



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

A. van Leeuwenhoeklaan 9
3721 MA Bilthoven
Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl
KvK Utrecht 30276683
T 030 274 91 11
F 030 274 29 71
info@rivm.nl

Kosten van langdurige zorg in West-Europa. Een vergelijking tussen Nederland en buurlanden

Kosten van ziekten notities 2013-2

AM Bijenhof
LCJ Slobbe

Contact:
Centrum voor Gezondheid & maatschappij
kostenvanziekten@rivm.nl

© RIVM 2013

Deze notitie is onderdeel van de digitale publicatiereeks 'Notities kosten van ziekten' en is opgesteld in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van de VTV-2014 Programma 1.

Vanaf 2012 worden jaarlijks korte verdiepende notities rond 'Kosten van Ziekten' opgesteld. In deze publicaties wordt verslag gedaan van een actueel thema, waarover de gegevens uit de kosten van ziekten studie een extra invalshoek kunnen toevoegen aan de discussie. Deze berichten kunnen ook een meer technisch karakter hebben of een samenvatting bevatten van de 'overall' resultaten van de empirische en modelmatige kostentoewijzingen. Tevens zullen deze publicaties een overzicht geven van voor het beleid relevante studies en recente ontwikkelingen op het gebied van kosten van ziekten en ontwikkelingen van de zorguitgaven, zowel nationaal als internationaal. Ook kunnen belangrijke resultaten uit andere deelstudies aan bod komen. De notities overbruggen de afstand tussen uitgebreide RIVM-rapporten enerzijds, en korte actuele teksten op websites anderzijds. De reeks is gekoppeld aan de website www.kostenvanziekten.nl.

Inhoudsopgave

Kernboodschappen	Error! Bookmark not defined. 3
1 Inleiding	5
2 Mortaliteitspatronen	7
3 Ziektelastpatronen	8
4 Vergelijking Nederland en Duitsland op basis van Kosten van Ziekten studies	9
4.1 Demografie	9
4.2 Beroerte	11
4.3 Dementie	12
4.4 Kwaadaardige tumoren	13
Referenties	14
Bijlage 1	15
Bijlage 2	16

Kernboodschappen

Nederland kent hoge uitgaven aan langdurige gezondheidszorg. In deze notitie worden verklaringen voor de verschillen in uitgaven aan langdurige zorg gezocht in epidemiologische en demografische factoren, welke invloed hebben op de vraag naar zorg. Nederland wordt hierbij met vijf buurlanden vergeleken. Voor één land, Duitsland, is daarnaast een gedetailleerde analyse gemaakt van zorguitgaven voor enkele onder ouderen – de belangrijkste gebruikers van langdurige zorg – belangrijke diagnoses. De vergelijking is gemaakt met landen waarvan de kwaliteit van zorg als hoog wordt beschouwd. Desondanks moet worden opgemerkt dat verschillen in kwaliteit van langdurige zorg toch aanwezig kunnen zijn, wat ook invloed kan hebben op de zorguitgaven. In deze notitie zijn kwaliteits- en verschillen niet verder uitgelicht. Ook bestaan er nog steeds interpretatieverschillen over wat langdurige zorg is, al zijn de laatste jaren internationaal grote vorderingen gemaakt bij het uniformeren van definities, met name door discussies omtrent het zogeheten System of Health Accounts. Deze interpretatieverschillen kunnen de uitkomsten beïnvloeden, maar zijn moeilijk te kwantificeren.

Vergrijzing geen oorzaak van hogere uitgaven langdurige zorg in Nederland

Het aantal ouderen in een land bepaalt in belangrijke mate de omvang van het gebruik van langdurige zorg en dus de zorgkosten die hiermee gepaard gaan. Nederland is met 15% vijftenzestigplussers juist veel minder vergrijsd dan vrijwel alle andere landen in West-Europa. Toch zijn de uitgaven voor geneeskundige langdurige zorg juist in Nederland het hoogst binnen Europa. In buurland Duitsland – met 21% vijftenzestigplussers een van de meest vergrijsde landen van Europa – liggen de totale uitgaven voor deze vorm van zorg veel lager.

