

Risicosolidariteit en zorgkosten

G.J. Kommer
L.C.J. Slobbe
J.J. Polder

rivm

Rijksinstituut
voor **Volksgezondheid**
en **Milieu**

Achtergrondstudie uitgebracht bij het RVZ-signalement Houdbare
solidariteit in de gezondheidszorg

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87
E-mail mail@rvz.net

Colofon

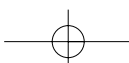
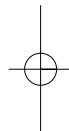
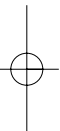
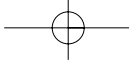
Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Quantes, Rijswijk
Uitgave: 2005
ISBN 90-5732-1513

U kunt deze publicatie bestellen of downloaden via de website van de RVZ (www.rvz.net) of telefonisch bij de RVZ (079 3687 311) onder vermelding van publicatienummer Sig 05/03.

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
	Inleiding	7
1	Solidariteit in de zorgkosten	9
2	Solidariteit en kosten van ziekten	11
3	Solidariteit en leeftijd	22
4	Solidariteit en levensloop	32
5	Solidariteit in het buitenland	36
	Literatuur	38
	Overzicht publicaties RVZ	40



Samenvatting

In de gezondheidszorg gaat het bij solidariteit onder andere over de verdeling van de zorgkosten

Wie weinig zorg gebruikt, betaalt in Nederland mee aan de kosten van mensen die veel zorg nodig hebben. Aan deze solidariteit zijn veel aspecten verbonden, variërend van ongezond gedrag en de kans om ziek te worden, tot de manier van premieheffing in de zorgverzekering en de bereidheid van mensen om solidair te zijn met anderen. In deze achtergrondstudie wordt één aspect belicht: hoe zijn de zorgkosten verdeeld en neemt de ongelijkheid in de toekomst toe of af?

Voor de inwoners van Nederland is deze verdeling zeer ongelijk

Nederlanders maken in sterk uiteenlopende mate gebruik van de gezondheidszorg. Globaal geldt dat 30% van de zorgkosten wordt besteed aan 1% van de bevolking, terwijl 70% van het budget wordt uitgegeven aan de duurste 10% van de bevolking.

Dit heeft te maken met de verdeling van de zorgkosten over ziektegroepen, ...

In Nederland wordt ruim 12% van alle zorgkosten uitgegeven aan de twee duurste ziektegroepen: dementie en verstandelijke handicaps.

De financiering verloopt via de AWBZ die als volksverzekering grote solidariteitsoverdrachten tot stand brengt.

De andere aandoeningen uit de top-20 van duurste ziekten vertegenwoordigen met elkaar 30% van de totale zorgkosten, en worden grotendeels bekostigd door ziekenfondsen en particuliere verzekeringen.

Sommige aandoeningen hebben hoge kosten omdat veel mensen een klein beetje zorg gebruiken, zoals bij gebitsafwijkingen, andere zijn duur vanwege een kleinere patiëntengroep met hoge kosten per ziektegeval zoals bij beroerte. Uit het oogpunt van solidariteit is vooral de laatste groep van belang. De top-20 daarvan heeft een aandeel van ruim 20% in de totale zorgkosten, en wordt voor driekwart gefinancierd door de AWBZ en voor het resterende deel door ziekenfondsen en particuliere verzekeringen.

... leeftijdsgroepen en levensloop

Ouderen gebruiken veel meer zorg dan jongeren. De zorgkosten per 65-plusser zijn gemiddeld vijf maal zo hoog als die van mensen jonger dan 65 jaar. Voor een deel heeft dit te maken met de zorg in het laatste levensjaar. De zorgkosten in het laatste levensjaar zijn ruim 10 keer zo hoog als in de andere levensjaren, maar dalen naarmate mensen op oudere leeftijd overlijden. Omdat iedereen een keer zal overlijden zijn de kostenverschillen kleiner wanneer deze niet over een kalenderjaar maar over de levensloop worden berekend. Maar ook dan blijft de verdeling van de zorgkosten nog erg ongelijk.

Door de vergrijzing en andere ontwikkelingen nemen de verschillen in zorgkosten toe

De Nederlandse bevolking vergrijst. Omdat de zorgkosten toenemen met de leeftijd zal het aandeel van 65-plussers in de zorgkosten sneller toenemen dan het aandeel in de bevolking. Dit wordt versterkt door epidemiologische trends, die laten zien dat ziekten als depressie, beroerte, coronaire hartziekten en aandoeningen van de luchtwegen vaker voorkomen. Verder zijn er aanwijzingen dat door de voortschrijdende medische technologie het zorggebruik van ouderen sterker toeneemt dan van jongeren. Bij een gelijkblijvend zorgstelsel zal door al deze ontwikkelingen de intergenerationele solidariteit toenemen.

Het lijkt erop dat dit in andere landen ook het geval is

Uit een globale rondblik in andere landen blijkt dat in Nederland de verhouding tussen ouderen en jongeren hoog is bij een relatief laag niveau voor de gemiddelde zorgkosten. Verder lijkt het erop dat in alle westerse landen de kostenverhouding tussen ouderen en jongeren in de loop der tijd toeneemt, maar het is nog onduidelijk of het echt om een universeel verschijnsel gaat. Er zijn in ieder geval ook aanwijzingen dat door de bevordering van gezond gedrag de groeiende ongelijkheid tussen generaties kan worden afgeremd. Voor Nederland is een dergelijke relatie echter nog niet aangetoond.

Inleiding

In de gezondheidszorg is solidariteit een belangrijk onderwerp. Er wordt wel onderscheid gemaakt tussen inkomenssolidariteit, risicosolidariteit en kanssolidariteit. Inkomenssolidariteit houdt in dat mensen met een hoger inkomen meer premie betalen dan mensen met een lager inkomen, en het gaat hier dus om de verzekeringszijde van de gezondheidszorg. Risicosolidariteit gaat vooral over de gebruikszijde en heeft betrekking op de verdeling van de zorgkosten. Solidariteit houdt dan in dat mensen met een lager gezondheidsrisico meebetalen aan de zorg voor mensen met hogere risico's. In de praktijk krijgt dit gestalte door ziektekostenpremies die geen relatie hebben met de kans op ziekte en verwachte zorgkosten. Bij kanssolidariteit, ten slotte, is er alleen sprake van solidariteit tussen mensen die een vergelijkbaar risico hebben. In dat geval zijn de premies wel gebaseerd op de ingebrachte risico's.

Omdat er in de gezondheidszorg veel ontwikkelingen gaande zijn die gevolgen hebben voor de solidariteit en de meningsvorming daarover, heeft de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) het initiatief genomen voor een signalement over *Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*. In dit signalement kiest de RVZ niet voor een normatieve benadering waarvan er al heel veel zijn, maar voor de analyse van feitelijke ontwikkelingen.

Om die feitelijke ontwikkelingen scherper in beeld te krijgen heeft de RVZ het centrum Volksgezondheid Toekomstverkenningen (VTV) van Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) verzocht om aan de hand van *Kosten van ziekten* cijfers inzicht te geven in de omvang van risicosolidariteit en hoe deze zich in de toekomst naar verwachting zal ontwikkelen.

Deze achtergrondstudie biedt een aantal reflecties op het thema risicosolidariteit. Daarbij wordt een beperkte definitie van risicosolidariteit gehanteerd. Steeds gaat het om de verdeling van zorgkosten, zowel tussen individuen als tussen ziektegroepen en leeftijdsgroepen. Andere aspecten van solidariteit, zoals premieheffing, eigen betalingen en de bereidheid van mensen om solidair te zijn met anderen, worden in het RVZ signalement besproken en blijven hier buiten beschouwing. Als we spreken over een toename van risicosolidariteit dan wordt daar alleen mee bedoeld dat de verdeling van de zorgkosten ongelijker wordt. Wanneer het zorgstelsel en de premieheffing gelijk blijven zal tegelijkertijd ook de solidariteit toenemen.

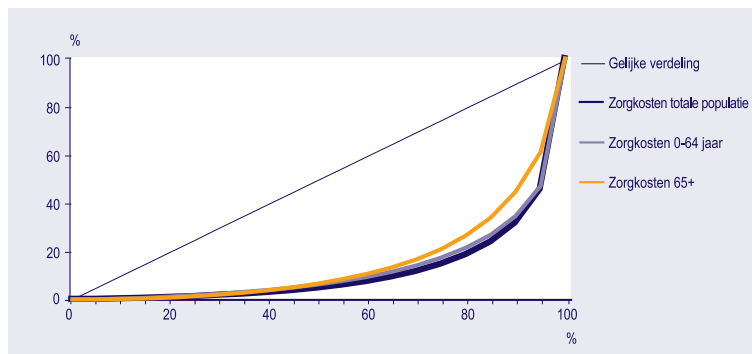
Voor deze achtergrondstudie is geen nieuw onderzoek uitgevoerd. Op basis van bestaande gegevens over zorggebruik en zorgkosten wordt inge-

gaan op diverse aspecten van risicosolidariteit. Begonnen wordt met een analyse op individueel niveau aan de hand van declaratiegegevens van zorgverzekeraars (paragraaf 1). Daarna wordt het thema op groepsniveau verder uitgewerkt aan de hand van *Kosten van ziekten* cijfers, zowel voor diagnosegroepen (paragraaf 2) als voor leeftijdsgroepen (paragraaf 3). In paragraaf 4 wordt ingegaan op de kosten van zorg in het laatste levensjaar en de betekenis van de levensloop voor het solidariteitsvraagstuk. Ook aspecten van gezond gedrag komen daar ter sprake in hun relatie tot zorgkosten. Deze achtergrondstudie wordt besloten met een korte plaatsbepaling van Nederland ten opzichte van enkele andere westerse landen (paragraaf 5).

1 Solidariteit in de zorgkosten

Om de mate van risicosolidariteit in kaart te brengen is informatie nodig over de verdeling van de zorgkosten op persoonsniveau. Met medewerking van enkele zorgverzekeraars zijn deze gegevens verzameld voor een steekproef van 2,1 miljoen personen (13% van de bevolking) in de juiste verhouding afkomstig uit de particuliere zorgverzekering en de ziekenfondssector (Polder, 2003a). Het gaat hier om het zogeheten tweede compartiment, waartoe onder meer de huisartsenzorg, de ziekenhuiszorg en de farmaceutische hulp worden gerekend. Deze cijfers zijn gekoppeld aan gegevens over het gebruik van thuiszorg. In 1999 werd in deze sectoren een kleine twintig miljard euro omgezet, waarvan 2,7 miljard (13%) ten behoeve van de steekproefpopulatie. Per verzekerde was dat een bedrag van 1.269 euro. De totale kosten bedroegen in 1999 ruim 36 miljard euro, overeenkomend met een gemiddeld kostenbedrag van 2.250 euro per hoofd van de bevolking.

Figuur 1. Verdeling van de zorgkosten in 1999 (tweede compartiment en thuiszorg) over 2,1 miljoen verzekerden (1,4 miljoen ziekenfondsverzekerden en 0,7 miljoen particulier verzekerden): het aandeel in de zorgkosten is uitgezet tegen het aandeel in de bevolking.



Er bestaan opvallend grote verschillen tussen individuele verzekerden (*figuur 1*). Eén procent van de populatie veroorzaakte dertig procent van de zorgkosten, vijf procent was goed voor 55 procent en tien procent consumeerde zeventig procent van de zorg. In *figuur 1* wordt de mate van (on)gelijke zorgconsumptie in de bevolking weergegeven door een Lorenzcurve. Horizontaal staat het cumulatieve aandeel van de groep mensen waar het over gaat, terwijl verticaal het cumulatieve aandeel van de zorgkosten is weergegeven. Een 45-gradenlijn impliceert volledige gelijkheid: ieder deel van de populatie heeft eenzelfde aandeel in de zorgkosten. Dit wordt weergegeven met een gini-coëfficiënt van 0. Naarmate de curve verder 'doorzakt' neemt de ongelijkheid toe en stijgt de gini-

coëfficiënt. Bij de verdeling van de zorgkosten in de totale steekproef hoort een waarde van 0,76. Omdat de gini-coëfficiënt maximaal de waarde 1,0 kan aannemen, duidt dit op een grote mate van ongelijkheid.

