

Algemeen medische informatie

Nederlandse volksgezondheid in de toekomst II

In de vorige aflevering (Ned Tijdschr Tandheelkd 1997; 104: 487-488) kwamen enkele invalshoeken van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 aan de orde (RIVM, 1997a). Nu wordt ingegaan op een paar andere aspecten en op de aanbevelingen die de samenstellers formuleerden voor de bewindsvrouw en de beleidsmakers.

Kosten van gezondheidszorg

De laatste jaren geven we via belastingen, (sociale) verzekeringen en particuliere uitgaven in totaal zo'n 60 miljard per jaar uit aan gezondheidszorg (RIVM, 1997b). Dat is bijna vierduizend gulden per inwoner, maar de diverse leeftijdsgroepen consumeren in verschillende mate. Uiteraard consumeert de grotere medische problematiek van de oudere mens, vermenigvuldigd met de steeds grotere fractie ouderen in de samenleving (straks oplopend tot $\pm 18\%$), een groot deel van die 60 miljard gulden, namelijk drie-zevende (42%) voor 65-plussers in 1994. Omdat de vergrijzing nog immer toeneemt, zal alleen al op demografische gronden het budget voor de gezondheidszorg sterker moeten stijgen dan tot nu toe is voorzien in het meest recente regeerakkoord (van 1994). Bovendien zijn er andere factoren, deels niet te voorzien, die invloed uitoefenen. Daarbij hoort de bevolkingsgroei maar ook nieuwe diagnostische mogelijkheden en medische interventies.

De beargumenteerde jaarlijkse stijging van ruim 2% is vergeleken met de 1,3% in het laatste regeerakkoord een forse stijging, zeker wanneer die jaar na jaar zal doorwerken. Hoeveel miljarden zullen de 'gezondheids'kosten in de eerste decennia van de komende eeuw bedragen? Geïndexeerd naar 1994 zal de 60 miljard van toen in 2015 zijn toegenomen tot ruim 90 miljard als laagste schatting. Het middenscenario komt uit op ruim 130 miljard en de hoogste schatting is, schrik niet, ruim 160 miljard. Zo'n vaart zal het wel niet lopen maar duidelijk is dat harde feiten over bevolkingstoename (gering) gekoppeld aan vergrijzing (fors) reeds een onafwendbaar grotere kostenstijging impliceren dan optimistische financiële planners voor mogelijk hielden. Dit vormt een extra reden om met belangstelling uit te zien naar de resultaten van het grondige onderzoek dat momenteel door de Gezondheidsraad in samenwerking met de Ziekenfondsraad gedaan wordt naar de ruim honderd meest voorkomende ingrepen. Die worden tegen het licht gehouden en beoordeeld op doelmatigheid en doeltreffendheid. Eventueel zouden de uitkomsten relevant kunnen zijn voor kostenbeheersing, die beter kan berusten op een genuanceerd oordeel dan op bezuinigingsdrift.

Dentaal en mentaal

Het is uiteraard interessant te weten hoe groot het aandeel van de tandheelkunde is in het totale gezondheidsbudget. Dat bedroeg met 2,4 miljard in 1994 ongeveer 4% van het totale budget. Eén vierde ervan viel te benoemen als preventie. Alleen al op basis van demografie zal dit in 2015 met 15% toegenomen zijn tot 2,8 miljard in huidige gulden. Tegenover de 4% van de dentale kosten staat maar liefst ruim 23% van het budget voor mentale kosten: het bedrag voor geestelijke volksgezondheid (intra- en extramuraal) bedraagt bijna 14 miljard gulden. Desondanks is er nog veel

ongelengde psychische nood zoals ieder constateren kan bij een wandeling door het centrum van één van de grote steden. Het is een grote uitdaging om methoden te vinden om meer preventief en profylactisch het ontstaan van psychische problemen te benaderen. Half december jongstleden berichtte het Trimbos-instituut dat maar liefst één op de vier Nederlanders kampt met psychische problemen (Bijl *et al*, 1997a; Bijl *et al*, 1997b).

Andere kosten in de gezondheidszorg (dus afgezien van de kosten van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid) zijn de volgende. Aandoeningen op het gebied van hart- en vaatstelsel: 11%, spijsverteringsstelsel: 8%, bewegingsstelsel/bindweefsel: 6%, neurologisch 5%, nieuwvormingen: 4%. De rekensom: kosten per geval maal het aantal gevallen, levert voor sommige aandoeningen een hoog jaarlijks bedrag op. Zo kosten dementie en verstandelijke handicaps elk meer dan 3 miljard gulden. In de categorie 1-3 miljard vinden we coronaire hartziekten, beroerte en gebitsafwijkingen. In de categorie die minder dan 0,1 miljard per jaar vergt, zien we onder andere HIV-infectie/AIDS, hersenvliesontsteking en maagkanker.

