

WAT HEEFT DE AFGELOPEN TWINTIG JAAR GEZONDHEIDSZORG ONS GEBRACHT?

# De prijs van langer leven

Vergeleken met twintig jaar geleden worden we flink ouder, maar dat heeft ook aardig wat gekost. De in coronaire hartziekten geïnvesteerde euro's hebben ons het meest opgeleverd. Andere investeringen renderen een stuk minder, ook in vergelijking met het buitenland.



GETTY IMAGES

**E**en duidelijke graadmeter van gezondheidszorg is de levensverwachting. In de afgelopen twintig jaar is die voor mannen met maar liefst vijf jaar toegenomen, van 75 naar 80 jaar. Bij vrouwen was de stijging kleiner: zij gingen van 81 naar 83 jaar. De gemiddelde winst in levensverwachting komt daarmee op 3,6 jaar. Qua levensjaren in goede gezondheid hebben mannen vrouwen inmiddels ingehaald. In 1997 brachten beiden 61 jaar in goede gezondheid door, op dit moment zijn dat er voor mannen 65 en voor vrouwen 63. In dezelfde periode zijn de zorguitgaven snel gegroeid. In 1997 ging omgerekend 23 cent van elke euro overheidsuitgaven naar de zorg. Anno 2017 is dat opgelopen naar 31 cent van elke euro. Linksom of rechtsom gaan die extra uitgaven ten koste van andere collectieve voorzieningen, van onderwijs tot sociale zekerheid en van veiligheid tot cultuur.

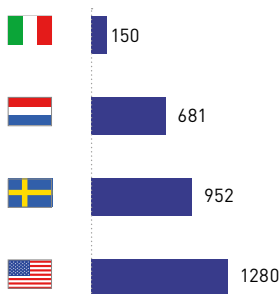
Is dat nou een goede deal? 8 cent per euro meer uitgeven aan zorg en een 3,6 jaar hogere levensverwachting? In een internationale vergelijking met landen die in 1997 een vergelijkbare levensverwachting hadden, komen we niet zo best uit de verf (zie *figuur 1*). Voor dezelfde winst in levensjaren waren we in Nederland vier keer zoveel geld kwijt als Italië. Aan de andere kant heeft men in Zweden meer uitgegeven per gewonnen levensjaar. Als je zo kijkt naar *value based healthcare*, begrijp je wel waarom juist Zweden daarmee aan de slag is gegaan.

### Solidariteit

Wie hebben de extra zorguitgaven eigenlijk betaald? Daarvoor hebben we gekeken naar de inkomenssolidariteit. Als je de krant openslaat, ontstaat al snel de indruk dat die langzaam afbrokkelt. De cijfers laten echter zien dat de modale en hoge inkomens een veel groter gedeelte van hun inkomen zijn gaan betalen aan zorg (zie *figuur 2*). Minima waren zowel in 1997 als nu 13 procent van hun inkomen aan zorg kwijt. Het aandeel eigen betalingen en zorgverzekering is wel toegenomen, waardoor de kosten zichtbaarder zijn. De modale en topinkomens betalen

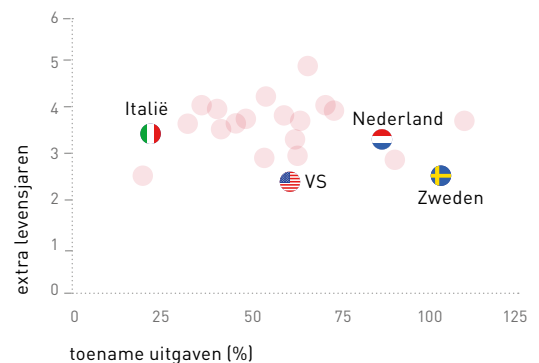
## 1. KOSTEN VAN EXTRA LEVENSJAREN

### Uitgaven per gewonnen levensjaar



US dollar per inwoner, 1997

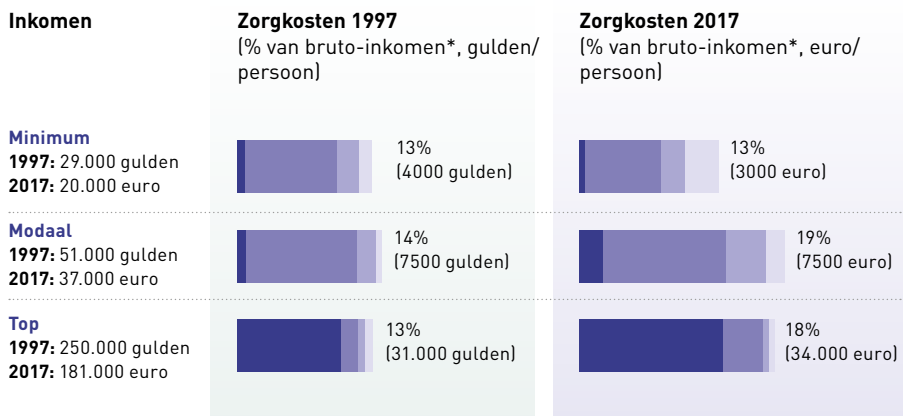
### Gewonnen levensjaren en toegenomen gezondheidszorguitgaven