Opvallend is dat ook voor 65-plussers de verdeling van de kosten erg ongelijk is. Wel zijn de gemiddelde kosten per 65-plusser vier keer hoger dan bij mensen jonger dan 65 jaar (*tabel 1*). Wanneer alle zorgkosten worden meegenomen dan loopt deze factor op tot boven de vijf. Dit komt door de hoge kosten van verzorgingshuizen en verpleeghuizen die evenals de kosten van de gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg niet in bovenstaande analyse werden meegenomen. Wij concluderen dat leeftijd vanuit maatschappelijk perspectief een belangrijke determinant van zorggebruik en -kosten is. Op individueel niveau is dit veel minder het geval. Daarom is het interessant om ook vanuit maatschappelijk perspectief naar risicosolidariteit te kijken, niet alleen als het gaat om leeftijdsgroepen maar ook met betrekking tot verschillen in zorggebruik tussen diagnosegroepen.

Het vervolg van deze achtergrondstudie gaat over de verdeling van zorgkosten op groepsniveau. Dit heeft ook een praktische reden. Er zijn namelijk geen gegevens over zorgkosten op individueel niveau waarin alle zorgsectoren zijn meegenomen. Ook bieden de declaratiecijfers van zorgverzekeraars geen informatie over medische diagnoses, terwijl deze juist een verklaring bieden voor verschillen in zorggebruik en kosten.

Tabel 1: Kengetallen van de verdeling van de zorgkosten (tweede compartiment en thuiszorg) in 1999 naar leeftijd.

	0-64 jaar	65-plus	Totaal
Steekproef (aantal personen)	1.785.511	366.333	2.151.844
Gemiddelde kosten (€)	836	3.380	1.269
Mediaan (€)	221	1.122	279
Percentiel 25 (€)	98	385	108
Percentiel 75 (€)	610	3.289	855
Variatiecoëfficiënt ^a	4,0	2,0	3,4
Gini-coëfficiënt ^b	0,74	0,69	0,76

a) Standaarddeviatie gedeeld door gemiddelde.

b) Toelichting in de tekst.

2 Solidariteit en kosten van ziekten

In deze paragraaf beschouwen we de zorguitgaven vanuit een ziektespecifieke invalshoek. We leggen daarbij een relatie met de verzekeringsvorm en kijken daarbij ook naar de kosten per ziektegeval. We maken een verkenning van de toekomstige ontwikkelingen op basis van demografie, epidemiologie en technologie en proberen vervolgens iets te zeggen over de gevolgen voor de ziektespecifieke risicosolidariteit in de toekomst.

Uitgaven aan gezondheidszorg in 1999

De studie *Kosten van Ziekten in Nederland* (Polder et al., 2002a) geeft een overzicht van de uitgaven in de Nederlandse gezondheidszorg in 1999 naar een aantal dimensies. De resultaten van deze studie bieden de mogelijkheid de kosten van zorg te beschrijven in verschillende dwarsdoorsneden, zoals bijvoorbeeld leeftijd, diagnosegroep en financieringsvorm.

Verhouding financieringsvormen in 1999 ongeveer 50/40/10

De totale uitgaven aan de zorg bedroegen in 1999 ruim 36 miljard euro (tabel 2). Ruim 50% van de uitgaven (bijna 19 miljard euro) werd gefinancierd door ziekenfondsen en particuliere verzekeringen, dit is inclusief 750 miljoen euro aan eigen bijdragen uitgegeven aan onder andere tandheelkundige zorg, fysiotherapie en vrijgevestigde psychiaters. Van de totale uitgaven aan de zorg werd bijna 40% (ruim 14 miljard euro) gefinancierd uit AWBZ-middelen, inclusief 1,5 miljard euro aan eigen bijdragen in de AWBZ. Ten slotte werd iets meer dan 3 miljard euro van de totale zorguitgaven gefinancierd door het rijk, door provincies of gemeenten, of door burgers zelf in de vorm van betalingen voor zelfzorg-geneesmiddelen, brillen en contactlenzen en eigen bijdragen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem.

Tabel 2: Uitgaven aan de zorg naar financieringsvorm in 1999.

Financieringsvorm	Uitgaven (miljoen euro)	Aandeel (%)
AWBZ	14.028	39
Ziekenfondsen en particuliere verzekeringen	18.914	52
Subtotaal	32.943	91
Overige financieringen	3.090	9
Totaal	36.033	100

Bepaalde ICD-hoofdgroepen vrijwel geheel in één financieringsvorm

Als we kijken naar welke diagnosegroepen de middelen per verzekeringsvorm worden uitgegeven, kunnen we dit op verschillende niveaus doen.

Uitgangspunt hierbij is de ICD-9 classificatie. Een verdeling van de kosten naar financieringsvorm en ICD-hoofdgroep geeft een (globaal) beeld van de financieringen: worden middelen uitgegeven aan somatische ziekten of psychische stoornissen, aan ziekten van het bewegingsapparaat of ziekten van het spijsverteringsstelsel? Er blijkt dat bijna de helft van de AWBZ-middelen werd uitgegeven aan psychische stoornissen (tabel 3). Dit betreft vooral de kosten van de zorg voor verstandelijke gehandicapten, dementie en verder ook de uitgaven aan de sector geestelijke gezondheidszorg. Een aandeel van bijna 25% van de AWBZ-uitgaven, bijna 3,5 miljard euro, is niet gerelateerd aan specifieke ziekten of aandoeningen. De helft hiervan, ongeveer 1,7 miljard euro, werd uitgegeven aan woonlasten in verzorgingshuizen. Als we zien dat in 1999 in de verzorgingshuizen 762 miljoen euro aan eigen bijdragen is geïnd (CVZ, 2001), concluderen we dat iets meer dan de helft van de woonkosten in de verzorgingshuizen collectief werd gefinancierd.

Drie hoofdgroepen bepalen een groot deel van de uitgaven van ziekenfondsen en particuliere verzekeringen: hart- en vaatziekten, ziekten van het spijsverteringsstelsel en de groep symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden. De uitgaven voor ziekten van het spijsverteringsstelsel bestaan voornamelijk uit de kosten voor tandheelkundige zorg. Ruim 10% van de uitgaven is toegewezen aan de hoofdgroep symptomen. Voor een deel betreft dit zorg in een fase waarin de diagnose (nog) niet is

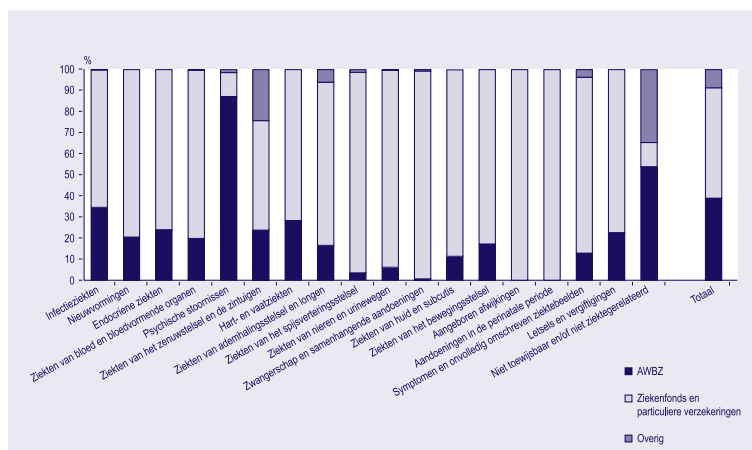
Tabel 3: Verdeling van de totale uitgaven aan gezondheidszorg in 1999 naar financieringsvorm, per hoofdgroep van de ICD-9.

ICD-hoofdgroep	AWBZ	Ziektenfonds, particuliere verzekeringen	Overige financiering	Totaal
Infectieziekten	1,2	1,7	0,0	1,4
Nieuwvormingen	2,1	6,0	0,0	4,0
Endocriene ziekten	1,3	3,0	0,0	2,1
Ziekten van bloed en bloedvormende organen	0,2	0,6	0,0	0,4
Psychische stoornissen	48,4	4,7	3,5	21,6
Ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen	3,8	6,1	17,5	6,2
Hart- en vaatziekten	7,4	13,8	0,1	10,1
Ziekten van ademhalingsstelsel en longen	1,8	6,1	2,8	4,1
Ziekten van het spijsverteringsstelsel	0,6	12,5	1,1	6,9
Ziekten van nieren en urinewegen	0,4	4,8	0,1	2,7
Zwangerschap en samenhangende aandoeningen	0,0	4,9	0,2	2,6
Ziekten van huid en subcutis	0,4	2,5	0,0	1,5
Ziekten van het bewegingsstelsel	2,4	8,6	0,0	5,5
Aangeboren afwijkingen	0,0	0,9	0,0	0,5
Aandoeningen in de perinatale periode	0,0	1,2	0,0	0,6
Symptomen en onvolledig omschreven ziektebeelden	2,2	10,5	2,8	6,6
Letsels en vergiftigingen	3,2	8,1	0,0	5,5
Niet toewijsbaar en/of niet ziektegerelateerd	24,6	3,9	71,9	17,8
Totaal	100	100	100	100

vastgesteld, voor een ander deel is dit zorg waarbij geen specifieke diagnose kan worden gesteld, in termen van een ICD-9 codering. Bij de uitgaven van de overige financieringen is 72% niet toewijsbaar of niet ziektegerelateerd. Voor ongeveer tweederde bestaan deze uitgaven uit kosten van de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) en de kosten voor bedrijfsgezondheidsdiensten.

De verdeling van de uitgaven per financieringsbron en per ICD-hoofdgroep is op een andere manier weergegeven in *figuur 2*. Opgemerkt moet worden dat deze figuur geen relatie heeft met de absolute uitgaven per ICD-hoofdgroep. We zien duidelijk dat bepaalde ICD-hoofdgroepen in het bijzonder door één financieringsvorm worden bekostigd. Psychische stoornissen worden vrijwel volledig gefinancierd vanuit AWBZ-middelen. Medische (be)handelingen rond de zwangerschap en geboorte met name door ziekenfondsen en particuliere verzekeringen. Financieringen van de 'overige' vorm spelen meestal nauwelijks een rol, behalve bij de ziekten van het zenuwstelsel en de zintuigen. Het betreft daar voornamelijk de kosten voor brillen en contactlenzen.

Figuur 2: Verdeling van de uitgaven aan gezondheidszorg in 1999 naar financieringsvorm, per hoofdgroep van de ICD-9.



In relatie tot risicosolidariteit kunnen we opmerken dat de zogenaamde 'onverzekerbare risico's', waarvoor de AWBZ is bedoeld, met name voorkomen in één ICD-hoofdgroep: psychische stoornissen. De overige ICD-hoofdgroepen zijn vanaf ongeveer 70% van de uitgaven 'verzekeraar' in de zin dat ze bekostigd worden door ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars (*figuur 2*), waarbij het in een aantal gevallen om relatief lage kosten gaat (*tabel 3*). Zoals in de inleiding werd opgemerkt zijn de eigen betalingen en eigen risico's meegeteld bij de kosten van zie-

kenfondsen en particuliere verzekeringen. In de *Kosten van ziekten* studie is het namelijk niet mogelijk om deze afzonderlijk toe te wijzen aan diagnosegroepen. Uit het oogpunt van solidariteit kan dit een licht vertekend beeld opleveren, omdat niet alle kosten collectief worden gedragen. Dit geldt ook voor de eigen bijdragen in het kader van de AWBZ. Bij de interpretatie van de kostencijfers door de bril van solidariteit dient hiermee rekening te worden gehouden.

Ruim 40% van de zorgkosten komt ten laste van twintig diagnosegroepen

We maken nu een doorkijk naar de kosten van specifieke diagnosegroepen. Binnen de ICD-hoofdgroepen worden in de *Kosten van ziekten* studie in totaal 65 belangrijke, specifieke diagnosegroepen onderscheiden. Elke ICD-hoofdgroep heeft ook een restgroep waarin de kosten van de niet-onderscheiden diagnosegroepen zijn ondergebracht. We beschouwen de twintig duurste diagnosegroepen en kijken naar de uitgaven en de verdeling over financieringsvormen (*tabel 4*). De top twintig van duurste diagnosegroepen omvat 43% van de totale uitgaven aan de zorg. Ongeveer 46% van de AWBZ-uitgaven en 44% van de uitgaven van de ziekenfondsen en particuliere verzekeringen wordt aan deze twintig diagnosegroepen uitgegeven. We concluderen dat de 20 duurste ziekten ongeveer evenredig gedragen worden door de AWBZ en de ziekenfondsen en particuliere verzekeringen.

