



**Vlaanderen**

is internationaal  
ondernemen



**OUDERENGEZONDHEIDSZORG  
IN NOORD-ITALIË**

**FLANDERS INVESTMENT & TRADE MARKETSTUDIE**



**Vlaanderen**

is internationaal  
ondernemen

# Ouderengezondheidszorg in Noord-Italië

Augustus 2017

Marleentje Verstreken

Flanders Investment and Trade  
Via Fiori Oscuri 11  
20121 Milano  
Italia  
+39 02 29 00 70 80  
[milan@fitagency.com](mailto:milan@fitagency.com)

## Inhoudsopgave

1.	Inleiding.....	4
2.	Markttrends.....	5
2.1	Demografische factoren .....	5
2.1	Economische factoren.....	9
2.1.1	Export en import.....	10
2.1.2	Uitgaven aan zorg in Noord-Italië .....	11
2.2	Sociaal-Culturele factoren .....	11
2.2.1	Normen en waarden in Italië.....	11
2.3	Technologische factoren.....	13
2.4	Politieke factoren .....	14
2.4.1	Het Italiaanse zorgstelsel .....	14
2.4.2	Openbare aanbestedingen.....	17
3.	Hoe ziet de structuur van de zorginstelling eruit? .....	18
4.	Conclusie .....	21
5.	Meer weten? .....	21
	Disclaimer .....	21

## 1. Inleiding

Italië heeft een populatie die bestaat uit 61 miljoen mensen, gelijk verdeeld over Noord- en Zuid-Italië. Na Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk is Italië het grootste land van de EU. Het bbp per capita in Italië bedroeg in 2015 € 28.131.<sup>1</sup> In 5 jaar tijd is dit bbp van Italië met ruim 16% gedaald, want in 2010 bedroeg dit nog € 33.780. Met het huidige bbp per inwoner staat Italië op een dertiende plaats in de EU en 27<sup>e</sup> wereldwijd. (Statistic Times, 2016)

Van de 61 miljoen inwoners van Italië is 22% vijftenzestigplusser (ruim 13 miljoen). Van deze vijftenzestigplussers wonen er 7,3 miljoen in Noord-Italië, waarbij Lombardije de meeste vijftenzestigplussers huisvest (2,2 miljoen).

Deze studie heeft betrekking op Noord-Italië. Onder Noord-Italië verstaan we de volgende 9 regio's: *Trentino, Veneto, Friuli, Emilia-Romagna, Piëmont, Valle D'Aosta, Ligurië, Lombardije en Toscane.*

De Euro Health Consumer Index (EHCI) is een studie van het Health Consumer Powerhouse om de zorgverleningssystemen van de landen in Europa met elkaar te vergelijken. Het vergelijkt landen op het gebied van kernwaarden binnen de zorgverlening. De score wordt bepaald door de zorgverlening per land die op 48 verschillende factoren beoordeeld wordt. In de bijlage 4 van deze studie zijn alle 48 indicatoren weergegeven, met de bijbehorende scores voor ieder land. Hieronder staat een overzicht van hoe de landen hebben gescoord op basis van de 6 sub-disciplines: (1) patiëntenrechten en informatie, (2) toegankelijkheid, (3) resultaten, (4) gamma en bereik van diensten, (5) preventie en (6) farmaceutica.

Sub-discipline	Netherlands	Switzerland	Norway	Finland	Belgium	Luxembourg	Germany	Iceland	Denmark	Sweden	France	Austria	Czech Republic	United Kingdom	Slovenia	Croatia	Estonia	FYR Macedonia	Spain	Portugal	Ireland	Italy	Malta	Slovakia	Lithuania	Cyprus	Hungary	Greece	Latvia	Serbia	Bulgaria	Romania	Albania	Poland	Montenegro
1. Patient rights and information	146	133	146	129	117	121	125	133	133	125	113	121	96	129	121	129	129	142	104	96	96	96	92	113	125	88	88	75	104	104	75	96	88	79	75
2. Accessibility	200	225	138	150	225	200	188	163	138	100	188	188	213	100	125	175	163	213	113	113	100	138	163	163	175	125	125	125	113	138	150	150	163	100	113
3. Outcomes	240	240	240	229	198	219	229	240	219	229	208	188	177	188	208	156	188	104	198	188	208	188	135	135	135	177	125	167	146	125	125	104	125	146	135
4. Range and reach of services	144	119	138	144	131	125	94	125	138	144	106	119	125	131	106	119	106	81	113	94	94	88	125	94	75	81	94	69	75	69	56	63	50	63	56
5. Prevention	101	101	113	107	89	101	107	107	89	107	89	83	83	107	83	65	54	107	101	89	101	101	101	77	65	71	89	89	77	71	71	71	65	83	71
6. Pharmaceuticals	86	76	81	86	76	67	86	57	76	81	71	76	67	81	67	62	67	57	67	62	86	57	48	71	52	52	57	52	52	48	52	43	33	52	33
Total Score	916	894	854	845	836	832	828	825	793	786	775	774	760	736	710	707	706	704	695	691	685	667	663	653	628	595	578	577	567	554	530	527	524	523	484
Rank	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35

Table 1: EHCI score per land in 2015 (Professor Arne Bjornberg, 2015)

Globaal gezien staat België op een 5<sup>e</sup> plaats en Italië op een 22<sup>e</sup> plaats. De grootste verschillen zitten in toegankelijkheid (87 punten), gamma en bereik van diensten (43 punten) en farmaceutica (19 punten).

In dit onderzoek staat de gezondheidszorg voor senioren (vijftenzestigplussers) centraal. Om deze markt in beeld te krijgen zijn allereerst de markttrends weergegeven. Deze trends gaan over demografische, economische, sociaal-culturele, technologische en politieke factoren. Na de markttrends is uitgelegd hoe de structuur van de zorginstellingen eruit ziet. Verder volgt een overzicht van belangrijke distributeurs in Noord-Italië, de openbare aanbestedingen, medische beurzen en congressen in 2017.

<sup>1</sup> <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.PCAP.CD?end=2015&locations=EU-IT&start=2010>

## 2. Markttrends

### 2.1 Demografische factoren

Alle info is afkomstig uit de databases van het *Istituto Nazionale di Statistica* (ISTAT). ISTAT is de belangrijkste producent van officiële statistieken in Italië en is het equivalent van het Nationaal Instituut voor de Statistiek in België.<sup>2</sup>

De afgelopen jaren vergrijst de Italiaanse bevolking in een snel tempo, dit komt door zowel een afname van het aantal geboortes als een toename van de levensverwachting.<sup>3</sup> Op 1 januari 2016 bedroeg de totale Italiaanse bevolking 60.665.551 personen.<sup>4</sup> In tabel 2 is een verdeling weergegeven per leeftijdscategorie per geslacht van de totale Italiaanse bevolking op 1 januari 2016.

Leeftijd	Totaal man	Totaal vrouw	Totaal	Percentage van totaal
0 t/m 14	4 261 296	4 020 563	8 281 859	13,7%
15 t/m 24	3 053 822	2 863 913	5 917 735	9,8%
25 t/m 34	3 429 723	3 368 802	6 798 525	11,2%
35 t/m 44	4 423 729	4 437 274	8 861 003	14,6%
45 t/m 54	4 779 111	4 910 262	9 689 373	16,0%
55 t/m 64	3 745 142	4 002 160	7 747 302	12,8%
65 t/m 74	3 080 194	3 460 950	6 541 144	10,8%
75 t/m 84	2 054 164	2 779 883	4 834 047	8,0%
85 en ouder	629 140	1 365 423	1 994 563	3,3%
<b>Totaal</b>	<b>29 456 321</b>	<b>31 209 230</b>	<b>60 665 551</b>	<b>100,0%</b>

Tabel 2: Leeftijdverdeling per geslacht in Italië, 01-01-2016

Om een precies inzicht in de groep vijfenzestigplussers te krijgen is deze leeftijdscategorie in tabel 2 onderverdeeld in 4 leeftijdscategorieën. Deze verdeling geeft de vijfenzestigplussers weer verdeeld naar het percentage ten opzichte van de *totale* (tabel 1) Italiaanse bevolking.