Interessant zijn ook de kosten per gewonnen levensjaar door preventieve en zorg-interventies. Bevolkingsonderzoek naar borstkanker kost ongeveer achtduizend gulden per gewonnen levensjaar, screening (zwangerschap) op syfilis en hepatitis B respectievelijk 18.000 en 8.000. Bij transplantaties scoort de long meer dan 100.000 gulden per gewonnen levensjaar en hart en lever tussen de 50.000 en 100.000 gulden. Dat laatste bedrag geldt ook voor hemodialyse annex transplantatie bij terminale nierinsufficiëntie.

Risicofactoren

Interessant is ook de bijdrage van de bekende risicofactoren aan de sterfte door zeven verschillende doodsoorzaken. Roken kan verantwoordelijk worden gesteld voor 20.000 à 25.000 van de 134.000 doden jaarlijks; longkanker scoort daarbij het hoogste, op korte afstand gevolgd door coronaire hartziekten en beroerte. Uiteraard wordt de levensverwachting niet bij alle slachtoffers met tientallen jaren bekort. Maar het aantal verloren levensjaren door longkanker als gevolg van roken komt al op zo'n 100.000, ofwel gemiddeld ruim tien jaar per slachtoffer. Tweede geduchte risicofactor is hoge (systolische) bloeddruk die resulteert in tussen de 15.000 en 20.000 doden, vooral door coronaire hartziekten maar ook door beroerte. De derde risicofactor in kwantiteit is lichamelijke inactiviteit die omgerekend resulteert in zo'n 8000 doden, vooral door, wederom, coronaire hartziekten, maar ook enigszins via coloncarcinoom en suikerziekte. Voorts veroorzaken een laag HDL-cholesterol (het 'goede' cholesterol) plus een hoog totaal cholesterol tezamen tussen de 10.000 en 15.000 sterfgevallen, puur door coronaire hartziekten.

Het is intussen gelukkig algemeen bekend dat voeding met veel verzadigde (dierlijke) vetten leidt tot hoge spiegels voor LDL-cholesterol (het 'slechte' cholesterol) en eventueel ook overgewicht, met bovenstaande gevolgen. Minder bekend is dat voeding met weinig fruit een relatie vertoont met een hogere kans op longkanker. Uiteraard betekenen de verschillende doodsoorzaken niet dezelfde last in verloren levensjaren. Immers, niet alleen hun frequentie maar ook de leeftijd waarop zij optreden, speelt

daarbij een rol. Ziekten van het hart-vaatstelsel zijn goed voor ruim een half miljoen verloren jaren en nieuwvormingen eveneens (ruim één vijfde door longkanker). Infectieziekten staan voor meer dan 30.000 verloren jaren; AIDS eiste daarbij de helft op (1994).

Hoe gaan deze cijfers er uit zien tegen 2015? Vermoedelijk blijft de daling in coronaire hartziekten doorzetten; de daling van het roken onder de oudere bevolking is daar niet vreemd aan, evenals het meer bewegen en gezonder eten; deze tendensen zullen vermoedelijk doorzetten. Daarentegen zullen andere hart-aandoeningen zoals ritmestoornissen met de vergrijzing toenemen. De epidemie van sigaretten-roken onder jongeren zal onafwendbaar leiden tot een epidemie van longkanker over enkele decennia, tenzij al deze jongeren rond hun dertigste plots stoppen. Reeds nu neemt de levensverwachting van vrouwen niet meer zo toe als bij mannen omdat longkanker steeds meer vrouwenlevens opeist. De preventie en de momenteel hoopgevende behandeling van HIV-infecties zal vermoedelijk leiden tot gestaag dalende sterftcijfers door AIDS.

Beleids-aanbevelingen

De hieronder noodzakelijkerwijs beknopt weergegeven aanbevelingen van VTV-'97 zullen soms overkomen als de bekende open deur. Maar bedenk dat hier geen sprake is van ongefundeerde vrijblijvende meningen. Voor het eerst is er in ons land een degelijke kwantitatieve onderbouwing van het beeld dat we kunnen vormen van het complexe begrip 'volksgezondheid'. Tot nu toe was het geen van de vele actoren op dat gebied mogelijk om volledig de talrijke invloeden op hun relatieve waarde te schatten en de interacties te onderkennen. Nu kan iedereen in een paar weken een inzicht verwerven dat een paar decennia geleden niemand gegeven was. Dit is niet alleen relevant voor beleidsmakers. In feite zou 'de som der delen' van VTV-'97 verplichte stof moeten zijn op alle medische faculteiten. De beleidsaanbevelingen zijn de volgende:

1 *Planning*. Reken op een groei van de zorgbehoefte met ruim 2% per jaar. Ondersteun de noodzakelijke verschuiving van 'cure' naar 'care' onder andere vanwege de chronische ziekten van de oude dag. Onderken dat de informele zorg ook te maken krijgt met groeiende vraag, zodat overheveling van geïnstitutionaliseerde zorg naar bijvoorbeeld zelf- en mantelzorg niet gemakkelijk te realiseren is. Wachtlijsten zijn niet eenvoudig te hanteren als meet- en als planningsinstrument voor de zorg. Coördineer met andere beleidsterreinen: demografische verschuivingen en de bijbehorende gezondheidsaspecten impliceren ook effecten op bijvoorbeeld premiedruk en behoefte aan aangepaste woonvormen.