Het patroon dat bepaalde ICD-hoofdgroepen gefinancierd worden door één financieringsvorm zien we in zeker mate ook bij specifieke diagnosegroepen. Verstandelijke handicaps en dementie bijvoorbeeld, worden vrijwel geheel betaald vanuit de AWBZ, terwijl de kosten voor het behandelen van verhoogde bloeddruk vrijwel geheel betaald worden vanuit het ziekenfonds en particuliere verzekeringen. Daarnaast zijn er ook diagnosegroepen als beroerte die door beide financieringsvormen worden gedragen.

Tabel 4: Kosten van de 20 duurste diagnosegroepen en de kosten per ziektegeval in 1999.

Diagnosegroep	Totale kosten (miljoenen euro)	Aandeel in de totale uitgaven (%)	Aandeel AWBZ (%)	Aandeel ziekenfonds, particuliere verzekeringen (%)	Kosten per ziektegeval ^a (euro)
Verstandelijke handicap	2.780	7,7	100	0	27.245
Dementie	1.760	4,9	98	2	30.614
Gebitsafwijkingen	1.171	3,2	0	100	76 ^c
Beroerte	1.029	2,9	60	40	7.946
Coronaire hartziekten	929	2,6	4	96	1.667
Zwangerschap, bevalling en kraambed	796	2,2	1	99	4.028 ^c
Complicaties van medisch handelen, geweld en suïcide	738	2,0	8	92	-
Accidentele val	655	1,8	29	71	-
Astma en COPD	594	1,6	7	93	809
Nek- en rugklachten	549	1,5	3	97	799
Depressie	497	1,4	50	49	2.131
Gezichtsstoornissen ^d	482	1,3	11	89	1.055
Verhoogde bloeddruk	433	1,2	2	98	-
Diabetes mellitus incl. diabetische complicaties	431	1,2	6	94	1.040
Schizofrenie	380	1,1	85	15	13.982
Gehoortoornissen	353	1,0	13	87	309
Ziekten van vrouwelijke geslachtsorganen	344	1,0	0	99	-
Artrose	304	0,8	17	83	465
Hartfalen	299	0,8	28	72	2.192
Longontsteking en influenza	287	0,8	50	50	268
Subtotaal van deze 20 diagnosegroepen	15.350	42,6	42	54	
Totaal gezondheidszorg	36.033		39	52	

Noten:

- Berekening is alleen uitgevoerd voor die diagnosegroepen waarvoor zowel teller als noemer bekend waren.
- Berekend zijn de kosten per verzekerde.
- Berekend zijn de kosten per geboorte.
- De kosten van gezichtsstoornissen zijn exclusief de kosten voor brillen en contactlenzen.

Enkele dure diagnosegroepen bepalen het AWBZ-aandeel in de top-20

De kosten van de twintig duurste diagnosegroepen in tabel 4 worden voor 42% gedragen door de AWBZ. Dit aandeel wordt met name bepaald door de hoge kosten van dementie en verstandelijke handicap. De kosten van de overige 18 diagnosegroepen, goed voor 30% van de totale uitgaven in de zorg, komen voor 18% ten laste van de AWBZ (niet in de tabel). Op maatschappelijk niveau, gerekend vanuit de totale kosten van een diagnosegroep, is de solidariteit van de AWBZ dus groot, maar met name vanwege de hoge kosten voor verstandelijke handicap en dementie. Bij ziekenfondsen en particuliere verzekeraars is het beeld gevarieerder omdat daar ook veel kosten verband houden met aandoeningen die veelvuldig voorkomen met gemiddeld lage kosten per ziektegeval.

Tabel 5: De 20 duurste diagnosegroepen op basis van kosten per ziektegeval in 1999.

Diagnosegroep	Totale kosten (miljoenen euro)	Aandeel in de totale uitgaven (%)	Aandeel AWBZ (%)	Aandeel ziekenfonds, particuliere verzekeringen (%)	Kosten per ziektegeval (euro)
Dementie	1.760	4,9	98	2	30.614
Verstandelijke handicap	2.780	7,7	100	0	27.245
Slokdarmkanker	23	0,1	4	96	22.411
Chronische huidzweren, incl. decubitus en open been	79	0,2	17	83	19.404
Schizofrenie	380	1,1	85	15	13.982
Hersenvliesontsteking	27	0,1	58	42	13.047
Beroerte	1.029	2,9	60	40	7.946
HIV/AIDS	15	0,0	20	79	7.211
Vroeggeboorten	104	0,3	0	100	7.014
Multiple sclerose	78	0,2	54	46	5.805
Inflammatoire darmziekten	64	0,2	0	100	5.790
Longkanker	104	0,3	0	100	5.244
Sepsis	43	0,1	59	41	4.404
Ziekte van Parkinson	137	0,4	69	31	4.208
Zwangerschap, bevalling en kraambed	796	2,2	1	99	4.028
Maagkanker	33	0,1	9	91	3.743
Non-Hodgkin lymfomen	39	0,1	7	93	3.495
Zweren van maag en twaalf-vingerige darm	62	0,2	17	83	3.223
Angststoornissen	180	0,5	34	64	2.729
Dikke darm- en endeldarmkanker	124	0,3	9	91	2.194
Subtotaal van deze 20 diagnosegroepen	7.857	21,8	73	27	
Totaal gezondheidszorg	36.033		39	52	

Grote variatie in kosten per ziektegeval

Tabel 4 laat voor een aantal diagnosegroepen ook de kosten per ziektegeval zien. Deze kosten zijn berekend door de totale uitgaven aan deze diagnosegroep te delen door het aantal ziektegevallen in een jaar, de jaarprevalentie of -incidentie (Van Oers, 2002). Voor de diagnosegroepen in *tabel 4* variëren de kosten van ongeveer 270 euro per geval van longontsteking en influenza tot ruim 30.000 euro per geval van dementie. We zien ziekten, zoals bijvoorbeeld gebitsafwijkingen en gehoorstoornissen, die op individueel niveau relatief goedkoop zijn maar op maatschappelijk niveau relatief duur. Andersom zijn er diagnosegroepen die op maatschappelijk niveau duur zijn omdat de kosten per ziektegeval hoog zijn. Bij verstandelijke handicap bijvoorbeeld, met een relatief lage prevalentie, zijn de kosten per ziektegeval hoog onder meer vanwege de huisvestingskosten in de intramurale zorg. Bij dementie speelt een soortgelijke kostenfactor.

Enkele specifieke diagnosegroepen met relatief hoge kosten per ziektegeval komen niet voor in *tabel 4* omdat daar de totale zorgkosten als uit-

gangspunt zijn genomen. Als we in *tabel 5* naar de twintig duurste diagnosegroepen kijken, geordend naar kosten per ziektegeval, zien we naast een aantal diagnosegroepen uit *tabel 4* ook een aantal nieuwe. Bijvoorbeeld slokdarmkanker, chronische huidzweren en hersenvliesontsteking hebben hoge kosten per ziektegeval, maar omdat de prevalentie van deze ziekten relatief laag is, zijn de maatschappelijke kosten niet hoog. Dementie, verstandelijke handicap, schizofrenie en beroerte zagen we ook in *tabel 4*, deze ziekten hebben dus zowel hoge maatschappelijke als individuele kosten.

Risicosolidariteit vanuit individueel en maatschappelijk perspectief verschillend

Van de kosten van de 20 duurste ziekten, op basis van gemiddelde kosten per ziektegeval, wordt 73% gedragen door de AWBZ, een groter percentage dan we zagen in *tabel 4*. Maar ook hier wordt dit aandeel voornamelijk bepaald door de twee duurste diagnosegroepen dementie en verstandelijke handicap. Het aandeel van de AWBZ in de kosten van de overige 18 diagnosegroepen is 37% (niet in de tabel). Samenvattend, als we kijken naar de 20 duurste diagnosegroepen op maatschappelijk en op individueel niveau, is de risicosolidariteit van de AWBZ groter dan die van ziekenfondsen en particuliere verzekeringen, met name door de twee duurste diagnosegroepen. Voor de overige 18 diagnosegroepen wordt de risicosolidariteit vooral door ziekenfondsen en particuliere verzekeringen tot stand gebracht. Door eigen bijdragen wordt een deel van de kosten buiten de collectieve financiering door individuele zorggebruikers bekostigd. Daardoor is de solidariteit lager, maar het globale patroon verandert er niet wezenlijk door.

Toekomstverkenningen

Demografische ontwikkeling zet diagnosespecifieke risicosolidariteit niet onder druk

De kenggetallen uit de *Kosten van ziekten* studie zijn gebruikt om een raming van de toekomstige kosten van zorg te construeren. Diagnose-, leeftijd- en geslachtspecifieke kosten per inwoner uit 1999 zijn toegepast op een recente bevolkingsprognose (CBS, 2005), waarna diagnosespecifieke groeicijfers zijn bepaald. *Tabel 6* geeft een overzicht van de ontwikkeling van de kosten op basis van demografie, voor de twintig duurste diagnosegroepen uit *tabel 4*.

De kosten van deze diagnosegroepen stijgen tot het jaar 2020 iets sneller dan de totale zorgkosten maar niet genoeg om het aandeel in de totale kosten veel te laten toenemen. Binnen de kosten van de top twintig neemt het aandeel voor ziekenfondsen en particuliere verzekeringen toenemend op ten opzichte van het aandeel AWBZ.

De vergrijzingsgolf na 2010 heeft duidelijk zijn weerslag op de ontwikkeling van de kosten van zorg. De kosten van ouderdomsziekten als

dementie, beroerte en coronaire hartziekten, allen in de top twintig van duurste diagnosegroepen, nemen na 2010 een vlucht, met als gevolg een hoger aandeel in de totale kosten van de zorg in 2020. Dementie is de sterkste stijger. Daartegenover dalen de kosten van ziekten en aandoeningen die veelal op jonge leeftijd optreden. Behandelingen rond zwangerschap en geboorte zijn de sterkste daler. De 'ontgroening' van de populatie heeft ook zijn effect op de ontwikkeling van de zorgkosten: het aandeel van de kosten van verstandelijke handicap neemt sterk af. Dit effect werkt compenserend op de stijging van de kosten van ouderdomsziekten. Blijkbaar zijn er elkaar tegenwerkende bewegingen in de ontwikkeling van de kosten van de top twintig van duurste diagnosegroepen waardoor het aandeel in de totale kosten gelijk blijft.

Epidemiologische ontwikkeling zet diagnosespecifieke risicosolidariteit onder druk

In het onderzoek naar de toekomst van de eerstelijnszorg (De Bakker et al., 2005) is voor een aantal diagnosegroepen de epidemiologische trends in de periode 1990-2000 in kaart gebracht. Met deze cijfers is voor deze achtergrondstudie de ontwikkeling van de kosten van de zorg op basis van epidemiologische trends bepaald (*tabel 7*). Hierbij is een uitgangspunt dat de epidemiologische ontwikkelingen zich in de toekomst zullen voortzetten en dat er geen epidemiologische ontwikkeling is in de overige diagnosegroepen.

De verandering van de diagnosespecifieke zorgkosten tot het jaar 2020 op basis van epidemiologie zijn groter dan op basis van demografie. Zo zijn stijgingen van 73% (depressie) op basis van demografische ontwikkelingen niet gevonden, en ook dalingen van meer dan 50% zijn op basis van demografie niet te verwachten. Voor een aantal ziekten stijgen de kosten, maar hun aandeel in de totale kosten blijft gelijk (osteoporose, prostaatkanker). Het aandeel van de diagnosegroepen uit *tabel 7* in de totale uitgaven groeit van 13,5% naar bijna 16%, op basis van alleen epidemiologie. Hieruit concluderen we dat de hier geschetste epidemiologische ontwikkelingen als gevolg hebben dat de variatie in de diagnosespecifieke zorgkosten toeneemt. Vanuit het gezichtspunt van de risicosolidariteit betekent dit dat deze solidariteit moet gaan toenemen om de scheve groei in de kosten op te vangen.

Tabel 6: Ontwikkeling van de kosten van de 20 duurste diagnosegroepen uit tabel 4, op basis van demografische ontwikkelingen tot 2020.