Zoals te zien is, bestaat 22% van de Italiaanse bevolking uit vijfenzestigplussers. Door de toenemende vergrijzing belooft dit aantal in de komende jaren nog verder toe te nemen, naar een percentage van 33% in 2060 (International Futures, 2016). Volgens Statista, een van de grootste onlinebedrijven op het gebied van statistiek, bedroeg de gemiddelde leeftijd in Italië in het jaar 2015 45,9 jaar. Dit is niet alleen het hoogste gemiddelde in Europa, maar ook wordt er verwacht dat dit nog verder zal toenemen naar 47,8 jaar in 2020.<sup>5</sup>

Leeftijd	Totale populatie	Percentage t.o.v. totale populatie Italië
65 t/m 74	6 541 144	10,8%
75 t/m 84	4 834 047	8,0%
85 t/m 95	1 867 300	3,1%
95 en ouder	127 263	0,2%
<b>Totaal</b>	<b>13 369 754</b>	<b>22,0%</b>

Tabel 3: Verdeling vijfenzestigplussers in Italië, 01-01-2016

<sup>2</sup> <http://www.istat.it/en/>

<sup>3</sup> <https://www.theguardian.com/world/2015/feb/13/italy-is-a-dying-country-says-minister-as-birth-rate-plummets>

<sup>4</sup> [http://demo.istat.it/pop2016/index\\_e.html](http://demo.istat.it/pop2016/index_e.html)

<sup>5</sup> <https://www.statista.com/statistics/275395/median-age-of-the-population-in-italy/>

Leeftijdscategorie Regio	0 - 14	15 t/m 24	25 t/m 34	35 t/m 44	45 t/m 54	55 t/m 64	65 t/m 74	75 t/m 84	85+	Totaal	Totaal t.o.v. Italië
Trentino	163 081	113 954	119 862	148 708	170 786	129 500	106 451	73 542	33 230	1 059 114	1,7%
Veneto	679 163	461 499	513 989	725 619	821 637	631 845	536 012	384 132	161 227	4 915 123	8,1%
Friuli	151 892	103 311	120 199	173 089	200 307	161 469	152 427	109 630	48 894	1 221 218	2,0%
Emilia Romagna	597 946	380 403	461 621	673 625	719 820	564 887	489 627	384 865	175 352	4 448 146	7,3%
Piemonte	563 537	385 462	447 985	623 704	708 457	583 690	518 873	407 424	165 114	4 404 246	7,3%
Valle D 'Aosta	17 447	11 475	13 062	18 132	21 372	16 765	14 280	10 381	4 415	127 329	0,2%
Liguria	179 930	129 827	143 896	204 444	258 130	211 380	201 443	166 683	75 320	1 571 053	2,6%
Lombardia	1 408 085	916 786	1 087 823	1 515 438	1 640 700	1 246 499	1 078 435	803 210	311 373	10 008 349	16,5%
Toscana	477 461	318 803	384 837	544 683	601 399	484 193	440 929	339 813	152 280	3 744 398	6,2%
<b>Totaal Noord-Italië</b>	<b>4 238 542</b>	<b>2 821 520</b>	<b>3 293 274</b>	<b>4 627 442</b>	<b>5 142 608</b>	<b>4 030 228</b>	<b>3 538 477</b>	<b>2 679 680</b>	<b>1 127 205</b>	<b>31 498 976</b>	<b>51,9%</b>

Tabel 4: Leeftijdsofbouw per regio in Noord-Italië, 01-01-2016

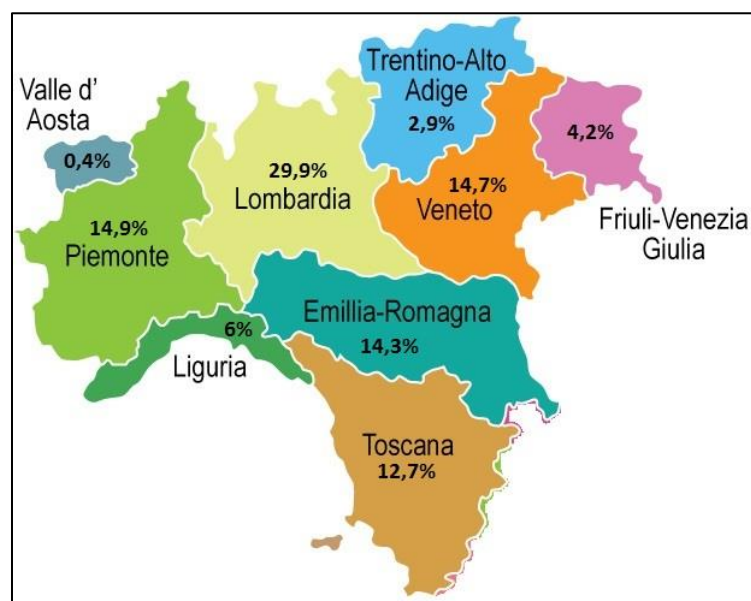
Van de bevolking in Noord-Italië is 23,3% 65 jaar of ouder.

In Noord-Italië zijn momenteel in totaal **7.345.362 vijfenzestigplussers** woonachtig. Merendeel van hen (29,9%) woont in Lombardije. Ook in Piëmont (14,9%), Veneto (14,7%), Emilia-Romagna (14,3%) en Toscane (12,7%) wonen een grote groep vijfenzestigplussers.

In de 5 regio's wonen in totaal 86,5% van de vijfenzestigplussers in Noord-Italië. De overige 13,5% is verdeeld over de regio's Ligurië, Friuli, Trentino en Valle d'Aosta.

Leeftijdscategorie Regio	65 t/m 74	75 t/m 84	85+	Totaal 65+	Percentage
Trentino	106 451	73 542	33 230	213 223	2,9%
Veneto	536 012	384 132	161 227	1 081 371	14,7%
Friuli	152 427	109 630	48 894	310 951	4,2%
Emilia Romagna	489 627	384 865	175 352	1 049 844	14,3%
Piemonte	518 873	407 424	165 114	1 091 411	14,9%
Valle D 'Aosta	14 280	10 381	4 415	29 076	0,4%
Liguria	201 443	166 683	75 320	443 446	6,0%
Lombardia	1 078 435	803 210	311 373	2 193 018	29,9%
Toscana	440 929	339 813	152 280	933 022	12,7%
<b>Totaal</b>	<b>3 538 477</b>	<b>2 679 680</b>	<b>1 127 205</b>	<b>7 345 362</b>	<b>100,0%</b>

Tabel 5: vijfenzestigplussers in Noord-Italië, 01-01-2016



Figuur 1: Percentage vijfenzestigplussers per regio in Noord-Italië

## Geaccrediteerde publieke- en private zorginstellingen in Noord-Italië

Over de instellingen die geaccrediteerd (zowel publiek als privaat) zijn is veel informatie beschikbaar. Echter geldt dit *niet* voor de niet-geaccrediteerde private instellingen.

In tabel 6 staat een overzicht van de personen ouder dan 65 jaar die gebruik maakten van zo'n type instelling op 1 januari 2014. Het gaat hierbij om mensen die zowel afhankelijk zijn van anderen op het gebied van zorg als onafhankelijke mensen. In bijlage 5 staat een overzicht van de hoeveelheid *self-sufficient* en *non-self-sufficient* senioren samengevoegd en het aanbod dat hun zorginstelling hen biedt.

Verreweg de meeste gebruikers wonen in Lombardije (31,2%), Piëmont (17,9%), Veneto (15,3%) en Emilia-Romagna (13,3%).

Regio/Leefijdscategorie	65 t/m 74 jaar	75 t/m 84 jaar	85 jaar en ouder	Totaal	Percentage van totaal
Piemonte	3 927	13 409	20 276	37 612	17,9%
Valle d'Aosta	114	352	558	1 024	0,5%
Liguria	1 168	4 459	5 681	11 308	5,4%
Lombardia	7 014	21 922	36 627	65 563	31,2%
Trentino	1 433	2 704	5 308	9 445	4,5%
Veneto	3 620	10 547	18 046	32 213	15,3%
Friuli-Venezia Giulia	1 103	2 877	5 662	9 642	4,6%
Emilia-Romagna	3 036	9 083	15 749	27 868	13,3%
Toscana	1 958	5 369	8 087	15 414	7,3%
<b>Totaal</b>	<b>23 373</b>	<b>70 722</b>	<b>115 994</b>	<b>210 089</b>	<b>100,0%</b>

Tabel 6: Aantal gebruikers van sociale- en gezondheidsinstellingen, 01-01-2014

De 210.089 vijfenzestigplussers die gebruik maken van een sociale- en gezondheidsinstelling zijn in tabel 6 weergegeven. In tabel 7 zijn deze senioren verdeeld naar type instelling per regio: gemeenschappelijk of begeleid wonen.