Totale zorguitgaven per oudere inwoner vergelijkbaar in Duitsland en Nederland

Ondanks de hogere uitgaven aan langdurige zorg in Nederland, zijn de relatieve zorguitgaven uitgedrukt als euro per oudere vergelijkbaar in Duitsland en Nederland, met uitzondering van hoogbejaarde vrouwen (85+), waarvoor in Duitsland de uitgaven per oudere zelfs hoger liggen dan in Nederland. Tegenover hogere uitgaven aan langdurige zorg blijken in Nederland juist lagere uitgaven per oudere inwoner aan ziekenhuiszorg en ambulante vormen van curatieve zorg te staan. Of de kosten per opgenomen oudere ook verschillen tussen Nederland en Duitsland kon niet worden nagegaan; hiervoor ontbreken voldoende nauwkeurige gegevens over aantallen patiënten in zorg.

Stapeling uitgaven diverse ziekten geeft hogere kosten langdurige zorg

In Nederland lijkt meer dan in Duitsland sprake van een stapeling van uitgaven voor diverse ziekten in de langdurige zorg, over de hele linie liggen uitgaven hoger binnen deze zorgvorm. Een groot deel van de ziektelast wordt daarbij door drie ziektegroepen veroorzaakt: psychische stoornissen (met name dementie), hart- en vaatziekten (waaronder beroerte) en kanker.

Diagnose dementie vaker formeel gesteld in Nederland

Binnen West-Europa zijn er nauwelijks verschillen in de prevalentie van dementie in de populatie. Het is daarom opvallend dat zowel sterfte aan dementie als ziektelast van dementie onder ouderen in Nederland en Scandinavische landen hoger ligt dan in Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk. In vergelijking met Duitsland blijken de gemiddelde uitgaven aan institutionele langdurige zorg voor dementie per oudere inwoner bovendien veel hoger in Nederland. Een mogelijke verklaring vormt de werking van en toegang tot het systeem van langdurige zorg. Zorg voor dementie is in Nederland vooral institutioneel georganiseerd, en om toegang tot het systeem te krijgen is een diagnose veelal noodzakelijk, waarbij de hoogte van de vergoeding afhangt van de ernst van de beperkingen en de aard van de diagnose. De diagnose dementie geeft daarbij toegang tot de zwaarste pakketten. Omdat juist bij ouderen, die vaak meerdere aandoeningen hebben, de doodsoorzaak lastig is vast te stellen, is het bovendien waarschijnlijk dat een ingangsdiaagnose 'dementie' in een verpleeghuis ook vaak zijn weg naar het sterftecertificaat zal vinden, wat de relatief hoge sterfte aan dementie onder ouderen kan verklaren. In Duitsland zijn uitgaven voor dementie juist relatief laag binnen de langdurige zorg, die ook minder sterk wordt vergoed dan in Nederland (Mot et al., 2012). In Duitsland blijken de uitgaven voor dementie binnen het ziekenhuis en bij ambulante zorgaanbieders wel hoger dan in Nederland. In Duitsland blijven patiënten met dementie dus mogelijk langer thuis wonen en ontvangen ambulante zorg waardoor verblijf in een verpleeg- of verzorgingstehuis wordt uitgesteld.

KvZ-Notitie 2013-2: Ouderenzorg in West-Europa

Kosten zorg voor beroerte onder ouderen relatief hoog in Nederland

In Nederland ligt de sterfte en ziektelast onder ouderen aan beroerte op een vergelijkbaar niveau als buurlanden. De zorguitgaven voor beroerte zijn in Nederland – uitgedrukt in euro per inwoner - echter hoger dan in Duitsland en komen voor een groter deel terecht bij verpleeg- en verzorgingstehuizen. In Duitsland zijn juist uitgaven aan ziekenhuiszorg en ambulante zorg hoger.

Nederland kent ondanks hogere ziektelast relatief lagere uitgaven voor kanker

De sterfte en ziektelast aan kwaadaardige tumoren onder ouderen ligt hoger in Nederland in vergelijking met de meeste andere onderzochte landen: kanker komt relatief iets vaker voor. De gemiddelde uitgaven aan kanker per inwoner liggen echter iets lager in Nederland dan in Duitsland, en naar verwachting per kanker geval dus ruim lager. De uitgaven aan ziekenhuiszorg en ambulante zorg aan kanker onder ouderen zijn ongeveer gelijk tussen de landen. Opvallend is dat juist in Duitsland per oudere meer wordt uitgegeven aan kosten van verpleeg- en verzorgingstehuizen voor kanker dan in Nederland.