Diagnosegroep	Kosten in 1999 (miljoen euro)	Ontwikkeling op basis van demografie (geïndexeerd, 1999=100)		Aandeel in de totale uitgaven in 1999 (%)	Aandeel in de totale uitgaven in 2020 (%)
		2010	2020		
Verstandelijke handicap	2.780	102	101	7,7	6,4
Dementie	1.760	121	142	4,9	5,7
Gebitsafwijkingen	1.171	105	106	3,2	2,8
Beroerte	1.029	120	143	2,9	3,4
Coronaire hartziekten	929	121	142	2,6	3,0
Zwangerschap, bevalling en kraambed	796	85	88	2,2	1,6
Complicaties van medisch handelen, geweld en suïcide	738	113	129	2,0	2,2
Accidentele val	655	115	131	1,8	2,0
Astma en COPD	594	117	135	1,6	1,8
Nek- en rugklachten	549	108	113	1,5	1,4
Depressie	497	109	116	1,4	1,3
Gezichtsstoornissen ^{a)}	482	112	123	1,3	1,3
Verhoogde bloeddruk	433	118	137	1,2	1,4
Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties	431	116	132	1,2	1,3
Schizofrenie	380	105	109	1,1	0,9
Gehoortoornissen	353	108	116	1,0	0,9
Ziekten van vrouwelijke geslachtsorganen	344	105	107	1,0	0,8
Artrose	304	118	140	0,8	1,0
Hartfalen	299	121	147	0,8	1,0
Longontsteking en influenza	287	119	141	0,8	0,9
Subtotaal van deze 20 diagnosegroepen	15.350	111	122	42,6	42,8
Waarvan AWBZ	6.461	111	122		
Waarvan ziekenfonds en particuliere verzekeringen	8.343	111	123		
Totaal gezondheidszorg	36.033	111	121		

a) De kosten van gezichtsstoornissen zijn exclusief de kosten voor brillen en contactlenzen.

Tabel 7: Ontwikkeling van de kosten van 19 diagnosegroepen tot 2020, op basis van epidemiologische ontwikkelingen (exclusief demografische effecten).

Diagnosegroep	Kosten in 1999 (miljoen euro)	Ontwikkeling op basis van epidemiologie (geïndexeerd, 1999=100)		Aandeel in de totale uitgaven in 1999 (%)	Aandeel in de totale uitgaven in 2020 (%)
		2010	2020		
Depressie	497	138	173	1,4	2,3
Astma en COPD	594	133	164	1,6	2,6
Osteoporose	62	124	147	0,2	0,2
Prostaatkanker	65	121	139	0,2	0,2
Diabetes mellitus inclusief diabetische complicaties	431	110	119	1,2	1,4
Beroerte	1.029	109	118	2,9	3,3
Coronaire hartziekten	929	109	116	2,6	2,9
Hartfalen	299	106	112	0,8	0,9
Reumatoïde artritis	92	106	111	0,3	0,3
Dikke darm- en endeldarmkanker	124	103	106	0,3	0,4
Verkeersongevallen	162	103	105	0,4	0,5
Longkanker	104	93	87	0,3	0,2
Infecties maag-darmkanaal	27	87	74	0,1	0,1
Ziekte van Parkinson	137	85	71	0,4	0,3
Maagkanker	33	74	50	0,1	0,0
Bovenste luchtweginfecties	203	73	49	0,6	0,3
Hersenvliesontsteking	27	73	48	0,1	0,0
Aangeboren afwijkingen hartvaatstelsel	19	73	48	0,1	0,0
HIV/AIDS	15	73	48	0,0	0,0
Subtotaal over deze 19 diagnosegroepen	4.849	111	122	13,5	15,9

Bovenstaande conclusies gelden onder de veronderstelling dat alle diagnosegroepen die niet in *tabel 7* staan in 2020 even vaak voorkomen als in 1999. In het onderzoek naar epidemiologische trends in de periode 1990-2000 is voor een groot aantal diagnosegroepen geen ontwikkeling aangehouden. Het is echter allerminst zeker of dit ook voor de komende 15 jaar zal gelden. Daarnaast is het veelal lastig om het epidemiologisch effect te scheiden van een technologisch effect. Nieuwe technologieën, bijvoorbeeld op het gebied van diagnostiek of curatieve behandeling, kunnen tot een toename in zorggebruik leiden. Deze toename op zijn beurt, kan geregistreerd worden als een epidemiologische trend.

Technologische en sociaal-culturele veranderingen met name in de curatieve zorg

In het algemeen worden bij ramingen van de zorgkosten vier dominante factoren onderscheiden: demografie, epidemiologie, technologie en sociaal-culturele veranderingen. De invloed van demografie en epidemiologie hebben we hierboven besproken, het effect van technologie is moeilijker te ontrafelen. Niet alleen vanwege het onvoorspelbare karakter van veel technologische doorbraken maar ook omdat de invloed vaak verweven is met epidemiologische en sociaal-culturele factoren. Daarbij is de

invloed van technologie vaak dermate ziektespecifiek, zoals een introductie van een nieuw geneesmiddel, dat er geen conclusies voor de hele gezondheidszorg aan kunnen worden verbonden. Ten slotte hebben technologische ontwikkelingen zowel invloed op het volume als de prijs van de zorg, zonder dat die goed te scheiden zijn.

Het Centraal Planbureau (CPB) heeft in juli 2001 in samenwerking met het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) in een scenario voor de zorguitgaven 2003-2006 het effect van medische technologie en sociaal-culturele trends expliciet meegenomen (CPB, 2001). Dit scenario gaat uit van een sectorspecifiek effect van technologie in de curatieve zorg, waardoor de vraag naar ziekenhuiszorg, geneesmiddelen en hulpmiddelen zal toenemen. Als resultaat groeien de totale zorguitgaven ongeveer 1,5% (volume-groei) per jaar, bovenop de demografische ontwikkelingen. Het RIVM heeft in samenwerking met het CPB en het SCP in 2002 meer gericht naar geneesmiddelen en medische hulpmiddelen gekeken en hiervoor toekomstverkenningen voor de korte en lange termijn gepresenteerd (Van den Berg Jeths & Peters-Volleberg, 2002). Eén van de conclusies bij de lange termijn verkenningen is dat de voorgenomen beleidswijzigingen op nationaal en Europees niveau belangrijke gevolgen hebben voor verschillende actoren in deze deelsector en dat er veel onzekerheden over de uitkomsten zijn.

Technologie heeft kostenstijgend effect op bepaalde diagnosegroepen

Deze onderzoeken geven twee dingen helder aan. Ten eerste zal het effect van medische technologie het grootst zijn voor ziekenhuiszorg en genees- en hulpmiddelen. Ten tweede is het vrijwel onmogelijk om kwantitatieve lange termijn verkenningen te maken van de effecten van medische technologie op de kosten van de zorg. In deze achtergrondstudie zijn de CPB-cijfers gebruikt in een variatieanalyse van de demografische ramingen. Deze analyse laat zien dat de kostenstijgingen als gevolg van technologische ontwikkelingen effect hebben op een aantal ziektegroepen in het bijzonder. Voorbeelden hiervan zijn prostaatkanker, osteoporose en verhoogde bloeddruk, diabetes mellitus, gehoorstoornissen en astma en COPD. Dit zijn ziektegroepen die met name op oudere leeftijd voorkomen en gepaard gaan met relatief veel ziekenhuiszorg, genees- en hulpmiddelengebruik.

Wanneer we met het CPB en het SCP uitgaan van een invloed die per saldo kostenverhogend werkt, dan is de verwachting op basis van de *Kosten van ziekten* cijfers dat daardoor de verdeling van de zorgkosten steeds schever zal worden. Dit betekent dat bij een gelijkblijvend zorgstelsel de diagnosespecifieke risicosolidariteit door technologische ontwikkelingen zal toenemen.

3 Solidariteit en leeftijd

Bij de bespreking van de kosten van ziekten kwam naar voren dat in de komende decennia door de vergrijzing de kosten van typische ouderdomsziekten als dementie en beroerte sneller zullen toenemen dan de kosten van aandoeningen die juist op jongere leeftijd voorkomen. Hierdoor zal de solidariteit tussen generaties veranderen. Om wat meer zicht te krijgen op veranderingen in de intergenerationele solidariteit staan we in deze paragraaf stil bij het verband tussen zorgkosten en leeftijd en bij de veranderingen die zich hierin naar verwachting zullen voordoen. Opnieuw gaat het om een benadering op groepsniveau, namelijk kosten van zorg voor leeftijdsklassen van 5 jaar.

Kosten van de gezondheidszorg in 1999

Totale zorgkosten ongeveer gelijk voor volwassenen en ouderen

De verdeling van de totale kosten varieert sterk naar leeftijd en geslacht. Ruim 44% van de totale kosten viel in 1999 in de leeftijdsgroep van 25-64 jaar (15,9 miljard euro) en een ongeveer even groot deel in de categorie 65 jaar en ouder (15,2 miljard). Tabel 8 geeft de kosten van mannen en vrouwen voor acht leeftijdsgroepen. Binnen de jongste leeftijdsgroepen werden de meeste kosten toegewezen aan de jongens. Vanaf 15 jarige leeftijd waren de kosten voor vrouwen hoger. Figuur 3 (links) laat zien dat voor twee leeftijdsgroepen het verschil in kosten het grootst was. In de leeftijdsgroep van 20-45 jaar worden hogere kosten bij vrouwen gemaakt vanwege zwangerschap, bevalling en vruchtbaarheid. Vanaf 65 jarige leeftijd werd het verschil vooral bepaald door de hogere levensverwachting van vrouwen. Daardoor bestond de oudere bevolking in 1999 voor het grootste deel uit vrouwen, die daardoor bovendien vaker alleenstaand waren en dus eerder afhankelijk waren van professionele zorg. Onder de oudste leeftijdsgroepen waren de totale kosten lager als gevolg van de kleinere omvang van de populatie.

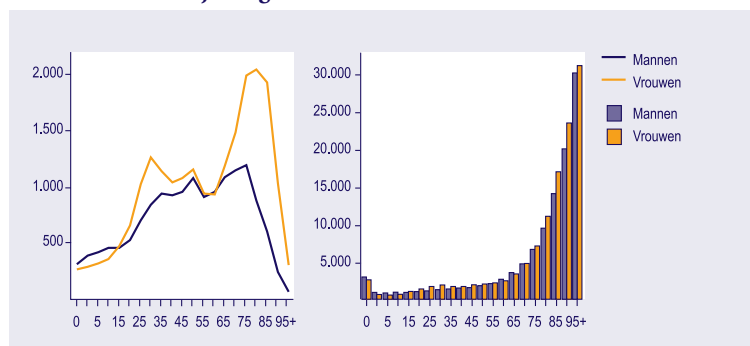
Tabel 8: Totale kosten van de Nederlandse gezondheidszorg naar leeftijd en geslacht in 1999 (miljoenen euro, aandeel in de totale kosten per geslacht in procenten).

	Mannen		Vrouwen		Totaal	
	miljoenen euro	%	miljoenen euro	%	miljoenen euro	%
0	315	2,1	266	1,3	581	1,6
1-14	1.275	8,4	968	4,6	2.243	6,2
15-24	987	6,5	1.134	5,4	2.121	5,9
25-44	3.416	22,6	4.469	21,4	7.885	21,9
45-64	3.900	25,8	4.105	19,6	8.005	22,2
65-74	2.235	14,8	2.667	12,8	4.902	13,6
75-84	2.075	13,7	4.028	19,3	6.103	16,9
85+	924	6,1	3.269	15,6	4.193	11,6
Totaal	15.126	100,0	20.906	100,0	36.033	100,0

De zorgkosten per inwoner van Nederland nemen sterk toe met de leeftijd

De gemiddelde kosten per inwoner van Nederland waren voor de nuljarigen relatief hoog (figuur 3 rechts). Voor kinderen en volwassenen tot ongeveer 60-jarige leeftijd waren de kosten laag en min of meer stabiel. Alleen voor vrouwen in de vruchtbare leeftijd waren de kosten iets hoger. Voor de leeftijdsgroepen vanaf 65 jaar namen de kosten steeds sneller toe tot ruim 30.000 euro per persoon in de leeftijd van 95 jaar en ouder. Opvallend voor deze oudste leeftijdsgroep is dat het verschil in kosten tussen mannen en vrouwen kleiner is dan voor de leeftijdsgroepen van 80-94 jaar. Waarschijnlijk komt dit doordat de meeste vrouwen en mannen ouder dan 95 jaar alleenstaand zijn. Daardoor doen zowel vrouwen als mannen vaker een beroep op professionele zorg. In de leeftijdsgroep 80-94 zijn vrouwen vaker alleenstaand dan mannen. Ook kan gewezen worden op een mogelijk plafondeffect: het zorggebruik bereikt bij de hoogste leeftijdsgroepen een maximum.