Type zorginstelling Regio	Gemeenschappelijk	Begeleid wonen	Geen antwoord	Totaal	Percentage van totaal
Piemonte	37 500	49	63	37 612	17,9%
Valle d'Aosta	1 020	4	..	1 024	0,5%
Liguria	11 050	257	2	11 308	5,4%
Lombardia	64 586	977	..	65 563	31,2%
Trentino	9 230	215	..	9 445	4,5%
Veneto	31 889	325	0	32 213	15,3%
Friuli-Venezia Giulia	9 219	423	..	9 642	4,6%
Emilia-Romagna	27 722	146	..	27 868	13,3%
Toscana	14 559	689	166	15 414	7,3%
<b>Totaal</b>	<b>206 775</b>	<b>3 085</b>	<b>231</b>	<b>210 089</b>	<b>100,0%</b>

Tabel 7: Type wooninstelling waarin de vijfenzestigplussers verblijven, 01-01-2014

Gemeenschappelijk betekent in dit geval dat de senioren "woonachtig in een verzorgingshuis" zijn. Van begeleid wonen is sprake wanneer iemand thuis blijft wonen en hulp krijgt van buitenaf. Uit tabel 7 blijkt dat van de zorg die geregistreerd wordt, vrijwel iedereen kiest voor een verzorgingshuis. Dit betekent echter niet dat het aantal mensen dat hulp aan huis krijgt daadwerkelijk zo laag is. Dit komt doordat thuisverzorging vaak op ongeregistreerde manier verleend wordt.

In tabel 8 staan de vijfenzestigplussers die gebruik maken van sociale- en gezondheidsinstellingen in Noord-Italië, ingedeeld naar het feit of ze nog wel of niet zelfvoorzienend zijn. Hieruit blijkt dat het overgrote deel van de personen die (op een geregistreerde manier) hun toevlucht zoeken tot een zorginstelling niet meer voor zichzelf kunnen zorgen. De belangrijkste reden om in een verzorgingshuis te wonen is dus ook vanwege gezondheidsproblemen.

Regio	self-sufficient 65+'ers	non-self-sufficient 65+'ers	Totaal	Percentage totaal
Piemonte	12 584	25 028	37 612	17,9%
Valle d'Aosta	112	912	1 024	0,5%
Liguria	3 976	7 332	11 308	5,4%
Lombardia	4 144	61 419	65 563	31,2%
Trentino Alto Adige	643	8 802	9 445	4,5%
Veneto	4 850	27 364	32 214	15,3%
Friuli-Venezia Giulia	2 225	7 417	9 642	4,6%
Emilia-Romagna	4 254	23 614	27 868	13,3%
Toscana	3 850	11 564	15 414	7,3%
<b>Totaal</b>	<b>36 638</b>	<b>173 452</b>	<b>210 090</b>	<b>100,0%</b>

Tabel 8: Zelfstandige en afhankelijke vijftenzestigplussers die in een zorginstelling wonen per 01-01-2014

Het is ook van belang om te weten hoeveel beschikbare bedden er zijn. Tabel 9 geeft dit per regio weer en het is overduidelijk dat Lombardije (33,6%) over de meeste bedden beschikt.

Regio	Ouderen (65+'ers)	Percentage Noord-Italië
Piemonte	42 471	22,6%
Valle d'Aosta	1 045	0,6%
Liguria	5 870	3,1%
Lombardia	63 187	33,6%
Trentino Alto Adige	4 934	2,6%
Veneto	30 168	16,0%
Friuli-Venezia Giulia	2 053	1,1%
Emilia-Romagna	30 393	16,1%
Toscana	8 133	4,3%
<b>Totaal</b>	<b>188 254</b>	<b>100,0%</b>

Tabel 9: Beschikbare bedden in sociale- en gezondheidsinstellingen in Noord-Italië per 01-01-2014

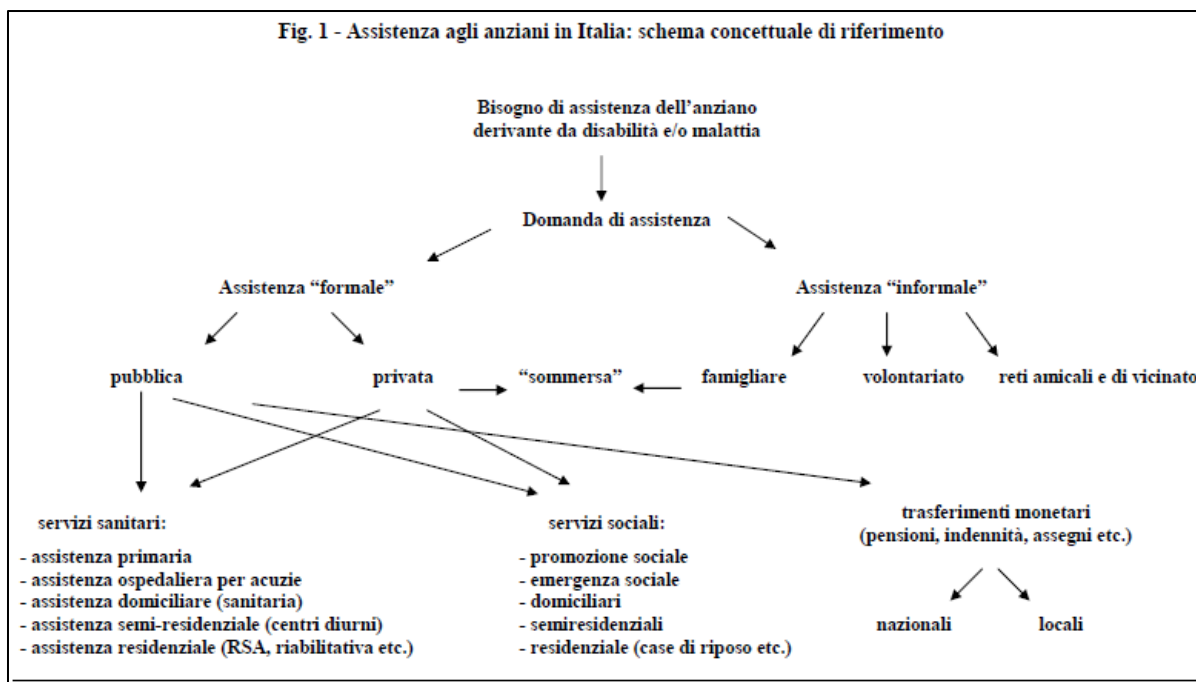
Regio	Verzorgingstehuizen	Ouderenverzorgingstehuizen
Piemonte	749	57
Valle d'Aosta	17	7
Liguria	331	36
Lombardia	936	131
Trentino Alto Adige	185	26
Veneto	428	24
Friuli-Venezia Giulia	191	38
Emilia-Romagna	714	30
Toscana	386	33
<b>Totaal</b>	<b>3 937</b>	<b>382</b>

Tabel 10: Aantal verzorgingshuizen in Noord-Italië

## Niet-geaccrediteerde private instellingen

Er is op veel manieren geprobeerd de volledige markt voor ouderenzorg in beeld te brengen. De markt bestaat echter ook uit private instellingen die niet bekend zijn bij ISTAT omdat deze niet geaccrediteerd zijn, hier is dus vrijwel geen informatie over te achterhalen. Daarnaast zijn er ook mensen die vrijwillig hulp aan huis aanbieden. Om een inzicht te geven in de moeilijkheid bij het achterhalen van informatie over deze markt is *figuur 2* weergegeven. Hierin komt het beslissingsproces naar voren dat voorafgaat aan het kiezen van de gewenste type zorg.





*Figuur 2: Beslissingsmodel voor zorginstelling*

Wanneer voor "Assistenza formale" gekozen wordt, komt men in het geaccrediteerde circuit terecht en hiervan is alle informatie beschikbaar bij de overheid. Wanneer men voor "Assistenza informale" kiest bestaat dit in principe uit familie, vrienden en burens, maar ook vrijwilligers die de senioren of aan huis helpen of in huis nemen. Hier komt natuurlijk ook nog bij dat een flink aantal personen iemand in huis hebben die hen helpt tegen betaling wat echter niet geregistreerd wordt. Dit leidt ertoe dat er over een zeer groot deel van de ouderenzorgingsmarkt geen informatie beschikbaar is.

Naast het feit dat thuisverzorging door familie, vrienden en vrijwilligers niet geregistreerd wordt, zijn er ook verzorgingshuizen die niet geaccrediteerd zijn. Deze zijn niet geregistreerd en het is onbekend of ze überhaupt in het bezit zijn van licenties om deze betreffende werkzaamheden aan te bieden. In veel gevallen hebben ze deze licenties ook helemaal niet nodig omdat de regio's het systeem voor autorisatie alleen geïntroduceerd heeft voor publieke instellingen.

Ook blijkt het in Italië merkbaar goedkoper om iemand in huis te halen om senioren te helpen (veelal mensen afkomstig uit Oost-Europa) dan om naar een verzorgingstehuis te gaan.