2 *Preventie*. De reeds behaalde winst moet niet leiden tot veronachtzaming van de voorzieningen die ertoe geleid hebben; deze moeten vrijwel steeds in stand gehouden worden. Integreer de preventie: doelgericht en gecoördineerd. Formuleer een duidelijke strategie, binnen het raam van wet- en regelgeving. Net zoals bij curatie dient bij preventie doeltreffendheid en doelmatigheid geëvalueerd te worden; kosten-baten-afwegingen dienen breed te zijn en ook andere interventies dan preventieve (zoals curatie) erbij te betrekken. Creëer een betere rolverdeling tussen centrale overheid en andere actoren. Net als bij het planningsbeleid moet een facetbeleid met andere ministeries en met overige actoren tot stand komen.

3 *Zorg*. Bevorder diffusie van kennis inzake aspecten van zorg en de doelmatigheid van interventies. Ga door met formulering en implementering van richtlijnen en standaarden. Evalueer de

zorginterventies regelmatig en stel de richtlijnen en standaarden overeenkomstig de bevindingen bij. Creëer onder de zorgverleners een draagvlak voor kwaliteitsverbetering.

4 *Doelgroepen* (bij het trachten te verminderen van bestaande gezondheidsverschillen). Stimuleer preventie en zorg, vooral voor marginale en moeilijk bereikbare groepen. Hou de zorg voor hen betaalbaar en differentieer naar culturele verschillen. Bevorder betere leefomstandigheden en sociale participatie en cohesie. Coördineer met andere ministeries, want uiteraard zijn tal van aspecten intersectoraal. Focus vooral op drie A's: allochtonen, alleenstaanden en armen.

5 *Monitoring en onderzoek*. De Nederlandse gegevens inzake volksgezondheid vormen een lappendeken. Afstemming en samenhang van de bronnen moeten beter. De verandering in kengetallen moet beter door afstemming en aanvulling van bestaande registratiesystemen. Kennis over aspecten van zorg- en preventieve interventies schiet tekort; (inter)nationaal onderzoek dient bevorderd. De zorgregistraties zijn onvoldoende bruikbaar voor beoordeling van doeltreffendheid en kwaliteit. Geef meer aandacht aan advisering omtrent levensstijl, vooral in het licht van de toename van het aantal chronisch zieken. De determinanten van chronische ziekten zijn nog te weinig bekend. Blijf gezondheidsverschillen registreren, zoek naar oorzaken en mogelijke interventies; leg de etniciteit vast.

Dit vijfde en laatste punt is de VTV-ers uit het hart gegrepen. Bij het samenstellen van hun document hadden zij te kampen met grote problemen. Want Nederland vormt geen uitzondering onder de ogenschijnlijk uitputtend in kaart gebrachte 'Westerse democratieën': wie doelgericht toegespitste (gezondheids)gegevens zoekt, komt vaak van een koude kermis thuis.

Het zal duidelijk zijn dat er heel wat struikelblokken zijn om de verschillende aanbevelingen om te zetten in beleid; die belemmeringen zijn van politieke, financiële en soms van psychische aard. De opstellers van het rapport, maar ook de lezers na verloop van tijd, kijken met veel inzicht naar het ingewikkelde kluwen van determinanten en indicatoren van ziekte en gezondheid en naar de complexe machinerie van de 'gezondheidsindustrie' waarin momenteel één op de tien werknemers te vinden is. Vanuit die positie lijken veel dingen rationeler of beter te kunnen en signaleert men dure en soms zelfs obstruerende versnippering. Maar noodzakelijkerwijs is dit een soort 'top down'-visie. De gezondheidszorg is in zo'n honderd jaar vanuit de basis opgebouwd en vertoont nog alle sporen van dat historische proces. We zullen waarschijnlijk heel wat kabinetten verder zijn voordat veel van de voorgestelde verbetering en stroomlijning heeft plaatsgevonden

Dr. P. Bol, arts-epidemioloog

Literatuur

- RIVM. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen (Ruwaard D, Kramers PGN, red.). Utrecht: Elsevier/ De Tijdstroom, 1997a.
- RIVM. Volksgezondheid Toekomst verkenning 1997. Zorgbehoefte en zorggebruik (Post D, Stokx LJ, red.). Utrecht: Elsevier/ De Tijdstroom, 1997b.
- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A, Rijk C de, Langendoen Y. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: Het NEMESIS-onderzoek I. Doelstellingen, opzet en methoden. Ned Tijdschr Geneesk 1997a; 141(50): 2448-2452.
- Bijl RV, Zessen G van, Ravelli A. Psychiatrische morbiditeit onder volwassenen in Nederland: Het NEMESIS-onderzoek II. Prevalentie van psychiatrische stoornissen. Ned Tijdschr Geneesk 1997; 141(50): 2453-2460.