Figuur 3: Totale kosten van de Nederlandse gezondheidszorg (links, miljoenen euro) en gemiddelde kosten per inwoner (rechts, euro) naar leeftijd en geslacht in 1999.



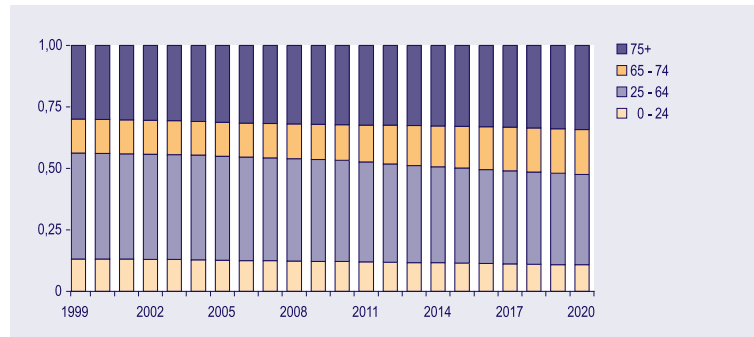
Toekomstverkenningen

Intergenerationele solidariteit neemt toe

Door de vergrijzing van de bevolking zal de betekenis van solidariteit in de gezondheidszorg toenemen. In de komende decennia zal immers het aantal oudere mensen absoluut en relatief toenemen. Gegeven de verdeling van de zorgkosten per inwoner (figuur 3, rechts) zal het aandeel van de oudere bevolking in de totale zorgkosten toenemen. In 1999 was dat aandeel ruim 40% (tabel 8). Figuur 4 laat zien hoe in de periode tot 2020 het aandeel van 65-plussers en 75-plussers zal toenemen. Het gaat daarbij om een puur demografisch effect. De zorgkosten per inwoner zijn constant verondersteld. Het aandeel van de 65-plussers in de zorgkosten zal naar verwachting stijgen tot meer dan 50%. Het grootste deel van die kosten wordt uitgegeven aan de zorg voor mensen van 75 jaar en ouder. Ook het aandeel van de 65-74 jarigen stijgt aanzienlijk. Dat komt

omdat de na-oorlogse geboortegolf vanaf 2010 in deze leeftijdsgroep terecht komt. Het aandeel van de jongere leeftijdsgroepen zal in deze verkenning dalen, met name voor mensen in de leeftijd van 25-64 jaar.

Figuur 4: Demografische toekomstverkenning van het aandeel van vier leeftijdsgroepen in de totale zorgkosten, 1999-2020 (bij constante kosten per inwoner).



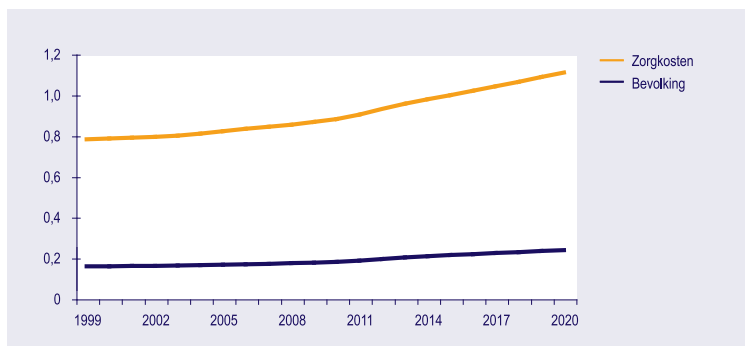
Vanaf 2015 gaat het grootste deel van de zorg naar 65-plusser.

In *figuur 5* wordt de demografische toekomstverkenning op een andere manier in beeld gebracht. De kostencurve laat de verhouding zien tussen de totale zorgkosten voor 65-plussers ten opzichte van het jongere deel van de bevolking. Op dezelfde wijze is ook een curve gemaakt voor het aantal mensen in de leeftijdsgroepen ouder en jonger dan 65 jaar.

In 1999 bedroegen de zorgkosten van alle 65-plussers samen bijna 80% van de kosten van de jongere leeftijdsgroepen. Het ging daarbij om een populatie 65-plussers die qua aantal personen nog geen vijfde deel van het aantal mensen jonger dan 65 jaar telde.

Door de vergrijzing zal het aandeel 65-plussers in de komende decennia verhoudingsgewijs toenemen. Maar zoals de figuur laat zien zal het aandeel van deze leeftijdsgroep in de totale zorgkosten sterker toenemen, met name vanaf 2010 omdat dan de eerste lichte generatie ouder dan 65 jaar wordt. Omstreeks 2015, wanneer Nederland op iedere vijf inwoners jonger dan 65 jaar een 65-plusser zal tellen, zijn de totale zorgkosten voor ouderen en jongeren gelijk. In de jaren daarna zal in deze verkenning meer dan de helft van het zorgbudget aan 65-plussers worden uitgegeven.

Figuur 5: Demografische toekomstverkenning van de verhouding tussen totale zorgkosten en bevolkingsaantallen voor mensen ouder en jonger dan 65 jaar, 1999-2020.



Duidelijk leeftijds patroon in de verandering van kostenaandeel ten opzichte van de bevolking

Het verschijnsel dat de kosten van ouderen verhoudingsgewijs sneller toenemen dan het aantal ouderen zelf kan ook nog op een andere manier worden geïllustreerd. *Figuur 6* toont de veranderingen die tot 2020 op grond van een demografische projectie worden verwacht voor het aandeel van zes leeftijdscategorieën in de totale kosten van de gezondheidszorg alsmede voor het aandeel in de totale bevolking. Voor de jongste leeftijdsgroep zal het kostenaandeel in 2020 naar verwachting met ruim 2 procentpunten dalen ten opzichte van 1999. Deze daling van het kostenaandeel overtreft de daling van het aandeel van deze leeftijdsgroep in de bevolking. Ook voor de leeftijdsgroep 25-44 jaar wordt een daling van het kostenaandeel verwacht. Deze blijft iets achter bij de daling van het aandeel van deze leeftijdsgroep in de bevolking.

In 2020 zal de na-oorlogse geboortegolf de leeftijden van 50-75 jaar bereiken. *Figuur 6* laat zien dat het aandeel van de leeftijdsgroepen van 45-64 jaar en van 65-74 jaar in de totale bevolking daardoor fors zal toenemen, namelijk met bijna 4 procentpunten voor beide leeftijdsgroepen. Voor de ontwikkeling van de zorgkosten laat de figuur iets opmerkelijks zien: de stijging van het kostenaandeel van de 45-64 jarigen blijft behoorlijk achter bij de toename van het aandeel in de bevolking, terwijl voor de 65-74 jarigen het kostenaandeel nog sterker toeneemt dan het aandeel in de bevolking. Dit komt omdat de gemiddelde zorgkosten per inwoner vanaf 65-jarige leeftijd steeds sterker stijgen (*figuur 3*). Ook voor de leeftijdsgroepen van 75-84 jaar en 85 jaar en ouder wordt een stijging van het kostenaandeel verwacht die groter is dan de relatieve toename van deze leeftijdsgroepen in de bevolking.

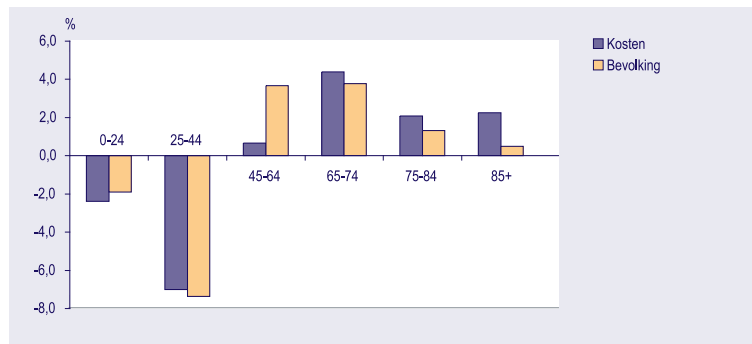
Figuur 6 brengt twee duidelijke leeftijds patronen naar voren:

- a) het kostenaandeel van jongeren daalt en het kostenaandeel van ouderen stijgt;

- b) bij jongeren overtreft de daling van het kostenaandeel de daling van het aandeel in de bevolking terwijl bij ouderen de kostenaandelen sterker toenemen dan het aandeel van de diverse leeftijdsgroepen in de bevolking.

Hieruit volgt dat, bij gelijkblijvende overige omstandigheden, de risicosolidariteit zal toenemen.

Figuur 6: Veranderingen in het aandeel van zes leeftijdscategorieën in de totale zorgkosten en in de totale bevolking, 2020 ten opzichte van 1999 bij een demografische toekomstverkenning (procentpunten).



Trends in het zorggebruik

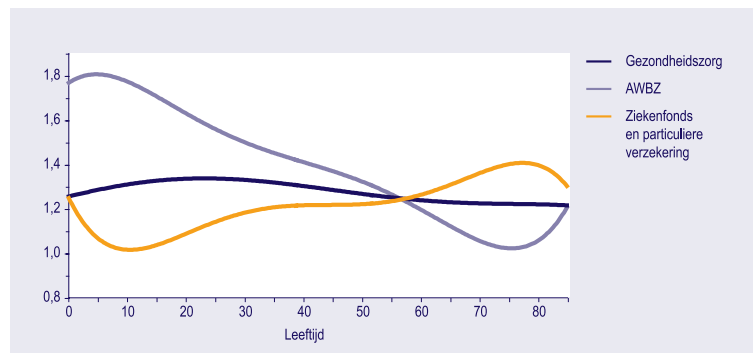
De toename van het zorggebruik per inwoner verschilt per leeftijdsgroep

Tot nu toe zijn we er van uitgegaan dat het zorggebruik per leeftijdsgroep en geslachtsgroep als zodanig niet verandert, maar alleen het aantal personen in de verschillende groepen. In paragraaf 2 hebben we echter ook gezien dat bepaalde ziekten in de loop van de tijd vaker of juist minder vaak voorkomen. Daardoor verandert het zorggebruik, los van de demografische ontwikkeling. Dit geldt ook voor veranderingen in het zorgaanbod, waarbij met name aan technologische ontwikkelingen moet worden gedacht. Omdat deze ook de epidemiologische ontwikkeling kunnen beïnvloeden gaat het bij elkaar om een complex samenspel van factoren, op grond waarvan niet zo gemakkelijk eenduidige conclusies kunnen worden getrokken, zeker niet met betrekking tot veranderingen in de solidariteit.

*Figuur 7 is gebaseerd op een analyse van de kostenontwikkeling in de periode 1988 – 1994 (Polder *et al.*, 2002b). Daaruit kwamen twee opvallende dingen. Ten eerste bleek de procentuele stijging van de totale zorgkosten voor alle leeftijdsgroepen min of meer gelijk te zijn. Hierom konden in de tweede plaats twee tegenstrijdige trends worden waargenomen voor de curatieve zorg (ziekenfonds en particuliere zorgverzekering) en verpleging en verzorging (AWBZ). Bij de curatieve zorg, met name ziekenhuiszorg, bleek sprake te zijn van een sterkere toename van de kos-*

ten bij ouderen. Bij verpleging en verzorging bleek het tegenovergestelde het geval te zijn. Bij dat laatste is het van belang om te weten dat juist in de beschreven periode sprake was van een strakke budgetdiscipline, waarbinnen wel ruimte was voor groei van de gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg, maar minder voor de ouderenzorg en thuiszorg. Na 1994 en vooral ook na 1999 zijn de budgettaire kaders steeds meer losgelaten waardoor de kosten van de AWBZ in een snel tempo zijn gestegen met name binnen de ouderenzorg en thuiszorg. Mede daardoor zijn de trends van *figuur 7* ontoereikend om iets over toekomstige veranderingen in de solidariteit te zeggen. Bovendien geldt dat dit type trends in het zorggebruik beter zichtbaar worden wanneer naar specifieke vormen van zorggebruik wordt gekeken.

Figuur 7: Trends in de zorgkosten per inwoner van Nederland tussen 1988 en 1994 (1988 = 1.0), naar leeftijd en compartiment (AWBZ versus ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars) in constante prijzen.