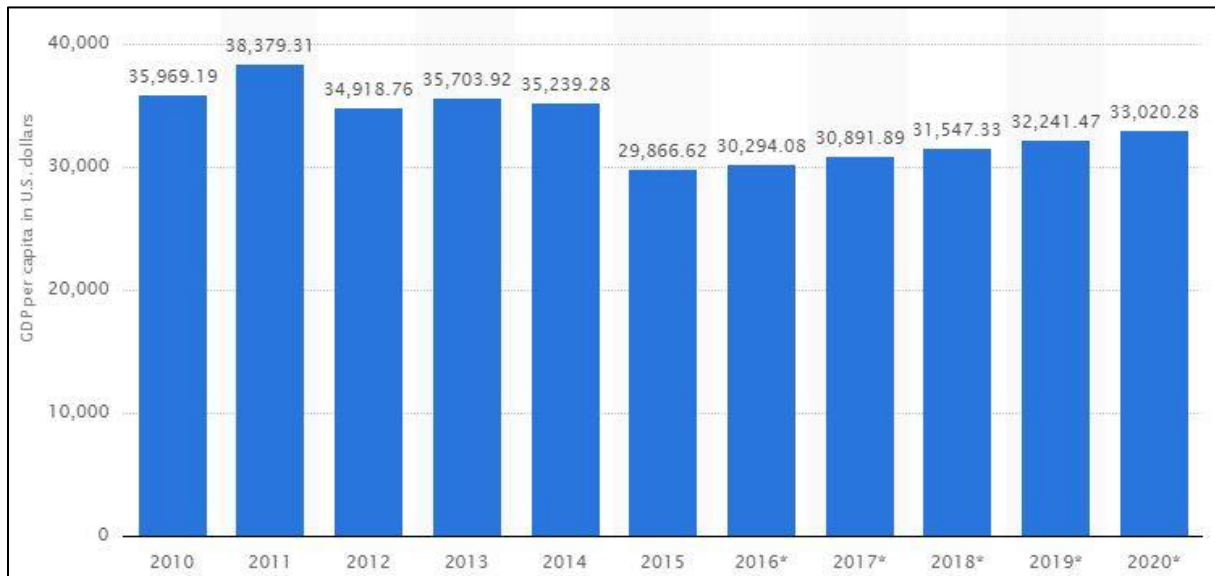
## 2.1 Economische factoren

Italië is de derde grootste economie van de eurozone. De economie is erg gevarieerd: het noorden is ontwikkeld en industrieel en wordt gedomineerd door rijke bedrijven. Het zuiden is minder ontwikkeld en wordt erg gesubsidieerd. De landbouw is er de belangrijkste sector en de werkloosheid is erg hoog. De economie draait in grote mate op consumentengoederen die geproduceerd zijn door kleine en middelgrote bedrijven, vaak familiebedrijven. Italië beschikt ook over een flinke schaduw economie die zo'n 17% van het bbp representeert en voornamelijk afkomstig is uit de dienstensector.

Sinds de crisis gaat de Italiaanse economie er sinds 2015 weer iets op vooruit, maar de werkloosheidscijfers zijn nog steeds erg hoog. Zo is het algemene werkloosheidscijfer 12% en is er

sprake van een jongerenwerkloosheid van maar liefst 40%.<sup>6</sup> In Italië is er ook geen sprake van een wettelijk bepaald minimumloon. De lonen worden afgesproken in collectieve arbeidsovereenkomsten.

Het bbp per inwoner van Italië is tussen 2014 en 2015 enorm gedaald (naar € 28.148). Verwacht wordt dat het bbp langzaam weer toe zal nemen. In 2016 zal het bbp naar verwachting € 28.552 bedragen en de komende jaren wordt verwacht dat deze stijging aan zal houden (zie figuur 3). Als het bbp per inwoner vergeleken wordt met landen die volgens het EHCI vooroplopen op het gebied van gezondheidszorg, dan wordt duidelijk dat Italië flink achter blijft bij landen als België (€ 39.105, 2015) en Nederland (€ 42.610, 2015).<sup>7</sup>



Figuur 3: bbp per inwoner in Italië, 2010-2020

Van het totale bbp in Italië bestaat 9,2% uit medische uitgaven, wat nagenoeg gelijk is aan het OESO-gemiddelde. De definitie van medische uitgaven is *“alle activiteiten door zowel instanties als individuele personen door het toepassen van medische, paramedische en/of verpleegkundige kennis en technologie met als primair doel het bevorderen, herstellen of behouden van de gezondheid”*. Van deze totale uitgaven bestaat 78% uit publieke uitgaven en 18% uit out-of-pocketbetalingen (OOP). Het aandeel van OOP-uitgaven is tussen 2001 en 2011 in Italië met 5,1% afgenomen, terwijl de OESO berekend heeft dat de gemiddelde afname voor eurolanden slechts 1,2% was. Privéverzekeringen spelen maar een kleine rol: 1% van de totale uitgaven. Wel bezit 15% van de Italiaanse bevolking een privéverzekering.<sup>8</sup>

## 2.1.1 Export en import

De belangrijkste exportproducten zijn verpakte medicijnen, met een waarde van € 21,6 miljard. Deze € 21,6 miljard vertegenwoordigt maar liefst 4,5% van de totale export.

- De waarde van totale import van chemische producten in 2014 door Italië bedroeg € 53,6 miljard (12%).
- Italië importeerde in 2014 voor € 19,5 miljard aan producten vanuit België.

<sup>6</sup> <http://ec.europa.eu/eurostat/en/web/lfs/data/main-tables>

<sup>7</sup> <https://www.statista.com/statistics/263595/gross-domestic-product-gdp-per-capita-in-italy/>

<sup>8</sup> OECD Reviews of Health Care Quality: Italy, 2014

- 35% (€ 6,84 miljard) van de import vanuit België bestond uit chemische producten (verpakte medicijnen, antibiotica, hormonen, speciale farmaceutica).
- 13% van de import van chemische producten is dus afkomstig vanuit België.

## 2.1.2 Uitgaven aan zorg in Noord-Italië

Tabel 12 geeft weer hoeveel er in de Noord-Italiaanse regio's in totaal uitgegeven is in 2015 aan sociale diensten en voordelen geleverd door de gemeenten en wat hiervan de gemiddelde kostprijs per persoon is. Hieruit blijkt dat Lombardije in totaal het meest uitgeeft (€ 212,8 miljoen), maar gemiddeld per persoon een van de laagste kostprijzen heeft (€ 104 per persoon). Aan de andere kant is Valle d'Aosta de regio met de minste totale uitgaven maar de hoogste kostprijs gemiddeld per persoon (€ 24,1 miljoen totaal en € 883 gemiddeld per persoon).

Regio / Type	Uitgaven aan services en voordelen geleverd door alleenstaande en geassocieerde gemeenten	Uitgaven per capita voor sociale services en voordelen geleverd door alleenstaande en geassocieerde gemeenten
Piemonte	€ 118 019 137,00	€ 114,00
Valle d'Aosta / Vallée d'Aoste	€ 24 129 760,00	€ 883,00
Liguria	€ 39 868 576,00	€ 93,00
Lombardia	€ 212 760 246,00	€ 104,00
Trentino Alto Adige / Südtirol	€ 53 449 893,00	€ 269,00
Veneto	€ 121 772 610,00	€ 121,00
Friuli-Venezia Giulia	€ 82 594 649,00	€ 280,00
Emilia-Romagna	€ 122 372 959,00	€ 123,00
Toscana	€ 116 975 566,00	€ 132,00
<b>Totaal / Gemiddelde</b>	€ 891 943 396,00	€ 235,44

Tabel 11: Uitgaven aan zorg per regio in Noord-Italië, 2015

## 2.2 Sociaal-Culturele factoren

### 2.2.1 Normen en waarden in Italië

Het stereotype van een Italiaanse familie met 6 kinderen gaat allang niet meer op. Zoals eerder in dit onderzoek vermeld, neemt het geboortecijfer af en neemt de levensverwachting toe.<sup>9</sup> De familie staat wel nog altijd centraal in de sociale structuur en het biedt een stabiliserende invloed voor de familieleden. Waar vroeger het uitgebreide gezin (gezin plus ouders, ooms, tantes, neven en nichten) het belangrijkste was in Italië, is dat nu in grote mate veranderd naar het kerngezin (vader, moeder en kinderen), zoals in de rest van het noorden en westen van Europa. Over het algemeen is het in het noorden van Italië tegenwoordig het kerngezin dat samenwoont, terwijl in het zuiden vaak nog wel het uitgebreide gezin samen in één huis woont. De familie biedt zowel emotionele als financiële steun aan haar leden. De belangrijkste geloofsovertuiging in Italië is nog altijd katholiek. Hoewel het aantal kerkbezoeken relatief laag is, is de invloed van de kerk nog steeds erg groot.