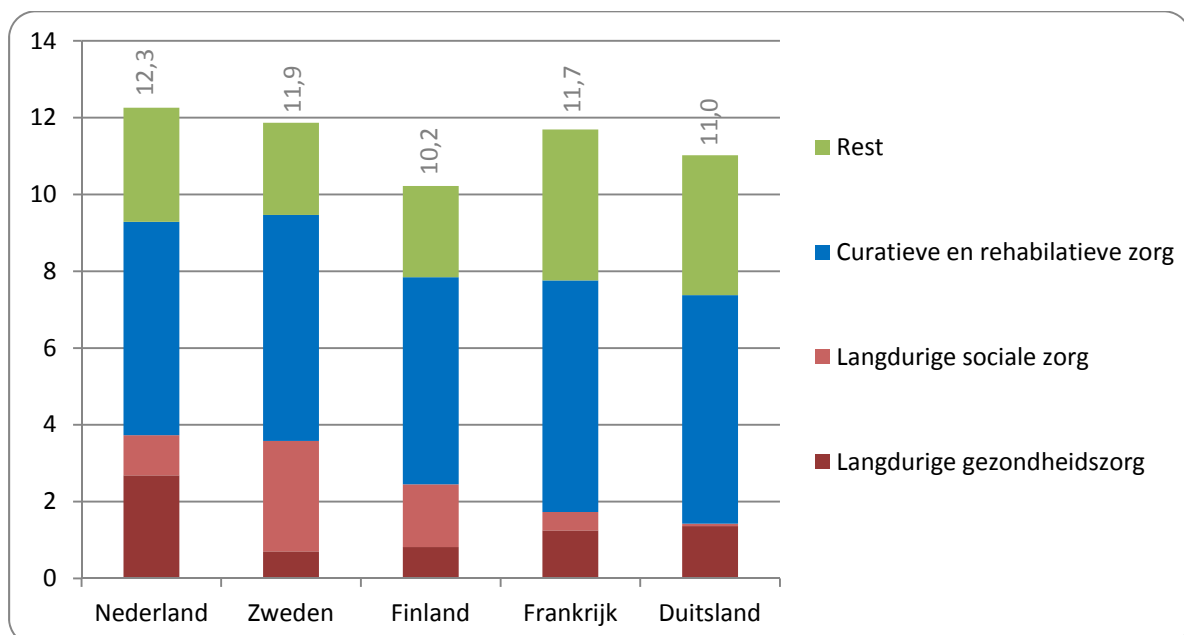
Institutionele langdurige zorg speelt grotere rol in zorg voor ouderen in Nederland

De Duitsland-Nederland vergelijking van zorguitgaven naar leeftijd en zorgvorm in deze notitie ondersteunen bevindingen uit andere studies die internationale verschillen in uitgaven aan langdurige zorg toeschrijven aan verschillen in gebruik van institutionele zorg, formele thuiszorg en informele zorg (Mot et al., 2012; Genet et al., 2013). Waar in Nederland en de Scandinavische landen institutionele zorg voor ouderen vaker de voorkeur heeft, wordt er in Duitsland en Zuid-Europese landen als Frankrijk eerder gekozen voor thuiszorg en/of informele zorg. Daarnaast kan het zijn dat in sommige landen, zoals in Duitsland, ziekenhuiszorg een grotere rol speelt in de zorg voor bepaalde aandoeningen onder ouderen, waardoor de kosten voor de langdurige zorgsector lager uitvallen. De totale zorguitgaven blijken dan ook niet hoger te zijn onder ouderen in Nederland vergeleken met Duitsland, maar zijn anders verdeeld over de zorgsectoren, waarbij er een groter deel voor rekening lijkt te komen van de langdurige zorg.

