel pleje tilbydes efter visitering. Hovedkriterierne for visitering er sundhedstilstanden, og hvor plejekrævende borgeren er. Kun borgere, der har brug for mere end 2 ½ times hjemmepleje eller mindst 3 daglige besøg, får dækket omkostningerne til plejehjem af sundhedsforsikringen (8). Hvis en person er visiteret til at modtage institutionel pleje, er der mulighed for at modtage 'plejehjem i eget hjem', hvis dette kan ske sikkert og effektivt. Borgeren kan også vælge at modtage en personlig bevilling, som denne selv kan disponere forholdsvis frit over (9).

Hjemmesygeplejen finansieres i Nederlandene via sundhedsforsikringerne. I modsætning til plejehjem og hjemmehjælp er det lovligt at levere hjemmesygepleje på almindelige liberale markedsvilkår. Næsten alle leverandører er dog organiseret som not-for-profit virksomheder.

Visitation til hjemmesygepleje (som i den nederlandske kontekst omfatter både sygepleje og personlig pleje) sker via praktiserende læge. Herefter vælger borgerne, hvilken af forsikringsselskabets tilknyttede leverandører der skal stå for plejen. De enkelte forsikringsselskaber ejer ikke nogle leverandører af hjemmesygepleje, men indgår aftaler med relevante leverandører omkring levering af ydelser. Der er ikke bred offentlig indsigt i de vilkår, som forsikringsselskaberne aftaler med de private leverandører, herunder fx også de vilkår, som Buurtzorg aftaler med forsikringsselskaberne. Det er dog kendt, at leverandørerne af hjemmesygepleje i Nederlandene i udgangspunktet betales for de leverede timer til borgerne, men andre forhold kan også spille ind. Der kan således være forskel på, hvor høj en betaling pr. time de enkelte leverandører bliver betalt af forskellige forsikringsselskaber, fx alt efter hvor højt specialiseret personale, som de forskellige leverandører har ansat, eller den konkurrencesituation, som den enkelte leverandør af ydelser har.

Det nederlandske sundhedssystem i en dansk kontekst

Hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejehjemsydelser visiteres og leveres i Nederlandene med udgangspunkt i et vidt forgrenet lovkompleks med udbredt brug af private leverandører og en betydelig grad af valgfrihed for den enkelte borger i forhold til leverandør og forsikringsselskab.

I en universelt integreret offentlig model som den danske er vi forvænt med offentlig indsigt i alt fra kontraktvilkår, priser mv. I de forsikringsbaserede systemer er der langt mindre åbenhed til den type information, som typisk vil blive klassificeret som forretningshemmeligheder. Derfor er der meget lidt viden og

forskning om, hvordan aftalevilkårene er for samarbejdet mellem forsikringselskaberne og leverandørerne.

De udfordringer, som det nederlandske sundhedssystem står over for, ligner på mange måder de udfordringer, som vi kender i Danmark med stigende ubalance mellem ressourcer og behov. Målt på den samlede økonomi er der ikke meget, der tyder på, at det nederlandske system for ældrepleje er mere effektivt end det danske. Især forbruget af plejehjemsydelse er højt i Nederlandene. Det er uklart, om det fragmenterede system for hjemmepleje med fokus på pårørende-involvering medvirker til at skubbe borgerne i retning mod et højt plejehjemsforbrug, men reformerne af ældreplejen i Nederlandene har haft det som klart fokus på at sikre bedre finansiel sammenhæng på tværs af ældreplejen med henblik på at modvirke en incitamentsstruktur, hvor borgerne ikke i tilstrækkelig grad understøttes i at blive boende så længe som muligt i eget hjem.

Referencer

- (1) The Netherlands has universal health insurance — and it's all private: How the Dutch harnessed the market to cover everybody. Jan 17, 2020
- (2) NL times 17/8 2022: Dutch government to limit free choice of doctor
<https://nltimes.nl/2022/08/17/dutch-government-limit-free-choice-doctor>
- (3) Aafke Victoor, Roland D. Friele, Diana M.J. Delnoij & Jany J.D.J.M. Rademakers, Free choice of healthcare providers in the Netherlands is both a goal in itself and a precondition: modelling the policy assumptions underlying the promotion of patient choice through documentary analysis and interviews, *BMC Health Services Research* 12, 2012
(<https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-441>).
- (4) OECD, Spending on long term care, 2020.
[/https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf](https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-long-term-care-Brief-November-2020.pdf))
- (5) J.A. Maarse and P.P. Jeurissen, "The Policy and Politics of the 2015 Long-Term Care Reform in the Netherlands," *Health Policy* 120, no. 3 (March 2016): 241-45.
- (6) Wet maatschappelijke ondersteuning 2015. <https://wetten.overheid.nl/BWBR0035362/2022-07-01>
- (7) Roosa Tikkanen, Robin Osborn, Elias Mossialos, Ana Djordjevic, George A. Wharton, International System Profiles, Netherlands, 2020
- (8) Seyyar A, Oglak S Danimarka ve Hollanda Sosyal Güvenlik Sistemlerinde Bakım Hizmetleri (Mukayeseli Bir Degerlendirme), *ÖZ-VERİ Dergisi*; T.C. Basbakanlik Özürlüler İdaresi Başkanligi; 2004.
- (9) Aarnik, D, The Choice between institutional care and homecare in the Dutch system of long-term care, Netspar Academic Series, 2016
(https://www.netspar.nl/assets/uploads/P20160800_msc013_Aarnink-1.pdf)

VIVÉ