Een gemiddeld Italiaans gezin bestaat tegenwoordig uit 1 of 2 kinderen (in het zuiden van Italië meer). Volgens het ISTAT is dit te wijten aan 3 oorzaken: allereerst neemt het geboortecijfer af, wat leidt tot een toename van gezinnen zonder kinderen. Daarnaast is het aantal huwelijken afgenomen en als laatst is er een toename van gezinnen met een alleenstaande ouder. Tegenwoordig is er in Italië ook sprake van het zogeheten "wedersamengestelde gezin", waarbij een van de familieleden een forens is of voor een bepaalde tijd in een ander deel van de stad

<sup>9</sup> <http://dati.istat.it/?lang=en>

woont voor werk. Dit alles lijdt ertoe dat het hele gezin en de rollen die daarbij horen geherstructureerd worden.

Een andere verandering waar Italië mee te maken heeft gehad, is de veranderde rol van de vrouw. Deze sociale revolutie heeft ervoor gezorgd dat meer vrouwen onafhankelijk zijn en zich richten op hun carrière in plaats van op een gezinsleven. Families zijn niet meer zo hiërarchisch als vroeger, en er is meer sprake van gelijkheid.

Bijkomend dient genoteerd dat de Italiaanse vrouw gemiddeld 30,8 jaar oud is bij de geboorte van haar eerste kind.<sup>10</sup>

De huidige generatie senioren verwacht dat hun kinderen de zorg over hen op zich nemen wanneer zij dat zelf niet meer kunnen, terwijl ze vrij onwelwillend tegenover het gebruik of vragen van hulp staan. De senioren zijn vaak te trots om hun onafhankelijkheid op te geven en willen niet een verzorgingsinstelling in. De man is vaak de belangrijkste beslisser binnen een familie, maar de vrouw neemt vaak de taak voor de zorg op zich. In Italië is het belangrijk om te allen tijde rekening te houden met de hele familie wanneer het gaat om het ontwikkelen van een zorgplan.<sup>11</sup>

Het plaatsen van senioren in verzorgingshuizen wordt in Italië dus echt gezien als een laatste reddingsmiddel. De band tussen kleinkinderen en grootouders in Italië is vaak erg sterk. Grootouders passen op de kinderen terwijl de ouders aan het werk zijn.

Een andere reden dat veel senioren geen gebruik maken van gezondheidsinstellingen is omdat ze maar beperkte kennis hebben van de diensten die beschikbaar zijn en niet weten hoe ze er beroep op kunnen doen. Hetzelfde geldt voor het aanbod van mogelijkheden die er zijn om de zorg thuis te vergemakkelijken.

---

<sup>10</sup> <http://www.lifeinitaly.com/culture/italian-families-then-and-now>

<sup>11</sup> <http://coasitagedcare.org.au/lifestyle-italian-australians/family/>

## 2.3 Technologische factoren

De nationale gezondheidszorgorganisatie van Italië is de Servizio Sanitario Nazionale (SSN) die actief is sinds 1978. De SSN wordt gecontroleerd door de regionale regering en wordt beheerd door het lokale gezondheidsdepartement. Voor Italianen is SSN gratis (of tegen een minimale vergoeding). Het voorziet in behandelingen en verblijven in het ziekenhuis, dit is inclusief tests, operaties en medicatie tijdens de periode van opname. Daarnaast kan men dankzij het SSN terecht bij huisdokters, gespecialiseerde medische bijstand door kinderartsen en andere specialisten, afgeprijsde medicatie, labodiensten, toestellen, ziekenwagens en gratis diensten bij het lokale gezondheidsdepartement.<sup>12</sup>

Het is wel zo dat de Italiaanse zorg de nadruk legt op behandeling en niet op preventie. Dit betekent dat zij ziektes behandelen in plaats van het bevorderen van een goede gezondheid. In eerste instantie komt dit doordat de openbare gezondheidszorg beperkte middelen ter beschikking stelt voor poliklinische patiënten, verpleegzorg en postoperatieve zorg, geriatrie, bijstand of dodelijke ziektes en psychiatrische behandelingen. In tweede instantie resulteert het gebrek aan ziekenhuisfaciliteiten tot onvoldoende behandelingen door een gebrek aan personeel en lange wachtlijsten. Dit heeft veel klachten tot gevolg en veel mensen die overstappen naar privé-zorginstellingen.

De meeste technologische ontwikkelingen binnen de gezondheidszorg hebben te maken met de steeds verdere toename van het gebruik van portable devices en elektronica. Zo zijn er tegenwoordig wearable-tracking-devices die fysieke activiteiten, slaap, voeding, enz. meten. De trend van de dag is dat iedereen steeds meer wil weten over zijn eigen fysieke gesteldheid om op die manier problemen te voorkomen en mocht het nodig zijn op tijd in te grijpen.<sup>13</sup>

Wat betreft patiëntengegevens spelen er twee zaken. Allereerst wordt alle data van patiënten tegenwoordig opgeslagen op computers, maar het is van belang dat deze data veilig opgeslagen worden. Daarnaast is het van belang wanneer een patiënt van het ene naar het andere ziekenhuis moet, bijvoorbeeld voor een specialistische ingreep, dat alle data zo veilig mogelijk met elkaar gedeeld wordt.

In de meeste Italiaanse ziekenhuizen is de farmaceutische logistiek erg verstrooid wat de efficiëntie en veiligheid van de patiënt niet ten goede komt.<sup>14</sup>

---

<sup>12</sup> <https://www.justlanded.com/nederlands/Italie/Just-Landed-Gids/Gezondheid/De-nationale-gezondheidszorg>

<sup>13</sup> <https://www.healthcatalyst.com/top-healthcare-trends-challenges>

<sup>14</sup> <http://www.italianangels.net/en/2016/02/09/startups-10-trend-to-keep-an-eye-on-in-2016/>

## 2.4 Politieke factoren

Italië is net als België lid van de Europese Unie. Omdat er sprake is van een vrijhandelsbeleid kunnen landen binnen de EU dus exporteren en importeren zonder enige vorm van protectionisme. Dit geeft Vlaamse ondernemingen de mogelijkheid om hun producten zonder enig probleem te exporteren naar Italië.

Wel is de zorg binnen Italië op een aparte manier georganiseerd, wat het lastig maakt om de sector te doorgronden. Hieronder is het zorgstelsel van Italië uitgebreid uitgelegd.

### 2.4.1 Het Italiaanse zorgstelsel

#### Organisatieniveaus

In Italië zijn er 3 verschillende organisatieniveaus binnen de zorg.

- Nationaal niveau: ministerie van Volksgezondheid, is verantwoordelijk voor het Nationale Gezondheidsplan.
- Regionaal niveau: De regio's beslissen hoe financiële middelen worden verdeeld over plaatselijke zorgunits en ziekenhuizen. Daarnaast heeft het een controlerende rol voor efficiëntie en kwaliteit van geleverde service door zowel publieke als private zorginstellingen.
- Lokaal niveau: Dit zijn ziekenhuizen van de IRCCS en privéziekenhuizen.<sup>15</sup>

Het Nationale Gezondheidsplan is dus georganiseerd onder het ministerie van Volksgezondheid (Ministero della Salute). Zij hebben de grootste verantwoordelijkheid voor het uitzetten van het nationale gezondheidsbeleid door middel van haar gezondheidsplan (PSN). Hierin staan onder anderen de minimumstandaarden voor gezondheidszorg gedefinieerd als "Basic Benefit Package" (Livelli Essenziali di Assistenza, LEA), criteria voor de toewijzing van middelen aan nationale ziekenfondsen, het tekort aan arbeidskrachten en vaardig personeel en strategieën hoe dit te verbeteren.

Het ministerie van Volksgezondheid wordt ondersteund en geadviseerd door 5 andere instellingen bij de uitvoering van het nationale gezondheidsbeleid:

1. Nationaal Gezondheidsinstituut (Istituto Superiore di Sanità): doet onderzoek, controleert, begeleidt, documenteert en biedt opleidingen aan.
2. Nationale Gezondheidsraad (Consiglio Superiore di Sanità): heeft een adviserende rol.
3. Nationaal Geneesmiddelenagentschap (Agenzia Italiana del Farmaco): beschikt over regelgevende en toezichhoudende taken met betrekking tot farmaceutische producten.
4. Veterinair Instituut (Istituti Zooprofilattici Sperimentali): is verantwoordelijk voor epidemiologische beveiliging, onderzoek, personeelstraining, laboratoriumdiagnostiek voor de controle op levensmiddelen.
5. Nationaal Agentschap voor de Regionale Gezondheidsdiensten (Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali): werkt als schakel tussen de nationale en regionale gezondheidsinstanties en heeft de verantwoordelijkheid over toezicht op en controle van uitgaven voor de gezondheidszorg en kosten van de implementatie van LEA's (Livelli Essenziali di Assistenza – essentiële zorgniveaus).