1 Inleiding

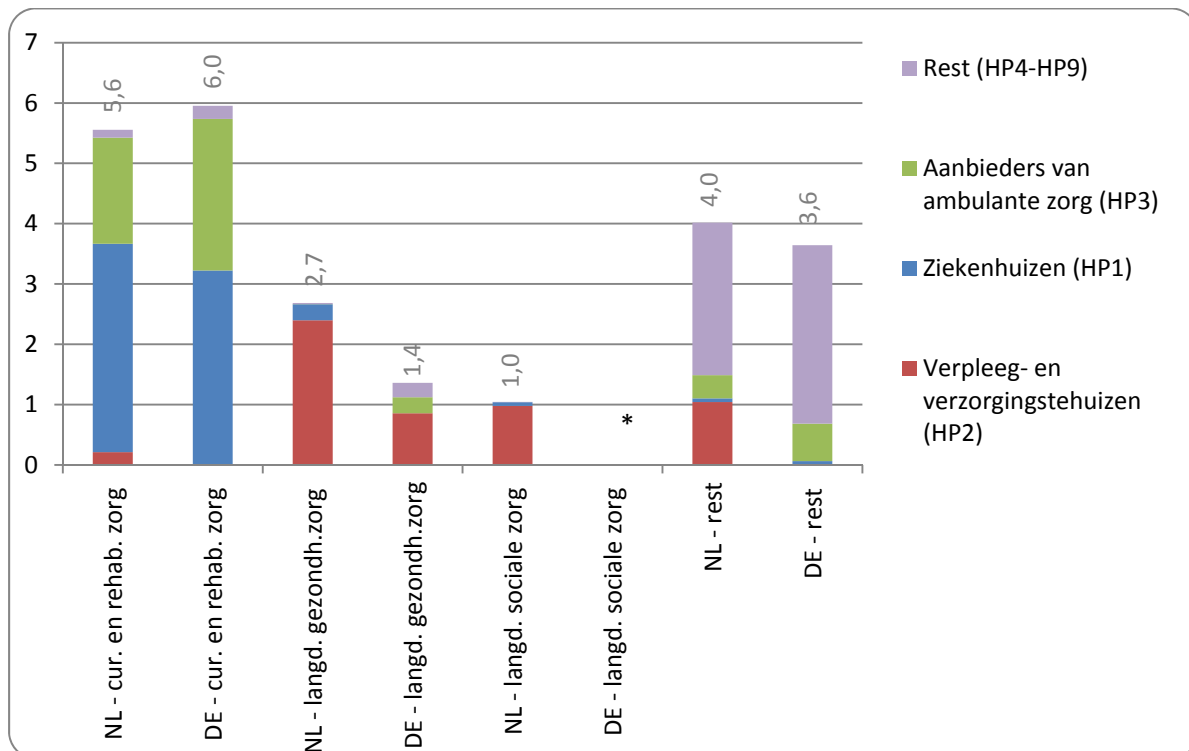
In vergelijking met andere West-Europese landen geeft Nederland een relatief hoog percentage van het Bruto Binnenlands Product (BBP) uit aan gezondheidszorg (OECD 2013). Tussen de landen bestaan grote verschillen in de verdeling van zorgkosten over de verschillende zorgsectoren. In figuur 1 zijn de uitgaven naar zorgsectoren volgens de functionele System of Health Accounts (SHA) indeling van de OECD weergegeven voor diverse West-Europese landen. De uitgaven aan curatieve zorg, waaronder voornamelijk ziekenhuizen en ambulante zorgaanbieders vallen, lagen in Nederland in 2010 rond het gemiddelde van West-Europese landen. De uitgaven aan langdurige zorg echter, behoorden volgens de OECD samen met die van enkele Scandinavische landen tot de hoogste van Europa, en liggen veel hoger dan die van omliggende landen als Duitsland en Frankrijk (figuur 1). Het merendeel van de uitgaven aan langdurige zorg gaat naar zorg van verpleeg- en verzorgingshuizen, waarvan ouderen de voornaamste gebruikers zijn. Binnen de langdurige zorg wordt er in Nederland dan ook voornamelijk meer uitgegeven aan de zorgaanbieder verpleeg- en verzorgingshuizen in vergelijking met Duitsland (figuur 2).