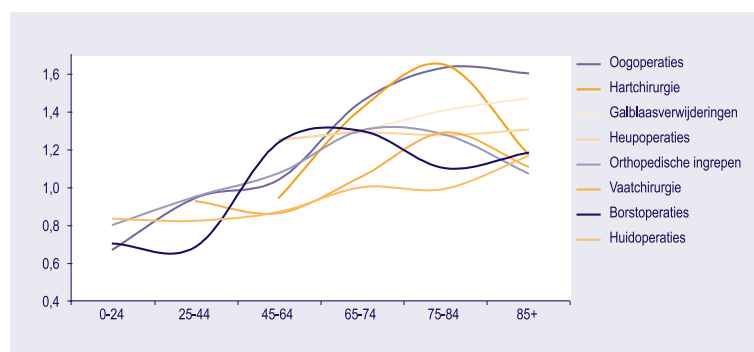
Enkele belangrijke klinische interventies worden steeds vaker op oudere leeftijd toegepast

In de curatieve zorg zijn de trends in het algemeen minder gevoelig voor het beleid en meer voor ontwikkelingen in de medische technologie. Verbeterde mogelijkheden voor anesthesie spelen daarin vaak een belangrijke rol. Daardoor wordt het mogelijk om bepaalde operaties ook bij oudere mensen toe te passen. De ontwikkeling van chirurgische technieken en leereffecten oefenen eveneens een belangrijke invloed uit.

Voor de periode 1988-1994 is behalve naar de totale zorgkosten ook gekeken naar ontwikkelingen in het zorggebruik voor een aantal belangrijke klinische interventies (Polder *et al.*, 2002b). *Figuur 8* toont het leeftijds patroon daarvan en laat zien dat bij ingrepen als oogoperaties, cardiovasculaire chirurgie, galblaasverwijdering en heupoperaties sprake was van een sterke stijging van het aantal operaties bij oudere mensen. De figuur toont daarbij de leeftijdgestandaardiseerde cijfers, dat wil zeggen:

de extra toename ten opzichte van de demografische ontwikkeling. Uiteraard waren er ook interventies waarvoor deze trend niet opging. Het aantal operaties aan de geslachtsorganen daalde bijvoorbeeld voor alle leeftijden, zonder duidelijk leeftijds patroon. Over het geheel genomen laat *figuur 8* echter wel de conclusie toe dat door leeftijdsspecifieke trends er verhoudingsgewijs steeds meer klinische verrichtingen bij ouderen plaatsvinden. Daarmee onderstreept deze analyse de curve voor curatieve zorg in *figuur 7*, en kan in elk geval worden geconcludeerd dat de solidariteit tussen jongeren en ouderen binnen dit deel van de zorg in de periode 1988-1994 is toegenomen.

Figuur 8: Verandering in het aantal klinische interventies per 100 inwoners naar leeftijd en interventie groep, 1988 – 1994 (gestandaardiseerd naar leeftijd, index (1988=1)).

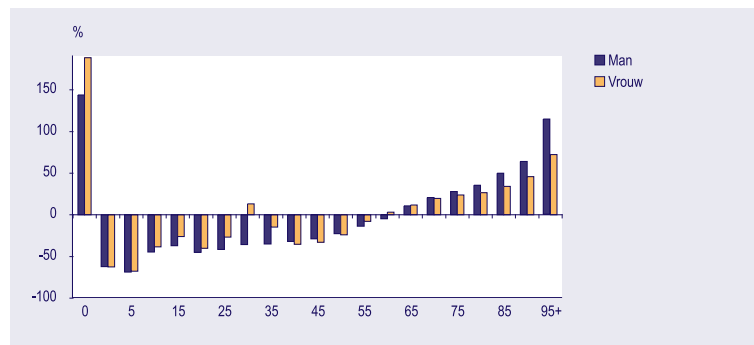


De verpleegduur in het ziekenhuis daalt voor ouderen minder snel dan voor jongeren

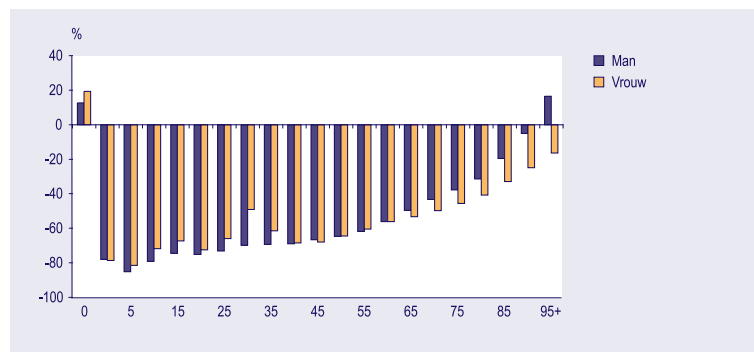
Op dezelfde wijze als voor de klinische verrichtingen kan naar trends in het aantal verpleegdagen worden gekeken. Daarvoor stonden ons zelfs gegevens beschikbaar voor 1980-2003, een periode van ruim twintig jaar. In deze periode hebben zich belangrijke veranderingen voltrokken. Zo is dagbehandeling geïntroduceerd en op grote schaal uitgebouwd. Ook is de gemiddelde verpleegduur per opname min of meer gehalveerd, zowel voor jongeren als voor ouderen. Als het gaat om solidariteit tussen leeftijdsgroepen wordt de belangrijkste trend gevonden in de ontwikkeling van het aantal klinische opnamen. *Figuur 9* laat deze trend zien voor mannen en vrouwen: een daling voor mensen jonger dan 65, een stijging voor mensen ouder dan 65. Verder toont de grafiek de toename van het aantal geboorten in het ziekenhuis, zowel bij moeders in de leeftijd van 30-34 jaar als bij de kinderen. Omdat de gemiddelde verpleegduur in deze periode sterk is gedaald, geldt voor nagenoeg alle leeftijden een daling van het totale aantal verpleegdagen (*figuur 10*). Alleen voor pasgeborenen en mannen in de hoogste leeftijdsgroep geldt een stijging. Desondanks is er sprake van een duidelijk leeftijds patroon: de

daling van het aantal verpleegdagen neemt af met de leeftijd. Hieruit volgt dat het aandeel van 65-plussers in deze periode is toegenomen, namelijk van ruim 35% tot meer dan 45%. *Figuur 11* brengt de relatieve groei in beeld, zowel de feitelijk waargenomen ontwikkeling als na correctie voor de demografische verandering. Feitelijk is het aandeel met 40% toegenomen, Na correctie voor demografie resteert een toename van 30%. Uit de figuur blijkt verder dat het grootste deel van deze stijging voor rekening van de jaren tachtig komt.

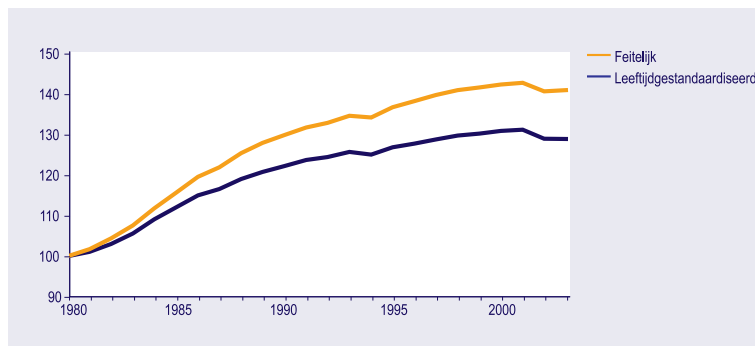
Figuur 9: Leeftijdsspecifieke trends in het aantal klinische opnamen voor mannen en vrouwen in de periode 1980-2003 (Bron: Prismant, Landelijke Medische Registratie - bewerkt door het RIVM).



Figuur 10: Leeftijdsspecifieke trends in het aantal klinische verpleegdagen voor mannen en vrouwen in de periode 1980-2003 (Bron: Prismant, Landelijke Medische Registratie - bewerkt door het RIVM).



Figuur 11: Toename van het aandeel van 65-plussers in het totale aantal klinische verpleegdagen in ziekenhuizen, 1980-2003 (indexcijfers, feitelijk en gestandaardiseerd voor de demografische ontwikkeling) (Bron: Prismant, Landelijke Medische Registratie - bewerkt door het RIVM).

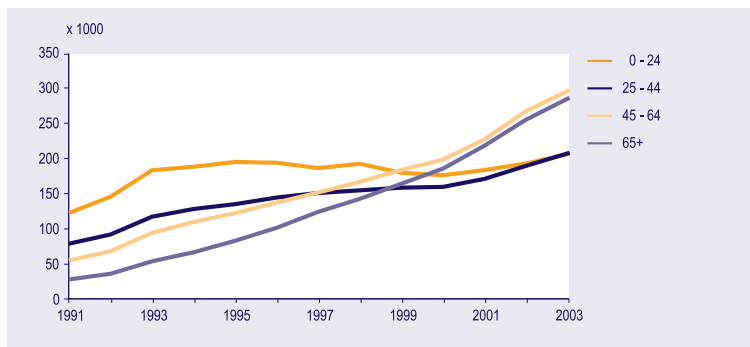


Dagbehandeling is stabiel onder jongeren maar sterk toegenomen bij ouderen

Bovengenoemde cijfers wijzen in de richting van een toename van inter-generationale solidariteit in de achterliggende decennia. Op grond van deze beelden kan echter geen eindconclusie ten aanzien van de zorgkosten of ziekenhuiskosten worden getrokken. Daarvoor zouden zowel de poliklinische zorg als de dagbehandeling in de analyse moeten worden meegenomen. Helaas ontbreekt in Nederland een betrouwbare registratie van de poliklinische zorg. Voor dagbehandeling zijn wel gegevens beschikbaar. Het gaat dan om de periode vanaf 1991. Daarvoor kwam dagbehandeling slechts sporadisch voor. In de begintijd werden vooral kinderen en jongeren in dagopname behandeld. Tonsillectomie (knippen van amandelen) en het plaatsen van trommelvliesbuisjes zijn bekende voorbeelden. Na een aantal jaren stabiliseerde het aantal dagopnamen in de jongste leeftijdscategorie, waarschijnlijk omdat alle (technologische) mogelijkheden waren benut (*figuur 12*). Bij mensen van middelbare leeftijd en ouderen daarentegen, nam het aantal dagopnamen gestaag toe. Sinds 1999 is het aantal dagopnamen bij mensen van middelbare leeftijd zelfs hoger dan bij mensen in de leeftijd van 0-24 jaar, en voor 65-plussers geldt dit vanaf het jaar 2000. Voor deze laatste groep zijn staaroperaties het meest bekende voorbeeld. Uit de figuur volgt de boeiende conclusie dat dagbehandeling in 10 jaar tijd is getransformeerd van een zorgtype voor jongeren naar een zorgtype voor alle leeftijden. Het aandeel van de jongste leeftijdsgroep liep terug van ruim 40% naar een kleine 20%. Het aandeel van 65-plussers steeg van 10% tot ongeveer 30%. Een van de belangrijkste vragen is of deze trend zich verder door zal zetten, of dat bij ouderen ook een plafond wordt bereikt. Daarover kunnen wij echter alleen maar speculeren. Voor dit moment volstaan wij met de

conclusie dat ook bij de dagbehandeling de intergenerationele solidariteit is toegenomen.

Figuur 12: Aantal dagopnamen naar leeftijd, 1991-2003. Het betreft hier alle dagopnamen met een medische diagnose (80% van het totaal) (Bron: Prismant, Landelijke Medische Registratie - bewerkt door het RIVM).



4 Solidariteit en levensloop

In de vorige paragrafen is steeds gebruik gemaakt van de kostencijfers uit één jaar. De daar geschetste leeftijdsverdeling van de kosten ging over verschillende personen van verschillende leeftijden. Een belangrijke vraag is echter of de ongelijkheid in zorgkosten ook zo groot is als deze over de hele levensloop worden berekend. Er zijn economen die zeggen dat vrijwel alle zorgkosten in het laatste levensjaar worden gemaakt. Het leeftijds patroon van *figuur 3* zou in hun optiek alleen het sterfjepatroon weerspiegelen (Zweifel *et al.*, 1999). De gemiddelde zorgkosten bij de oudste leeftijdsgroepen zijn in deze benadering hoog omdat veel mensen op oudere leeftijd overlijden en de zorgkosten in het laatste levensjaar hoog zijn. Deze benadering werpt nieuw licht op het solidariteitsvraagstuk. Als het laatste levensjaar verantwoordelijk is voor het grootste deel van de zorgkosten is de solidariteit over de levensloop beperkt. In deze paragraaf onderzoeken we hoe valide deze uitspraak is en of de leeftijd van overlijden of een gezonde leefstijl van invloed zijn op de zorgkosten in het laatste levensjaar.