#### Rol van de regering

De centrale overheid beheert de distributie van belastinginkomsten voor de publiek gefinancierde gezondheidszorg (Servizio Sanitario Nazionale, SSN) en definieert een minimaal niveau van het

---

<sup>15</sup> [www.justlanded.com/english/Italy/Articles/Health/Italian-healthcare](http://www.justlanded.com/english/Italy/Articles/Health/Italian-healthcare)

voordelenpakket dat aangeboden moet worden aan alle inwoners in iedere regio: de hierboven vermelde LEA's.

Lokale gezondheidsinstellingen (Aziende Sanitarie Locali) leveren publieke gezondheidsdiensten, gemeenschappelijke gezondheidsdiensten en primaire zorgdiensten. Bijkomstige en specialistische zorg worden aangeboden door publieke ziekenhuizen of geaccrediteerde privé-aanbieders. Volgens het Nationaal Gezondheidsplan is primaire zorg het eerste contactmoment met de SSN. Het netwerk van primaire zorg bevordert het behoud van de gezondheid en de diagnose en behandeling van ziektes in verschillende settings. Huisartsen en kinderartsen hebben de rol van *gatekeeper* en zijn verantwoordelijk voor het doorverwijzen van patiënten naar specialisten of verdere niveaus van zorg. Huisartsen zijn zelfstandige en onafhankelijke artsen.

Ziekenhuiszorg wordt aangeboden door een netwerk van ziekenhuizen, die zowel privé als publiek kunnen zijn. Deze ziekenhuizen bieden ook ambulante zorg aan. Privéziekenhuizen zijn vergelijkbaar met alle anderen over de hele wereld. Er zijn echter ook ziekenhuizen, met name in het zuiden van Italië, die een niveau aanbieden dat lager is dan men gemiddeld in Europa zou verwachten. Hierdoor besluiten mensen een privéverzekeringsafsluiting af te sluiten die de hoge kosten van ziekenhuisopname en operaties dekt en ervoor zorgt dat ze niet op lange wachtlijsten komen te staan zoals gewoonlijk is in de meeste systemen van staatszorg.

Publieke of private zorgverzekering? Veel mensen kiezen er toch voor om een privéverzekeringsafsluiting af te sluiten. Hierdoor zijn ze vrij in het kiezen van een dokter of specialist en dus kunnen ze ook voorkomen om op maanden zo niet jarenlange wachtlijsten te komen.<sup>16</sup>

### **Wie is verzekerd?**

Het basisprincipe van het Italiaanse zorgsysteem is dat zorg een fundamenteel recht is voor iedereen. Zorg wordt dus door de SSN aangeboden aan alle inwoners en burgers van Italië, maar is ook beschikbaar voor illegale immigranten. Ook kan er gebruik gemaakt worden van complementaire en aanvullende privéverzekeringen zoals al eerder werd aangegeven.

### **Wat is verzekerd?**

#### *Diensten*

Basiszorg en zorg bij ziekenhuisopname zijn gratis.

Tarieven zijn voor ziekenhuizen en ambulante zorg regionaal vastgelegd, die wel de nationale tarieven (bepaald door de SSN) als richtlijn moeten hanteren. Regio's kunnen ervoor kiezen om ook diensten aan te bieden die niet onder de LEA vallen maar zullen deze dan wel zelf moeten financieren.

Voorgeschreven medicijnen zijn verdeeld in drie groepen, op basis van klinisch effect en kosteneffectiviteit. De eerste groep wordt compleet gedekt door de SSN, de tweede alleen in ziekenhuizen en de derde helemaal niet. Tandheelkundige zorg wordt uitsluitend vergoed voor bepaalde groepen (zoals kinderen onder de 16 jaar) en wordt veelal gewoon uit eigen zak betaald (out-of-pocket payment, OOP).

#### *Kosten delen*

Producten die op voorschrift worden aangekocht, worden door de gebruiker zelf betaald tot een door de wet bepaald maximum (momenteel € 37). Dit geldt voor ieder voorschrift. Sinds kort is er een extra bijdrage van € 10 ingevoerd als co-payment voor ieder voorschrift. Sinds 2007 is er ook een co-payment van € 25 voor het 'onterecht gebruik maken van hulpdiensten (zaken die niet-kritisch en niet-urgent zijn). Niet iedere regio heeft dit overgenomen. Publieke aanbieders en

---

<sup>16</sup> [www.allianzworldwidecare.com/en/support/view/national-healthcare-systems/healthcare-in-italy/](http://www.allianzworldwidecare.com/en/support/view/national-healthcare-systems/healthcare-in-italy/)

private aanbieders met een contractuele overeenkomst met de SSN mogen geen hogere prijs dan de door de SSN vastgestelde prijs hanteren voor hun co-payments.

### *Veiligheidsnet*

Wanneer mensen meer dan € 129 voor OOP-betalingen hebben gedaan kunnen zij dit aangeven bij hun belastingaangifte voor ongeveer een vijfde van de totale uitgaven. Er is echter geen maximum factuur voor OOP-betalingen.

### **Verantwoordelijkheid**

Lokale gezondheidsdiensten zijn verantwoordelijk voor het beschermen en promoten van publieke zorg en zijn verantwoordelijk voor het behalen van gezondheidsdoelstellingen die bepaald zijn door nationale en regionale planners. Iedere dienst beschikt over een gezondheidspromotiedivisie die de leiding heeft over hygiëne en publieke gezondheid, voeding, ziektes en beroepsongevallen.

### **Financiering**

Publieke gezondheidszorg wordt gefinancierd door nationale belastinginkomsten. Deze belastinginkomsten worden later herverdeeld over de verschillende regio's.

Privégezondheidszorg staat voor slechts 18% van de totale gezondheidszorguitgaven, allemaal OOP. Dit gebeurt hoofdzakelijk voor tandheelkunde en medicijnen die niet vergoed worden door het publieke systeem. Omdat de SSN het onmogelijk heeft gemaakt voor mensen om zich uit te schrijven uit de publieke gezondheidszorg is er dus geen sprake van vervangende verzekering. Deze privéverzekeringen worden aangeboden door zowel non-profit als commerciële bedrijven.

### **Regio's**

Naar aanleiding van de geleidelijke regionalisering van de Nationale Gezondheidsdienst hebben regio's de belangrijkste wetgevende, uitvoerende, technische en evaluerende functies verworven. De 21 regio's in Italië genieten van een grote autonomie in het toekennen van 'Basic Benefit Packages'. De regio's hebben dankzij hun gezondheidszorgafdelingen belangrijke bevoegdheden in het beheer en de organisatie van de gezondheidszorg op hun grondgebieden: in het bijzonder het vaststellen en afbakenen van de territoriale basis voor elke ATS (ASL vóór 1 januari 2016) en het toewijzen van middelen aan ziekenfondsen. Ze bepalen het niveau van co-betalingen per zorgverleninggebruiker en de tarieven voor ieder type zorgverlening; ze beoordelen, bewaken en controleren zowel publieke als private gezondheidsstructuren. Ze stellen standaarden vast voor de toewijzing aan private zorgaanbieders en sluiten contractuele overeenkomsten met hen die gezondheidszorg aan kunnen bieden op hetzelfde niveau (en prijs) als publieke spelers.

Voorgeschreven medicijnen kunnen alleen worden gekocht wanneer deze zijn voorgeschreven door een dokter. Als dit de familiedokter betreft, worden de medicijnen vaak gesubsidieerd en is er alleen een co-betaling nodig die afhangt van het medicijn en het inkomen van de patiënt. Een co-betaling is een kleine bijdrage, om te voorkomen dat mensen onnodige zorg vragen. Over-the-counter-medicijnen (OTC) daarentegen worden door de gebruiker compleet uit eigen zak betaald. Beide types medicijnen zijn uitsluitend verkrijgbaar in daarvoor gespecialiseerde apotheken (farmacia).

In principe telt de gezondheidszorg in Italië 4 spelers:

- 1) producent (farmaceutische bedrijven),
- 2) inkopers (groothandelaren/bewaarders),
- 3) aanbieders (zorginstellingen en apotheken) en
- 4) de patiënt.

De producent ontwikkelt geneesmiddelen, medische apparaten, implantaten en medische/operatieve hulpmiddelen. De inkopers daarentegen bestaan uit twee spelers. Het verschil



is dat een groothandelaar de producten aankoopt en daarbij ook het risico op zich neemt. Een bewaarder daarentegen werkt op basis van een vergoeding-voor-service, waarbij de tijdelijke opslag van producten de aangeboden dienst is.

De aanbieders van medische diensten kunnen van groothandelaars kopen maar ook direct van de producent. Met name apotheken kunnen farmaceutica aankopen om deze vervolgens door te verkopen aan patiënten.

Voor privéziekenhuizen bestaan er geen aanbestedingen, noch op Europees noch op nationaal of regionaal niveau. Een privéziekenhuis hoeft geen Europese richtlijnen of transparante programma's te volgen. De leveringsprocedure volgt het klassieke b2b-proces: een leverancier stelt zijn producten voor aan het ziekenhuis, dat wel of niet geïnteresseerd kan zijn.