Verklaringen voor de verschillen in uitgaven aan de verschillende zorgsectoren en zorgaanbieders tussen de landen kunnen worden gezocht in een aantal factoren. Zo zijn er factoren die de zorgvraag beïnvloeden, zoals variatie in het voorkomen van ziekten en demografische kenmerken van de bevolking. Ook kan er variatie bestaan in de manier waarop de zorg in een land georganiseerd is. Daarnaast kunnen definities van zorguitgaven en methodologische verschillen tussen studies een rol spelen (Heijink et al., 2005). Tenslotte moet opgemerkt worden dat ondanks dat de gezondheidszorg in alle West-Europese landen van hoge kwaliteit is, ook hier verschillen in kunnen voorkomen die de zorguitgaven mogelijk beïnvloeden.



Figuur 1 Uitgaven naar zorgsectoren volgens de System of Health Accounts (SHA) indeling in verschillende West-Europese landen als percentage van het BBP over 2011, gerangschikt naar de uitgaven aan langdurige zorg (OECD 2013). Zorgfuncties: Rest=HC4-HC9; Curatieve en rehabilitatieve zorg=HC1 en HC2; Langdurige sociale zorg=HCR6.1; Langdurige gezondheidszorg=HC3.

KvZ-Notitie 2013-2: Ouderenzorg in West-Europa



Figuur 2 Uitgaven naar zorgsectoren en zorgaanbieders volgens de System of Health Accounts (SHA) indeling van de OECD in Nederland en Duitsland als percentage van het BBP over 2011 (OECD 2013). Zorgfuncties: Rest=HC4-HC9; Curatieve en rehabilitatieve zorg=HC1 en HC2; Langdurige gezondheidszorg=HC3; Langdurige sociale zorg=HCR6.1. * Gegevens over de verdeling van langdurige sociale zorgkosten in Duitsland naar aanbieder zijn niet beschikbaar, maar ook slechts 0,1% van het BBP in totaal.

Op voorhand kan al gezegd worden dat een voor de hand liggende factor als vergrijzing in ieder geval géén verklaring kan zijn voor de relatief hogere uitgaven aan langdurige (ouderen)zorg in Nederland. Integendeel, Nederland behoort met 15% ouderen (65+) juist tot de minst vergrijsde landen van Europa. In Frankrijk is 18% ouder dan 65, in Duitsland zelfs 21% (WHO 2, 2013, data 2010).

In deze korte notitie zullen we feitelijke informatie over zorgvraag verschillen presenteren tussen Nederland en buurlanden. Sterftedata (hoofdstuk 2) en Global Burden of Disease (GBD) gegevens (hoofdstuk 3) van de WHO worden gebruikt om de variatie in epidemiologie en ziektelast van aandoeningen in beeld te brengen. De selectie van landen voor de vergelijking heeft plaatsgevonden in overleg met de opdrachtgever: Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk zijn onze grootste buurlanden, Zweden en Finland zijn toegevoegd als vertegenwoordigers van de Scandinavische landen waar Nederland vaak mee wordt vergeleken. Alle landen kennen een hoog welvaartsniveau en een hoge levensverwachting.

Voor Duitsland beschikken we daarnaast ook over meer gedetailleerde kostendata, vergelijkbaar met de Nederlandse Kosten van Ziektenstudies (Statistisches Bundesamt, 2010). Detaildata achter deze studie voor het peiljaar 2008 zijn welwillend ter beschikking gesteld door het Statistisches Bundesamt¹. Deze zijn gebruikt voor een vergelijking (hoofdstuk 4) met de Nederlandse Kosten van Ziekten voor 2007 (Slobbe et al, 2011). Hierbij wordt met name gekeken naar voor ouderen belangrijke ziektediagnoses en naar het aandeel van verschillende typen zorgaanbieders in de behandeling. Waar niet op ingegaan zal worden zijn verschillen in de opzet van systemen voor ouderenzorg tussen Europese landen, hierover is recent al een uitgebreide studie verschenen (zie Mot et al., 2012).

¹ Met dank aan M. Cordes, Statistisches Bundesamt.