Beperkte variatie tussen doodsoorzaken in zorgkosten in het laatste levensjaar

Voor Nederland hebben wij de zorgkosten in het laatste levensjaar berekend op basis van de steekproef die in paragraaf 1 is beschreven. Deze bood voor ongeveer 24.000 overledenen de zorgkosten van het tweede compartiment (ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars), thuiszorg en verpleeghuiszorg. Voor een kleine 17.000 overledenen was tevens de doodsoorzaak bekend via een koppeling van de declaratiegegevens van de verzekeraars met de doodsoorzakenstatistiek van het CBS (Polder, 2003b).

De kosten in het laatste levensjaar bedroegen gemiddeld 15.000 euro. Verschillen tussen mannen en vrouwen waren er nauwelijks. Wel waren de kosten van ziekenfondsverzekerden hoger dan voor particulier verzekerden (15.800 versus 14.200 euro). Dat verschil werd met name veroorzaakt door een omvangrijker gebruik van verpleeghuiszorg door ziekenfondsverzekerden. Daarnaast waren de kosten van curatieve zorg voor particulier verzekerden lager. Naast de invloed van een gemiddeld betere gezondheid moet daarbij bedacht worden dat door eigen risico's een deel van de ziekenhuiskosten van particulier verzekerden aan de waarneming is onttrokken. Met deze bedragen waren de kosten van zorg in het laatste levensjaar gemiddeld 11,5 keer hoger dan in de overige levensjaren. In *tabel 9* zijn de kosten uitgesplitst naar doodsoorzaak. De relatief lage kosten voor hartinfarcten en ongevallen vallen op, maar echt opvallend is dat natuurlijk niet omdat het in beide gevallen om onverwachte gebeurtenissen gaat waaraan veel mensen acuut overlijden. Ook tussen andere doodsoorzaken zien we verschillen, maar het meest opvallende is

wel dat over het geheel genomen de verschillen beperkt zijn. Kennelijk wordt de zorgbehoefte meer bepaald door het naderende levenseinde dan door de precieze doodsoorzaak. Zo gezien speelt risicosolidariteit een beperkte rol: iedereen zal een keer overlijden en de zorgkosten zijn voor iedereen min of meer gelijk.

Tabel 9: Gemiddelde zorgkosten (in euro's)^a per overledene naar doodsoorzaak in 1999.

	Mannen	Vrouwen	Totaal	Aantal overledenen	%
Infectieziekten	24.884	18.072	21.698	201	1,2%
Kanker	17.835	19.679	18.669	4.981	29,8%
Diabetes	17.034	19.002	18.280	425	2,5%
Psychische stoornissen	13.095	11.997	12.341	435	2,6%
Zenuwstelsel	20.978	13.950	17.088	365	2,2%
Hartinfarct	7.256	9.074	8.068	1.740	10,4%
Beroerte	14.181	13.461	13.747	1.470	8,8%
Overige hart en vaatziekten	12.732	12.452	12.586	2.946	17,6%
Longontsteking	15.934	12.560	13.954	680	4,1%
Astma en COPD	15.888	19.163	17.126	865	5,2%
Spijvertering	16.617	16.491	16.543	623	3,7%
Spieren en beenderen	22.459	19.800	20.686	108	0,6%
Urinewegen	25.047	20.015	22.211	362	2,2%
Ongevallen	7.897	10.747	9.400	436	2,6%
Overig	10.013	12.017	11.193	1.065	6,4%
Totaal	14.761	15.044	14.906	16.702	100,0%

^a) Kosten van het tweede compartiment, thuiszorg en verpleeghuiszorg.

Het laatste levensjaar domineert niet de zorgkosten van de levensloop

Uit bovenstaande volgt dat de zorgkosten in het laatste levensjaar een belangrijke rol spelen en nieuw licht werpen op het thema risicosolidariteit. Toch is het niet zo dat het laatste levensjaar de zorgkosten van de levensloop domineert. Met het laatste levensjaar is immers gemiddeld een zelfde bedrag gemoeid als met 11,5 'gewone' levensjaren. Bij een levensverwachting van 75-80 jaar zijn die gewone levensjaren dus minstens zo belangrijk voor de zorgkosten over de levensloop als het laatste levensjaar. Dit blijkt ook als we naar de totale kosten van alle overledenen kijken. In 1999 bedroegen die 10% van de totale zorgkosten, terwijl ongeveer 0,8% van de bevolking overleed. In paragraaf 1 hebben we echter gezien dat 1% van de bevolking verantwoordelijk was voor 30% van de zorgkosten. Hieruit volgt dat er naast de groep overledenen nog een andere kleine groep mensen met hoge tot zeer hoge zorgkosten was. En dit wijst weer in de richting van een grote mate van risicosolidariteit op individueel niveau.

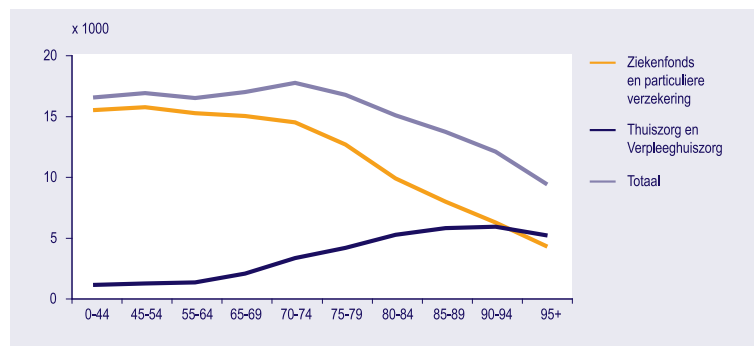
De kosten in het laatste levensjaar hebben een omgekeerd leeftijds patroon

In *figuur 13* zijn de zorgkosten van het laatste levensjaar uitgesplitst naar leeftijd van overlijden. Daarbij is ook onderscheid gemaakt tussen de kosten van ziekenfonds- en particuliere verzekering enerzijds en thuis-

zorg en verpleeghuiszorg anderzijds. Dit levert bijzondere contrasten op. De figuur vormt min of meer het spiegelbeeld van *figuur 3* waarin de gemiddelde zorgkosten van alle inwoners zijn weergegeven. In tegenstelling tot die kosten die sterk met de leeftijd toenemen, blijken de kosten in het laatste levensjaar juist te dalen naarmate mensen op oudere leeftijd overlijden. Deze daling wordt vooral veroorzaakt door een lager gebruik van curatieve zorg.

Dit leeftijdspatruon zou belangrijke consequenties kunnen hebben. Immers als mensen op oudere leeftijd overlijden dalen de kosten. Dit zou kunnen betekenen dat veroudering (een toename van de levensverwachting) het effect van de vergrijzing (meer oudere mensen) op de zorgkosten afremt of wellicht zelfs ongedaan maakt. Van dat laatste blijkt in Nederland echter geen sprake te zijn. Bij een toename van de levensverwachting is de invloed van de hogere kosten die in de gewonnen levensjaren worden gemaakt groter dan de invloed van de lagere kosten door het op latere leeftijd overlijden (Polder *et al.*, 2003).

Figuur 13: Zorgkosten in het laatste levensjaar (in euro's) naar leeftijd van overlijden in 1999.



Gezond ouder worden

Tegen bovenstaande gedachtegang kunnen wel bezwaren worden aangekend. Een dynamische ontwikkeling als veroudering wordt immers gecombineerd met (statische) kostencijfers afkomstig uit een bepaald kalenderjaar. De toename van de levensverwachting impliceert echter dat mensen gezonder zijn, en dat zou weer kunnen betekenen dat de zorgbehoefte en de zorgkosten verminderen. Voor Nederland zijn echter geen kostencijfers beschikbaar om het effect van gezond ouder worden te kwantificeren. Wel kan worden gewezen op de analyse van Lubitz en zijn collega's voor de Verenigde Staten (Lubitz *et al.*, 2003). Op basis van longitudinale gegevens concluderen zij dat de gecumuleerde zorgkosten vanaf 70 jaar tot het overlijden gemiddeld genomen gelijk zijn voor mensen met een gezonde leefstijl en mensen met een ongezonde leefstijl.

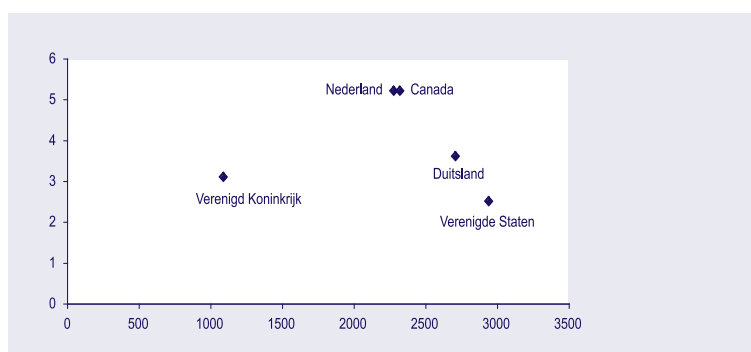
De consequentie hiervan is dat een toename van de levensverwachting, in tegenstelling tot de gangbare visie, geen effect heeft op de totale zorgkosten. Door de bril van risicosolidariteit biedt de analyse van Lubitz de spannende waarneming dat er geen solidariteitsoverdrachten plaatsvinden tussen mensen die gezond en ongezond leven. Mensen die ongezond leven kosten op jaarbasis meer, maar leven gemiddeld korter. Mensen die gezond leven kosten minder, maar leven langer. Vanuit de levensloop gezien is iedereen gemiddeld even duur. Of dit ook voor Nederland geldt weten we helaas niet.

5 Solidariteit in het buitenland

Voor deze reflecties op risicosolidariteit hebben wij geen uitgebreide internationale vergelijking gemaakt. Niettemin is het goed om ook over de landsgrenzen te kijken. Zijn de beschreven ontwikkelingen die bij een gelijkblijvend zorgstelsel een toename van de risicosolidariteit suggereren uniek voor Nederland, of hebben we te maken met een verschijnsel dat zich in alle landen voordoet? We beperken ons hier tot het leeftijds patroon in de gemiddelde zorgkosten per inwoner. Op basis van *figuur 3* kan worden berekend dat de gemiddelde zorgkosten van een 65-plusser met een factor 5,2 hoger zijn dan de kosten voor mensen met een lagere leeftijd. Ook voor andere landen kan deze verhouding worden berekend. *Figuur 14* brengt voor een aantal landen de gemiddelde zorgkosten per hoofd van de bevolking in beeld, met daarbij de verhouding tussen de gemiddelde kosten voor mensen ouder en jonger dan 65 jaar. Voor Canada werden voor 2000 vergelijkbare getallen gevonden als voor Nederland in 1999 (Health Canada, 2001). Voor het Verenigd Koninkrijk werd een gemiddelde factor van 3,1 berekend voor de periode 1996-1999 bij een veel lager kostenbedrag van gemiddeld 1.100 euro per hoofd van de bevolking. In Duitsland (2002) en de Verenigde Staten (2000) waren de kosten hoger maar was de verhouding tussen ouderen en jongeren lager (Statistisches Bundesamt, 2002; Ezzati-Rice *et al.*, 2004).

In dit patroon vallen Nederland en Canada op met hoge solidariteit bij een gemiddeld kostenniveau.

Figuur 14: Gemiddelde zorgkosten per hoofd van de bevolking en verhouding tussen de gemiddelde kosten voor mensen ouder en jonger dan 65 jaar.