Aantal jaar en het percentage landen met levensverwachting > 75 jaar in 1997, 1997-2013

**Nederland heeft een gemiddelde winst in levensverwachting, maar heeft daarvoor relatief veel uitgegeven.**

## 2. DEEL INKOMEN PER INKOMENSGROEP BESTEED AAN ZORG



\* % van bruto-inkomen verhoogd met werkgeversbijdragen, ziekenfonds/Zvw

**De inkomenssolidariteit is toegenomen in de afgelopen twintig jaar.**

# KOSTEN & BATEN

## 3. HARTINFARCT VROEGER EN NU

	1997	2017
doodsoorzaak van alle overleden personen per jaar	10,5% 	3,4% 
tijd tot diagnose indien geen afwijkingen op ecg	6 uur	1-3 uur
dotterbehandelingen	15.000	45.000
opnameduur	8 dagen 8 dagen	5 dagen 6 dagen

**Hartinfarct: minder sterfte, meer dotterbehandelingen, snellere diagnostiek en kortere opnameduur.**

## 4. BORSTKANKER VROEGER EN NU

	1997	2017
diagnose borstkanker kans op ontwikkelen van borstkanker gedurende het leven	1 op 10 	1 op 8 
tijd tot diagnose	3 weken	80% < 2 werkdagen
chirurgie	okselklieren verwijderen	schildwachtklier-procedure
5-jaarsoverleving	77% 	87% 

**Borstkanker: hogere incidentie, snellere diagnostiek, minder ingrijpende chirurgie en betere overleving.**

nu 18 tot 19 procent van hun inkomen aan zorg, tegen 13 tot 14 procent in 1997.

### Verandering en vooruitgang

We komen vaker in het ziekenhuis, wat geleid kan hebben tot de gestegen levensverwachting. Terwijl het aantal huisartsbezoeken stabiel is gebleven en de kans dat je als 80-plusser in een verpleeghuis komt is gehalveerd, hebben we 30 procent vaker contact met een medisch specialist. Ook binnen de muren van het ziekenhuis is veel veranderd: het aantal verpleegkundigen is constant, terwijl het aantal artsen is verdubbeld. We hoeven bovendien nog maar vier nachten te blijven per klinische opname in plaats van negen in 1997 en voor veel ingrepen kun je zelfs dezelfde

Evenveel verpleegkundigen; twee keer zoveel artsen

dag al naar huis. Het aantal MRI-scans verzesvoudigde in twintig jaar tijd. Dit soort kengetallen laten verandering zien, maar blijven oppervlakkig. De verandering en vooruitgang is pas zichtbaar als je inzoomt op ziekten of vakgebieden. Daarom hebben we in meer detail naar de ontwikkelingen gekeken in coronaire hartziekten (in het bijzonder hartinfarct), borstkanker en verloskunde.

### Hartinfarct

In 1997 overleed nog ruim 10 procent van de mensen aan een hartinfarct. In 2017 was dat nog maar 3 procent (zie *figuur 3*). Een enorme sprong voorwaarts, die onder andere komt door snellere diagnostiek en het breder inzetten van dotterbehandelingen. Ook leefstijlverbeteringen, waaronder minder roken, betalen zich uit.

### Borstkanker







De diagnose borstkanker wordt bij steeds meer vrouwen gesteld (zie *figuur 4*). Gelukkig zitten vrouwen korter in onzekerheid: de tijd tot diagnose ging van drie weken naar minder dan twee dagen. Ook krijgen

vrouwen steeds meer een behandeling op maat. Was een okselkliertoilet twintig jaar geleden nog standaard, tegenwoordig is die minder vaak nodig door de schildwachtklierprocedure. Ook keuzes voor chemotherapie en bestraling zijn nu gebaseerd op tumorkenmerken en voorkeuren van de patiënt. Door snellere diagnose en betere behandeling is de vijfjaarsoverleving toegenomen van 77 naar 87 procent.

### Verloskunde

Het vakgebied verloskunde is minder sterk door technologische vooruitgang gedreven dan de cardiologie en oncologie. Het aantal verloskundigen (en het aantal fte's) is de afgelopen twintig jaar meer dan verdubbeld (zie *figuur 5*), terwijl het aantal bevallingen met 15 procent is afgenomen. Per geboorte besteedt een verloskundige nu dus meer dan twee keer zoveel tijd als in 1997. Verloskundigen werken daarnaast vaker in de tweede lijn, waar ook meer bevallingen plaatsvinden: 71 procent, tegenover 56 procent in 1997. Het aandeel bevallingen waarbij de moeder ouder is dan 40 jaar is verdubbeld, met een groter

## 5. VERLOSKUNDE VROEGER EN NU

	1997	2017
aantal verloskundigen	1400 (200 in tweede lijn)	3200 (900 in tweede lijn)
locatie bevallingen thuis	34% 	13% 
geboortecentrum of poliklinisch	10% 	16% 
tweede lijn	56% 	71% 
bevallen vrouwen 40+	2,1%	4,0%
neonatale sterfte aandeel overleden in de eerste 28 dagen na een zwangerschapsduur van 22 weken of meer	4,2‰	3,0‰

**Verloskunde: meer verloskundigen, meer tweedelijns bevallingen, meer oudere moeders en lagere neonatale sterfte.**

complicatierisico tot gevolg. Desondanks zijn we erin geslaagd de neonatale sterfte te doen afnemen van 4,2 naar 3,0 promille.