2 Mortaliteitspatronen

De oorzaken van overlijden onder ouderen kunnen belangrijke informatie geven over onderliggende oorzaken van verschillen in uitgaven aan langdurige zorg. De oorzaken van overlijden zijn namelijk een maat voor het voorkomen van aandoeningen in de periode voor overlijden, en juist in de laatste levensjaren zijn zorgkosten vaak hoger dan gemiddeld (Wong et al., 2008). Sommige aandoeningen zullen eerder worden behandeld in ziekenhuizen, zoals hart- en vaatziekten, terwijl zorg voor dementie bijvoorbeeld voornamelijk voor rekening van de langdurige zorg zal komen. Daarnaast verschillen de totale zorguitgaven per type aandoening. Aandoeningen als infectieziekten en veel vormen van kanker kennen een relatief snel verloop, eindigend in genezing of overlijden. Ondanks soms hoge kosten per individueel geval zijn de verwachte zorgkosten op macroniveau voor dergelijke ziekten door de korte gemiddelde ziekte duur vrij laag. Chronische ziekten als hartziekten of diabetes zorgen door de relatief lange ziekte duur vaak voor hogere zorgkosten. Het duurt zijn aandoeningen die én chronisch zijn én een relatief hoog zorggebruik per geval kennen, zoals dementie.

Hieronder wordt beschreven hoe de mortaliteitspatronen verschillen onder ouderen tussen Nederland en andere West-Europese landen. Hierbij moet worden opgemerkt dat naast verschillen in het voorkomen van aandoeningen onder ouderen ook de manier waarop sterfte geregistreerd wordt in landen een oorzaak kan zijn van de waargenomen verschillen in doodsoorzaken. In bijlage 1 is een link opgenomen naar van mortaliteitsgegevens naar meerdere diagnosegroepen en leeftijdsklassen voor de geselecteerde landen.

Sterfte aan hart- en vaatziekten en kanker varieert tussen landen

Hart- en vaatziekten en kanker zijn de twee voornaamste oorzaken van overlijden onder ouderen (85+) in West-Europa (tabel 1). In Nederland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk wordt er een beduidend lager aandeel van het aantal overlijdensgevallen veroorzaakt door hart- en vaatziekten in vergelijking met Duitsland, Finland en Zweden. Het verschil tussen de landen zit voornamelijk in het aandeel sterfgevallen met als oorzaak coronaire hartziekten, oftewel ziekten van het hart die het gevolg zijn van aderverkalking. In Nederland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk lijken er juist meer ouderen te overlijden aan kwaadaardige tumoren, in vergelijking met de andere landen.

Opvallend hogere sterfte aan dementie in Nederland

In Nederland en de Scandinavische landen Zweden en Finland wordt sterfte onder oudere vrouwen (85+) ongeveer even vaak veroorzaakt door dementie als door kanker. Alleen sterfte door hart- en vaatziekten komt nog meer voor onder deze categorie. In Duitsland, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk ligt het aandeel aan ziekte last veroorzaakt door dementie beduidend lager. Daarnaast overlijden oudere mannen duidelijk veel minder vaak aan dementie in West-Europa dan oudere vrouwen. Desondanks zijn dezelfde verschillen tussen de landen waarneembaar als voor vrouwen; een hogere sterfte in Nederland en de Scandinavische landen.

Tabel 1 Relatief aandeel in sterfte van vier belangrijke groepen doodsoorzaken onder personen van 85 jaar en ouder over 2009 (Frankrijk) of 2010 (Nederland, Duitsland, VK, Zweden en Finland) (Bron: WHO, 2013).

<i>Mannen</i>	Nederland	Frankrijk	Duitsland	VK	Zweden	Finland
Kankers	19,6	19,8	16,3	20,2	16,2	16,4
Hart- en vaatziekten	34,3	35,1	50,7	37,5	49,8	55,5
Ademhalingsziekten	15,1	10,4	10,0	19,1	7,0	6,5
Dementie	6,8	3,1	3,3	5,0	6,1	7,9
Anders	24,1	31,5	19,8	18,1	20,8	13,6

<i>Vrouwen</i>	Nederland	Frankrijk	Duitsland	VK	Zweden	Finland
Kankers	12,3	12,7	10,4	13,1	10,2	11,2
Hart- en vaatziekten	37,4	39,2	58,4	38,9	52,5	61,1
Ademhalingsziekten	10,5	8,1	6,5	16,6	5,1	3,0
Dementie	12,2	5,0	4,5	8,9	10,3	11,6
Anders	27,7	35,0	20,2	22,5	21,9	13,1