## 2.4.2 Openbare aanbestedingen

### Wetsveranderingen

In het verleden werden niet-Italiaanse ondernemers vrijwel uitgesloten van deelname aan de gezondheidszorg. Ondoorzichtige procedures, de hoge mate van specialisatie en de complexe materie zorgt ervoor dat in de Italiaanse zorgsector slechts 2,48% van het werk wordt uitbesteed aan buitenlandse ondernemers.

Het Italiaanse aanbestedingsrecht was duidelijk toe aan verbetering en mede doordat de Europese wetgever druk uitoefende werd Italië uiteindelijk gedwongen om haar aanbestedingswet te wijzigen. Deze is sinds april 2016 in werking. De nieuwe wet tracht te bewerkstelligen (a) vereenvoudiging en (b) transparantie van de aanbestedingsprocedures, (c) verhoogde kwaliteit van de openbare werken en (d) vermindering van de corruptie.

Hierdoor is sinds april 2016 in de EU het "Standaardformulier voor het Uniform Europees Aanbestedingsdocument" (UEA) verplicht bij alle aan te besteden werken. Dit is voor buitenlandse ondernemingen van belang aangezien deelname aan de Italiaanse markt zonder enige vorm van vestiging in Italië vrijwel onmogelijk is anders. Dit komt mede door de complexe procedures die lange lijsten van voor te leggen documenten en certificaten vereisen, samen met de weinig tolerante houding van gunnende instanties naar buitenlandse ondernemers toe. De hoop is dat door deze wetsverandering de Italiaanse markt toegankelijker wordt voor buitenlandse ondernemers en dat het hebben van een Italiaanse nevenvestiging, een zelfstandige Italiaanse dochteronderneming of een deelname in een Italiaanse joint venture met een lokale partner niet meer noodzakelijk is.

### Aankoopcentrales in Italië

De Italiaanse aankoopcentrale voor de openbare diensten heet CONSIP (Concessionaria Servizi Informativi Pubblici). De Italiaanse openbare diensten zijn wettelijk verplicht om CONSIP te raadplegen voor aanbestedingen onder de communautaire drempelwaarden. Openbare diensten en leveranciers die aan de aanbestedingen willen deelnemen, kunnen zich op het onlineplatform van CONSIP inschrijven. Het onlineplatform beschikt over een overzicht in het Engels, maar de inschrijvingsprocedure en alle volgende stappen zijn in het Italiaans.

Indien een bepaald product niet beschikbaar is op het e-procurementplatform van CONSIP, moeten de openbare diensten zich tot de regionale aankoopcentrales richten. Iedere regio in Italië beschikt over eigen aankoopcentrales voor de openbare sector. De contactgegevens van de 9 Noord-Italiaanse centrales kan het FIT-kantoor te Milaan u bezorgen.

---

### 3. Hoe ziet de structuur van de zorginstelling eruit?

---

De zorginstellingen waar senioren terecht kunnen zijn onder te verdelen in ziekenhuizen en verzorgingshuizen, zowel publiek als privé. Tenslotte kan er voor gekozen worden om of bij de kinderen in huis te gaan wonen of om zelfstandig thuis te blijven wonen.

#### Ziekenhuizen

In de ziekenhuizen kan men alleen langdurig wonen in het geval van ernstige ziekte. Ziekenhuizen beschikken over vaste inkoopstructuren voor het aankopen van hun producten. Ook zijn er ziekenhuizen die samen inkopen. Dit gebeurt omdat er dan gebruik gemaakt kan worden van schaalvoordelen en men meer kan krijgen voor minder geld. Omdat er gebruik wordt gemaakt van inkoopcombinaties en er al sprake is van vaste inkoopbronnen is het erg moeilijk om hier als (nieuwe) buitenlandse ondernemer tussen te komen. Deze dienen allen apart gecontacteerd te worden, daar ze niet gegroepeerd zijn.

#### Verzorgingshuizen

Verzorgingshuizen voor senioren zijn er in twee vormen:

- 1) Verzorgingshuizen die zelfstandig te werk gaan.
- 2) Verzorgingshuizen die deel uitmaken van een concern; hier is dus sprake van een moederbedrijf en dochterbedrijven.

Voor deze studie zijn interviews afgenomen met personen uit het management van verschillende verzorgingshuizen, om zodoende een inzicht te krijgen in het beslissingsmodel voor het aankoopproces. Drie van deze personen zijn Loredana Foglia (RSA Mater Sapientiae - Responsabile di Struttura), Dott. Salvatore Corea (RSA San Giuseppe - Direttore Operativo) en Antonio Troisi (Centro Girola – Responsabile Presidio).

Wat uit deze interviews is gebleken, is dat een verzorgingshuis altijd een vorm van autonomie heeft en zelf beslissingen kan nemen, of het nu zelfstandig te werk gaat of onderdeel is van een concern. Loredana Foglia is de verantwoordelijke van RSA Mater Sapientiae, dat valt onder de Edos-groep. Edos beschikt in totaal over 16 verzorgingshuizen in Noord-Italië (7 in Milaan) en bepaalt de jaarlijkse budgetten per verzorgingstehuis gebaseerd op het resultaat van het voorafgaande jaar: hoe beter, hoe hoger het nieuwe budget.

Mevrouw Foglia heeft uitgelegd hoe het proces van aankoop eruitziet binnen RSA Mater Sapientiae. Voor uitgaven beneden een bepaalde hoeveelheid beschikt het verzorgingshuis over de autonomie om zelf een aanbieder te vinden en tot aankoop over te gaan. Er is de beschikking over een 'lista fornitori', ofwel een lijst met leveranciers, gebaseerd op product en gerangschikt op basis van prijs en kwaliteit. De keuze valt meestal op een leverancier die midden in deze lijst staat omdat er gezocht wordt naar een 'faire' prijs/kwaliteitverhouding. Wanneer er goedkoop wordt ingekocht is de kwaliteit vaak niet goed genoeg en moet er opnieuw geïnvesteerd worden, wat hogere kosten met zich meebrengt. Aan de andere kant betekent het niet dat de duurste producten van de beste kwaliteit zijn, maar eerder over extra ongevraagde of irrelevante eigenschappen beschikken.

Meneer Troisi, verantwoordelijke van het verzorgingshuis Centro Girola, gaf precies hetzelfde aan als mevrouw Foglia. Centro Girola is onderdeel van Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus. Don Carlo Gnocchi beschikt over meer dan 50 verzorgingshuizen in Italië en heeft een jaarlijks budget voor ieder verzorgingshuis. Onder een bepaald bedrag mag het verzorgingshuis zelf aankopen doen. Wanneer de kosten een bepaald bedrag overstijgen moet het via Don Carlo Gnocchi, zodat een groot volume aan producten ingekocht kan worden waarmee schaalvoordelen gerealiseerd kunnen worden.

Dott. Salvatore Corea is de directeur van RSA Casa San Giuseppe. Dit verzorgingshuis is geen onderdeel van een concern maar werkt wel samen met andere verzorgingshuizen op het gebied van inkoop, verzorgingshuizen die vallen onder de "Associazione Monte Tabor". Net als RSA Mater Sapientiae en Centro Girola werkt RSA San Giuseppe met een jaarlijks budget en is er de beschikking over een lijst van leveranciers, waarbij de prijs/kwaliteitverhouding het belangrijkste is.

Bij RSA Casa San Giuseppe en RSA Mater Sapientiae is aangegeven dat op deze lijsten ook buitenlandse leveranciers staan en dat leveranciers van producten uit de zorgsector uit West-Europa over een sterke prijs/kwaliteitverhouding beschikken. Het land van herkomst van de producten is voor de verzorgingshuizen niet van belang, maar waar wel rekening mee gehouden moet worden is de urgentie van de producten. Wanneer een verzorgingshuis de volgende dag een nieuw product nodig heeft dan wordt er bij een Italiaanse of een buitenlandse leverancier met een zetel in Italië aangekocht, zodat de levering snel kan plaatsvinden. Wanneer er geen sprake is van urgentie worden producten ook vanuit het buitenland aangekocht. Het hebben van een zetel in Italië is dus niet noodzakelijk, maar wel aan te raden. Het hebben van een Italiaanse zetel is samen met het werken met agenten een belangrijke manier om snel voor naamsbekendheid te zorgen binnen de markt en op de lijsten van inkopers te komen. Verzorgingshuizen beschikken namelijk ook over contactinformatie van agenten die zij kunnen benaderen wanneer er behoefte is aan informatie of producten. De keuze valt ook in het geval van agenten vaak op aanbieders die een 'faire' prijs hanteren voor de kwaliteit van hun producten.