### Uitkomsten fors verbeterd

Deze drie voorbeelden illustreren dat de uitkomsten voor patiënten fors zijn verbeterd. Maar echt vergelijken waarin we nu de meeste vooruitgang hebben geboekt, is lastig. Om die vergelijking te kunnen maken, hebben we bepaald hoeveel *quality-adjusted life years* (qaly's) we hebben gewonnen ten opzichte van 1997. Deze qaly-winst hebben we vervolgens uitgezet tegen de toename in zorgkosten. Natuurlijk zijn qaly-berekeningen vooral bedoeld om de kosteneffectiviteit van een specifieke behandeling in kaart te brengen, maar onze benadering laat zien dat ook een vergelijking van verschillende zorgthema's nuttige inzichten geeft. Als we onze drie voorbeelden vergelijken, zien we dat de extra zorgkosten gemaakt voor coronaire hartziekten veruit de meeste qaly's hebben opgeleverd: ongeveer 450 qaly's per miljoen euro (zie *figuur 6*). Andersom geformuleerd is dat

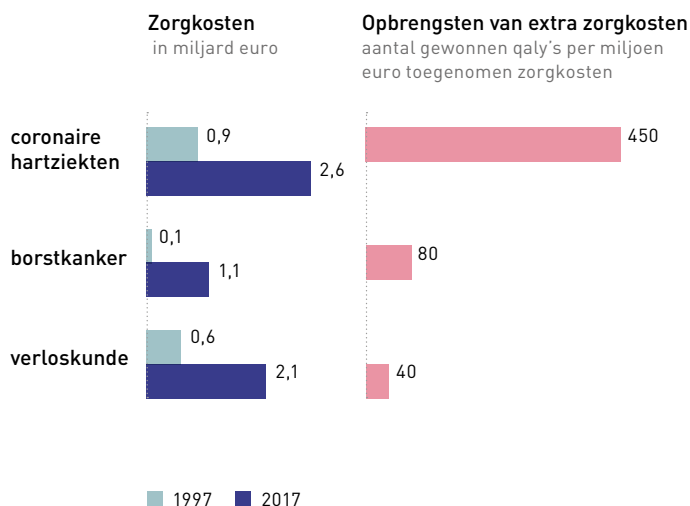
een ruime 2000 euro per qaly. Voor borstkanker hebben we weliswaar veel qaly's gewonnen, maar zijn de kosten vertienvoudigd. In de verloskunde was de kostenstijging relatief minder groot, maar de absolute toename in qaly's ook.

### Snoeien en wieden

Het voelt ongemakkelijk: drie los van elkaar staande onderdelen van zorg met elkaar vergelijken aan de hand van hun grof berekende prijskaartje per qaly. Maar zoals zo vaak leggen ongemakkelijke vragen de vinger op de zere plek. Want als elke zorgeuro schaars is, waar geef je die dan het beste aan uit? Inherent aan die vraag is ook: wat kunnen we beter niet meer doen? Alleen maar extra zorg toevoegen is niet reëel; de zorg kan niet onbeperkt ruimte afsnoepen van andere publieke voorzieningen die belangrijk zijn, zoals onderwijs.

We zijn in Nederland de afgelopen twintig jaar goed gebleken in nieuwe dingen doen in de zorg – oftewel: zaaien. Denk daarbij aan aanvullende diagnostiek, extra controlemomenten, nieuwe genees-

## 6. KOSTEN EN BATEN



**De toegenomen zorgkosten voor coronaire hartziekten hebben de meeste qaly's opgeleverd.**

middelen en langer doorbehandelen. Om uiteindelijk zo goed mogelijk te kunnen oogsten – dus: zoveel mogelijk waarde voor de patiënt te creëren – is het de komende jaren belangrijk om ook stevig te snoeien en te wieden, door kritisch te bekijken welke toevoegingen in de zorg nu werkelijk een bewezen meerwaarde hebben. Alleen door te schrappen in onze medische handelwijzen, kunnen we een duurzaam zorgsysteem realiseren. ■

### contact

lisa.vogelpoel@gupta-strategists.nl  
cc: redactie@medischcontact.nl

Geen belangenverstrengeling gemeld door de auteurs.

### web

De gebruikte bronnen vindt u onder dit artikel op [medischcontact.nl/artikelen](http://medischcontact.nl/artikelen).