Sterfte aan kanker gerelateerd aan prevalentie

Voor aandoeningen die met leefstijlfactoren te maken hebben, zoals kanker en hart- en vaatziekten, is het aannemelijk dat verschillen tussen landen in sterfte gerelateerd zijn aan het voorkomen van de aandoeningen. Zo laten internationale cijfers inderdaad zien dat de incidentie van kanker hoger is

KvZ-Notitie 2013-2: Ouderenzorg in West-Europa

in Nederland en Frankrijk in vergelijking met de andere onderzochte landen (Wereld Kanker Fonds, 2013). Longkanker komt bijvoorbeeld vaker voor in Nederland, doordat er meer wordt gerookt in vergelijking met andere landen (GLOBOCAN, 2008). Recente en goed vergelijkbare gegevens van het voorkomen van hart- en vaatziekten zijn wegens methodologische verschillen niet beschikbaar. Echter, ook de manier van diagnosticeren en classificeren kan een rol spelen. In het ene land kan er bijvoorbeeld een structurele neiging bestaan om sterfte bij onverwacht overlijden te coderen als plotselinge dood en in het andere land als beroerte.

Dementie komt waarschijnlijk niet vaker voor in Nederland

De verschillen in sterfte aan dementie worden niet gereflecteerd in de prevalentie van dementie in de landen. Internationale studies tonen aan dat de leeftijdsspecifieke prevalentie van dementie wereldwijd nauwelijks varieert (Prince et al., 2010). Daarnaast laten Europese studies zien dat de prevalenties onder de totale populaties ouderen niet veel verschilt tussen Nederland, Duitsland en Zweden (Berr et al., 2005). Het is daarom waarschijnlijk dat de manier van registreren van de doodsoorzaak dementie een rol speelt in het ontstaan van de waargenomen verschillen. Verschillen in registratie hangen mogelijk samen met het diagnosticeren van dementie. De prevalentiecijfers geven het voorkomen van dementie onder de bevolking weer en niet het aantal mensen dat gediagnosticeerd wordt door een huisarts of andere zorgaanbieder. Het is bekend dat in Nederland niet alle personen met dementie worden gediagnosticeerd, ongeveer de helft van de personen met dementie heeft deze diagnose. Een taboe op de aandoening en een gebrek aan kennis onder professionals en naasten omtrent de ziekte, symptomen en mogelijkheden tot zorg leiden vaak tot een late diagnosestelling (Alzheimer Nederland en Vilans, 2013). Voor diagnosestelling is contact met het formele zorgcircuit nodig. In Duitsland en Frankrijk maken ouderen meer gebruik van informele zorg, terwijl in Nederland en de Scandinavische landen zorg in een instelling vaker de voorkeur heeft (Genet, 2013). Het is daarom waarschijnlijk dat de diagnose dementie minder vaak of in een later stadium wordt gesteld in Frankrijk en Duitsland en daardoor ook minder vaak wordt geregistreerd als doodsoorzaak.

Ook kan het belang van aanspraken op zorgindicaties wellicht een verschil veroorzaken in het diagnosticeren en registreren van dementie tussen de landen. Om in Nederland voor door de overheid gefinancierde ouderenzorg in aanmerking te kunnen komen, dient er een zorgindicatie te zijn, bijvoorbeeld op basis van een psychogeriatrische grondslag. Het stellen van de diagnose dementie zal gemakkelijker leiden tot het verkrijgen van deze zorgindicatie. In veel andere Europese landen, zoals Duitsland, is de financiering van de zorg voor dementie beperkter, en mogelijk heeft het stellen van de diagnose hier geen invloed op de vergoeding van langdurige zorg.