Het probleem van dit soort vergelijkingen is echter dat er grote verschillen bestaan tussen de verschillende gezondheidszorgsystemen. Voor harde uitspraken moet veel meer in detail worden gekeken. Als men zich zou

concentreren op de ziekenhuiskosten, dan valt op dat de verhouding tussen de gemiddelde kosten voor mensen ouder en jonger dan 65 jaar in Nederland, de Verenigde Staten en het Verenigd Koninkrijk in de richting van een factor 4 gaat. Niet voor alle landen is echter een dergelijke detaillering mogelijk, en bovendien gaat bij een dergelijke detaillering de noodzaak klemmen van een vergelijkende analyse op individueel niveau naar het voorbeeld van paragraaf 1. Los daarvan is het de vraag of de ziekenhuiszorg in de landen waarvoor de sectorale cijfers wel beschikbaar zijn ook dezelfde voorzieningen omvat. Zo kennen sommige landen geen afzonderlijke psychiatrische ziekenhuizen maar is deze zorg geïntegreerd in de gewone ziekenhuiszorg, zoals we dat in Nederland ook kennen voor de psychiatrische afdelingen in algemene ziekenhuizen (PAAZ). Een ander voorbeeld betreft de medisch specialisten die in een land als Duitsland in de eerste lijn werkzaam zijn. Voor een goede vergelijking zijn uniforme definities noodzakelijk (Polder *et al*, 2005). Gelukkig wordt binnen Europa wel gewerkt aan op elkaar afgestemde schattingen van de kosten naar leeftijd en geslacht (Wagener, 2003). Vooral nog gaat het daarbij echter alleen om een inventarisatie van mogelijkheden waaraan nog geen conclusies kunnen worden verbonden. Dit laat onverlet dat Seshamani en Gray op basis van een grofmazige analyse zeggen dat in vrijwel alle landen de verhouding tussen zorgkosten voor ouderen en jongeren in de loop van de tijd toeneemt (Seshamani & Gray, 2002). Dit zou kunnen betekenen dat de trend van toenemende risicosolidariteit die in deze achtergrondstudie op verschillende manier is toegelicht, een universeel karakter heeft.

Literatuur

Bakker D.H. de, Polder J.J., Sluijs E.M., Treurniet H.F., Hoeijmans N., Hingstman L., Poos M.J.J.C., Gijsen R., Griffioen D.J., Velden L.F.J. van der. *Op één lijn – Toekomstverkenning Eerstelijnszorg 2020*. RIVM, NIVEL, 2005 (in druk).

Berg Jeths A. van den, Peters-Volleberg G.W.M. (red.). *Geneesmiddelen en medische hulpmiddelen: trends en dilemma's*. RIVM-rapport nr 270556004. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

College voor Zorgverzekeringen (CVZ). *CVZorgcijfers 1998-2003*. Diemen, augustus 2004.

Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS), Voorburg/Heerlen. *Statline*, 2005.

Centraal Planbureau (CPB). *Een scenario voor de zorguitgaven 2003-2006*. CPB document nr. 007. Den Haag: Centraal Planbureau, 2001.

Ezzati-Rice T.M., Kashihara D., Machlin S.R. *Health care expenses in the United States, 2000*. MEPS Research Findings no. 21. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality, 2004.

Health Canada. *Health expenditures in Canada by age and sex, 1980-1981 tot 2000-01*. Ottawa: Health Canada, 2001:82.

Keehan S.P., Lazenby H.C., Zezza M.A., Catlin A.C.. Age estimates in the national health accounts. *Health Care Financing Review 2004*; Web Exclusive 1(1):1-16.

Lubitz J., Cai L., Kramarow E., Lentzner H., Greenberg L.G., Gorina Y., *et al.* Health, life expectancy, and health care spending among the elderly
Three decades of health care use by the elderly, 1965-1998. *New England Journal of Medicine 2003*; 349(11):1048-55.

Oers J.A.M. van (red.). *Gezondheid op koers? Volksgezondheid Toekomstverkenning 2002*. RIVM-rapport nr 270551001. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

Polder J.J., Takken J., Meerding W.J., Kommer G.J., Stokx L.J. *Kosten van ziekten in Nederland - De zorgeuro ontrafeld*. RIVM-rapport nr 270751005. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002a.

Polder J.J., Bonneux L., Meerding W.J., Maas P.J. van der. Age-specific increases in health care costs. *European Journal of Public Health* 2002b;12(1):57-63.

Polder J.J.. Het zorgstelsel is altijd solidair. *Economisch Statistische Berichten (ESB)* 2003a;88(4403):228-229.

Polder J.J.. De kosten van zorg in het laatste levensjaar. *Vektis Zorgthermometer* 2003b (December 2003):16-19.

Polder J.J., Jacobs O., Barendregt J.J.. De prijs van grijs - De invloed van de vergrijzing op de kosten van de zorg. *Medisch Contact* 2003; 58(52):2034-2038.

Polder J.J., Meerding W.J., Bonneux L., Maas P.J. v. d. A cross-national perspective on cost of illness. *European Journal of Health Economics* 2005; in press.

Seshamani M, Gray A. The impact of ageing on expenditures in the National Health Service. *Age & Ageing* 2002;31(4):287-294.

Statistisches Bundesamt. *Krankheitskosten 2002*. Wiesbaden, 2004:55.

Vektis. Financiering van de zorg in 2000 – *Zorgmonitor 2001*. Zeist, 2001.

Wagener R. 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. Luxembourg: Eurostat, 2003:171.

Zweifel P, Felder S, Meiers M. Ageing of population and health care expenditure: a red herring? *Health Economics* 1999;8(6):485-96.

Overzicht publicaties RVZ

De adviezen zijn te bestellen en/of te downloaden op de website van de RVZ (www.rvz.net). Tevens kunt u de adviezen telefonisch aanvragen bij de RVZ (079 3 68 73 11). De publicaties van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid zijn alleen telefonisch te bestellen.

Adviezen en achtergrondstudies

05/03	Briefadvies Standaardisering Elektronisch Patiënten Dossier	gratis
05/02	De WMO in internationaal perspectief (achtergrondstudie bij briefadvies WMO)	€ 15,00
05/01	Briefadvies Wet Maatschappelijke Ondersteuning	gratis
04/09	De GHORdiaanse knoop doorgehaakt (gezamenlijk advies met de Raad voor het openbaar bestuur)	gratis
04/08	Gepaste zorg	€ 15,00
04/07	Met het oog op gepaste zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/06	De invloed van de consument op het gebruik van zorg (achtergrondstudie bij het advies Gepaste zorg)	€ 15,00
04/04	De Staat van het Stelsel: achtergrondstudies	€ 15,00
04/03	Verantwoordingsprocessen in de zorg op basis van de balanced scorecard (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/02	Indicatoren in een zelfsturend systeem, prestatie-informatie voor systeem, toezicht, beleid en kwaliteit (achtergrondstudie bij het advies De Staat van het Stelsel)	€ 15,00
04/01	De Staat van het Stelsel	€ 15,00
03/15	Acute zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/14	Acute zorg	€ 15,00
03/13	Gemeente en zorg (achtergrondstudie)	€ 15,00
03/12	Gemeente en zorg	€ 15,00
03/10	Kiezen in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/09	Marktconcentraties in de ziekenhuissector (achtergrondstudie bij het advies Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg)	€ 15,00
03/08	Marktconcentraties in de ziekenhuiszorg	€ 15,00
03/07	Internetgebruiker en kiezen van zorg (resultatenonderzoek bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/06	Zorgaanbod en cliëntenperspectief (achtergrondstudie bij het advies Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/05	Van patiënt tot klant	€ 15,00
03/04	Marktwerking in de medisch specialistische zorg: achtergrondstudies	€ 15,00
03/03	Anticiperen op marktwerking (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00

03/02	Health Care Market Reforms & Academic Hospitals in international perspective (achtergrondstudie bij het advies Marktwerking in de medisch specialistische zorg)	€ 15,00
03/01	Marktwerking in de medisch specialistische zorg	€ 15,00
02/19	Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/18	Juridische aspecten van taakherschikking (achtergrondstudie bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg)	€ 15,00
02/17	Taakherschikking in de gezondheidszorg	€ 15,00
02/15	Gezondheid en gedrag: debatten en achtergrondstudies (achtergrondstudies en debatverslagen bij het advies Gezondheid en gedrag)	€ 15,00
02/14	Gezondheid en gedrag	€ 15,00
02/13	De biofarmaceutische industrie ontwikkelingen en gevolgen voor de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Biowetenschap en beleid)	€ 15,00
02/12	Achtergrondstudie Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/11	Biowetenschap en beleid	€ 15,00
02/10	Want ik wil nog lang leven (achtergrondstudie bij Samenleven in de samenleving)	€ 15,00
02/09	Samenleven in de samenleving (incl. achtergrondstudies NIZW, Bureau HHM op CD-ROM)	€ 15,00
02/07	Internetgebruiker, arts en gezondheidszorg (resultaten onderzoek bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/06	Inzicht in e-health (achtergrondstudie bij E-health in zicht)	€ 15,00
02/05	E-health in zicht	€ 15,00
02/04	Professie, profijt en solidariteit (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/03	Meer markt in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/02	'Nieuwe aanbieders' onder de loep: een onderzoek naar private initiatieven in de gezondheidszorg (achtergrondstudie bij Winst en gezondheidszorg)	€ 15,00
02/01	Winst en gezondheidszorg	€ 15,00
01/11	Kwaliteit Resultaatanalyse Systeem (achtergrondstudie bij Volksgezondheid en zorg)	€ 13,61
01/10	Volksgezondheid en zorg	€ 13,61
01/09	Nieuwe gezondheidsrisico's bij voeding (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/08	Verzekeraarbaarheid van nieuwe gezondheidsrisico's (achtergrondstudie bij Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren)	€ 13,61
01/07	Gezondheidsrisico's voorzien, voorkomen en verzekeren	€ 13,61
01/05	Technologische innovatie in zorgsector (verkennende studie)	€ 11,34
01/04E	Healthy without care	€ 9,08
00/06	Medisch specialistische zorg in de toekomst (advies en dossier)	€ 19,29

00/04	De rollen verdeeld: achtergrondstudies (achtergrondstudie bij De rollen verdeeld)	€ 13,61
00/03	De rollen verdeeld	€ 13,61

Bijzondere publicaties

04/05	Tot de klant gericht (conclusies van de invitational conference Van patiënt tot klant)	€ 15,00
03/11	De wensen van zorgcliënten in Europa	€ 15,00
02/16	Gezondheidszorg en Europa: een kwestie van kiezen	€ 15,00
01M/02	Meer tijd en aandacht voor patiënten? Hoe een nieuwe taakverdeling kan helpen	gratis
01M/01E	E-health in the United States	€ 11,34
01M/01	E-health in de Verenigde Staten	€ 9,08
01M/03	Publieksversie Verzekerd van zorg	€ 6,81
01M/02	De RVZ over het zorgstelsel	€ 9,08
01M/01	Management van beleidsadvisering	€ 11,34
00/05	Himmelhoch jauchzend, zum Tode betrübt (essay)	€ 6,81

Signalementen met achtergrondstudies

Sig 05/03	Risicosolidariteit en zorgkosten (achtergrondstudie bij Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg)	€ 15,00
Sig 05/02	Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg	€ 15,00
Sig 05/01	Het preventieconcert: internationale vergelijking van publieke gezondheid	€ 15,00
Sig 03/01	Exploderende zorguitgaven	€ 15,00

Publicaties Centrum Ethiek en Gezondheid

Signalering Ethiek en Gezondheid 2003	gratis
Signalering Ethiek en Gezondheid 2004	gratis
De vertwijfeling van de mantelmeeuw 2004	gratis
Bundel achtergrondstudies Economisering van zorg en beroepsethiek (2004)	gratis

Publicaties Commissie Bestrijding Vrouwelijke Genitale Verminking

De commissie is een ad hoc adviescommissie ingesteld door de minister van VWS, ondersteund door het secretariaat van de RVZ.

VGW	Vrouwelijke genitale verminking nader bekeken	
05/04	(achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VGW	Bestrijding vrouwelijke genitale verminking: achtergrondstudie	
05/03	(achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis
VGW	Genitale verminking in juridisch perspectief	
05/02	(achtergrondstudie bij Bestrijding vrouwelijke genitale verminking)	gratis

VGV Bestrijding vrouwelijke genitale verminking
05/01

gratis

Werkprogramma's en jaarverslagen

00/02 Werkprogramma RVZ 2001 – 2002
04/12 Jaarverslag 2002-2003 RVZ
02/08 Jaarverslag 2001 RVZ
01/06 Jaarverslag 2000 RVZ
00/01 Jaarverslag 1999 RVZ

gratis
gratis
gratis
gratis
gratis