De verantwoordelijke van Centro Girola, meneer Troisi, heeft aangegeven dat er momenteel alleen aangekocht wordt bij Italiaanse leveranciers omdat de kwaliteit van Italiaanse leveranciers uitstekend is. Ondanks het feit dat hij onbekend is met West-Europese producten voor de zorg had hij wel een verwachting van West-Europese producten. Doordat het in de cultuur zit om respectvol met personen, regels en structuur om te gaan en omdat alles over het algemeen goed geregeld is in West-Europa, denkt hij dat dit ook het geval zal zijn voor belangrijke producten zoals die voor de zorgsector. Zijn enige twijfel betrof de prijs, waarvan hij denkt dat die iets hoger zal zijn dan deze van Italiaanse leveranciers. Vanwege de crisis hebben Italiaanse ondernemingen volgens meneer Troisi de behoefte om minder uit te geven voor een goede kwaliteit.

Binnen deze verzorgingshuizen zijn er bepaalde personen die veel invloed hebben. Op het gebied van mobiliteitsproducten bijvoorbeeld zijn de meningen van fysiotherapeuten en de dokter het belangrijkste. Zij zorgen ervoor dat de senioren (gebruiker) de juiste producten ter beschikking hebben zonder dat zij hier om hoeven te vragen.

Wanneer er producten nodig zijn voor de mobiliteit zullen de fysiotherapeuten samen met de dokter en directeur overleggen en via de lijst van leveranciers tot aankoop overgaan. De directeur heeft hierin het laatste en beslissende woord maar de fysiotherapeut en dokter hebben dus een grote rol als beïnvloeders op de directeur, die als verantwoordelijke de rol van beslisser en koper heeft.

### **Zelfstandige vijfenzestigplussers**

In Italië willen veel senioren zelfstandig thuis of bij hun kinderen blijven wonen. Deze zijn dus niet afhankelijk van een instelling die zorgt voor de specialistische producten die zij nodig hebben. Zij doen hun aankopen zelf, uit eigen portemonnee en worden bij het aankoopproces eventueel geholpen door hun kinderen. De vraag is hoe je deze senioren het best kunt benaderen. Deze vorm van marketing wordt ook wel "seniorenmarketing" genoemd. Om binnen deze markt succesvol te zijn moet niet gedacht worden dat dit maar 1 doelgroep is. Iemand die 65 is en vol leven zit dient namelijk totaal anders benaderd te worden dan iemand die 90 jaar is en heel de dag thuis zit. De senioren zijn onder te verdelen in drie verschillende doelgroepen: 1) jonge senioren, 2) bewuste levensgenieters en 3) oude senioren.<sup>17</sup>

---

<sup>17</sup> <https://seniormarketingprofessional.wordpress.com/>

De oude senioren zijn het meest interessant omdat dit de doelgroep is die behoefte heeft aan extra zorgverlening.

Deze groepen mensen komen op verschillende manieren in contact met aanbieders. Allereerst zijn er de kinderen die ze ergens op attent kunnen maken, of gewoon zelf de beslissing nemen iets aan te kopen voor hun ouders. Daarnaast is er de mogelijkheid om via de huisarts informatie in te winnen en eventueel doorverwezen te worden naar de instelling waar bepaalde producten gekocht kunnen worden.

Andere manieren waarop senioren in contact kunnen komen met advertenties voor producten die zij wellicht nodig hebben zijn er ook. Wel is het van belang om te onthouden dat er een aantal belangrijke factoren zijn waar rekening mee moet worden gehouden wanneer een doelgroep zoals deze benaderd wordt. Zo hebben senioren een slechter zicht dan gemiddeld wat het belangrijk maakt dat de boodschap goed duidelijk en leesbaar is, net als de contactgegevens voor wanneer zij meer informatie wensen. Ook is hun gehoor vaak slechter waardoor de boodschap duidelijk en begrijpelijk verteld zal moeten worden.

Allereerst kan dit door middel van het adverteren/flyeren in de wachtruimtes van ziekenhuizen, huisartsen, tandartsen en al de gespecialiseerde zorginstellingen waar senioren terecht kunnen.

Naast het bezoeken van zorginstellingen worden senioren ook wel wereldkampioen televisie kijken genoemd. Op deze manier kan via reclamespots op tv en radio, mits de goede zender gebruikt wordt, de doelgroep direct benaderd worden. De kosten hiervoor zijn niet meer zoals vroeger en voor een klein bedrag kan er al een spot uitgezonden worden. Senioren lezen voor hun plezier natuurlijk ook nog in grote hoeveelheden de (regionale) kranten, magazines en reclamefolders.

Een misschien minder voor de hand liggend kanaal is het internet. Senioren zijn tegenwoordig ook steeds meer te vinden op internet. Ruim 1 op de 5 van de 60+'ers in Italië is zelfs "heel erg" actief op het internet en koopt ongeveer 4 maal per half jaar iets online. Een doorslaggevende factor bij het wel of niet aanschaffen via internet is de klantvriendelijkheid. De senioren in Italië nemen voor het aanschaffen van een product graag eerst telefonisch contact op met de onderneming (Papa, 2016) Het aankopen via internet onder senioren wordt dus steeds populairder maar een belangrijke factor is de mogelijkheid om met een echt persoon te praten tijdens het aankopen. Verder is het van belang om een duidelijk beeld te creëren van het bedrijf en duidelijk aan te geven waar het gevestigd is, op deze manier kan het vertrouwen van de Italiaanse senioren gewonnen worden.

Misschien is het één van de minst voor de hand liggende mogelijkheden, maar senioren zijn de snelst groeiende groep gebruikers van social media. Via Facebook kan bijvoorbeeld heel specifiek de focus van een advertentie gericht worden op kenmerken die belangrijk zijn, zoals leeftijd of relatiestatus. Dit maakt het makkelijk om de juiste doelgroep te bereiken. Omdat er nog niet veel bedrijven zijn die zich via social media richten tot de oudere doelgroepen, vallen de bedrijven die dit wel doen dus erg snel op. Het is van belang dat er naast het adverteren ook een eigen pagina beschikbaar is, waarop de belangrijkste bedrijfsinformatie te vinden is en die eens in de zoveel tijd geüpdatet wordt met belangrijke informatie.

Verder moet er gedacht worden in de term "service" en niet in de term "zorg". Niemand vindt het namelijk fijn om gezien te worden als hulpbehoevend, men wilt gewoon service en gemak. Denk sámen met de doelgroep, in plaats van vóór hen.<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> <http://www.mt.nl/management/dos-en-donts-op-de-seniorenmarkt/63638>

---

## 4. Conclusie

---

De grootste ontwikkelingen binnen de zorgsector hebben te maken met portable devices en elektronica. Zo zijn er apparaten die alles kunnen meten en wegen wat er met het menselijk lichaam gebeurt. Ook op het gebied van patiëntendata en het bijhouden van productaantallen spelen elektronica een steeds belangrijkere rol, aangezien dit de efficiëntie ten goede komt en dus niet alleen kostenbesparing maar ook een verbetering van de kwaliteit van de zorgverlening tot gevolg kan hebben.

Met zekerheid kan er dus gesteld worden dat de markt voor producten voor de ouderengezondheidszorg in Noord-Italië groeiende is en genoeg kansen biedt voor nieuwe producten en nieuwe spelers. Belangrijk is om naambekendheid te creëren onder de doelgroep en dit gebeurt het snelst wanneer er een Italiaanse zetel wordt opgericht en gewerkt wordt met agenten.

---

## 5. Meer weten?

---

Is uw interesse gewekt? Wil u deze markt diepgaander verkennen?

Neem contact op met ons [kantoor in Milaan](#)

### Disclaimer

---

De informatie die u in deze publicatie vindt is bedoeld als achtergrondinformatie die u moet in staat stellen een beeld te vormen met betrekking tot de hierin behandelde materie. Zij is met de grootste zorg verzameld op basis van de beschikbare data en documentatie op het ogenblik van de publicatie. Deze publicatie heeft bijgevolg niet de ambitie van volledigheid of geldigheid voor uw specifieke situatie. Zij kan bijgevolg nooit beschouwd worden als een juridisch, financieel of ander gespecialiseerd advies. Flanders Investment & Trade (FIT) kan in die zin nooit verantwoordelijk gesteld worden voor gebeurlijke foutieve vermeldingen, weglatingen of onvolledigheden in deze publicatie. FIT kan evenmin verantwoordelijk worden gesteld voor het gebruik of de interpretatie van de informatie in deze publicatie. De verwijzingen in deze publicatie naar bepaalde entiteiten, bedrijven en/of personen houden geen bijzondere aanbevelingen in die voor Flanders Investment & Trade enige verantwoordelijkheid zou kunnen teweegbrengen.