3 Ziektepatronen

De ziektelast in een land wordt niet alleen bepaald door het aantal personen dat overlijdt aan een ziekte. Zo zijn er ook aandoeningen, zoals depressie, die niet vaak leiden tot overlijden maar wel de levenskwaliteit van een persoon flink kunnen beperken en veel zorg vragen. Daarom hebben we naast sterftepatronen ook patronen in ziektelast vergeleken voor ouderen in de geselecteerde landen. Het Global Burden of Disease project van de WHO heeft over het jaar 2010 de ziektelast berekend in Europa en de rest van de wereld uitgedrukt in disability-adjusted life years (DALYs) (WHO, 2013). Een DALY is de som van de verloren levensjaren door ziekte of andere oorzaken en de jaren waarin mensen met beperkingen hebben geleefd. Hierbij heeft elke beperking een bepaald gewicht. In tabel 2 wordt de ziektelast onder de 70+ populatie voor Nederland en andere West-Europese landen weergegeven in percentages van het totaal van ziektelast in het betreffende land.

Voornaamste ziektelast onder ouderen naar niet-overdraagbare aandoeningen

Het voornaamste deel van de ziektelast onder ouderen (70+) gaat in alle onderzochte West-Europese landen naar niet-overdraagbare aandoeningen (zoals kanker en diabetes). Slechts ongeveer 5% van de ziektelast gaat naar overdraagbare aandoeningen (zoals AIDS en tuberculose) en een ongeveer even groot aandeel naar externe oorzaken (zoals vallen en zelfdoding).

Ziektepatronen komen overeen met sterftepatronen

De verschillen tussen de landen die hiervoor waren te zien voor sterfte zijn grotendeels terug te vinden in de ziektelastpatronen. Zo is in Nederland en Frankrijk naast de sterfte ook de ziektelast aan coronaire hartziekten beduidend lager dan in Duitsland en de Scandinavische landen (tabel 2). Ook ligt de ziektelast aan kwaadaardige nieuwvormingen (voornamelijk longkanker en colorectale kanker) iets hoger in Nederland en Frankrijk. Daarnaast valt op dat het aandeel in ziektelast aan COPD onder ouderen in Nederland tot bijna twee keer zo hoog is als in sommige andere West-Europese landen. Net als bij longkanker is roken een belangrijke determinant voor het ontstaan van COPD. De ziektelast door COPD weerspiegelt daarom het rookgedrag van het verleden in Nederland.

KvZ-Notitie 2013-2: Ouderenzorg in West-Europa

Hoge ziektelast door dementie in Nederland

Net als de sterfte ligt ook het aandeel in ziektelast door dementie onder ouderen het hoogst in Nederland en de Scandinavische landen (tabel 2). Opmerkelijk is dat in Frankrijk de ziektelast door dementie ook relatief hoog is, ondanks dat de sterfte door dementie veel lager ligt dan in Nederland. Dit duidt erop dat dementie niet minder vaak voorkomt in Frankrijk, maar dat bij ouderen, die vaak meerdere aandoeningen hebben, eerder een andere doodsoorzaak wordt geregistreerd in Frankrijk.

Tabel 2 Relatieve ziektelast (in percentage van totale ziektelast) uitgedrukt in DALYs naar oorzaak onder personen van 70 jaar en ouder in West-Europa, Nederland, Duitsland, Frankrijk, Verenigd Koninkrijk, Zweden en Finland over 2010 (Bron: IHME, 2013).

	W.-Europa	Nederl.	Frankr.	Duitsl.	VK	Zweden	Finland
Cardiovas. en circ. aand.	29.9	25.6	24.9	32.6	28	32.4	33.1
- Ischemische hartziekte	14.1	11.2	10.2	17.2	14	17	19.3
- Beroerte	8.4	7.2	7	7.2	8.1	8.3	8.2
Kanker	19.4	21.8	20.4	19.2	19.6	17.7	16.4
- Longkanker	3.5	4.9	2.9	3.3	4.5	2.5	2.8
- Colorectale kanker	2.8	3.4	2.9	2.8	2.6	2.5	1.8
Dementie	5.7	6.4	7.1	4.2	5.9	7.3	11.1
Aand. van bewegingsst. en bindw.	9.2	8.7	10.2	9.7	9.5	9.8	9.7
Chronische respiratoire aand.	6.3	7.4	4.9	5.5	8.7	5.5	4
- COPD	4.6	6.3	3.3	4.3	6.3	4.3	3
Anders	29.5	30.1	32.5	28.8	28.3	27.3	25.7

4 Vergelijking Nederland en Duitsland op basis van Kosten van Ziekten studies

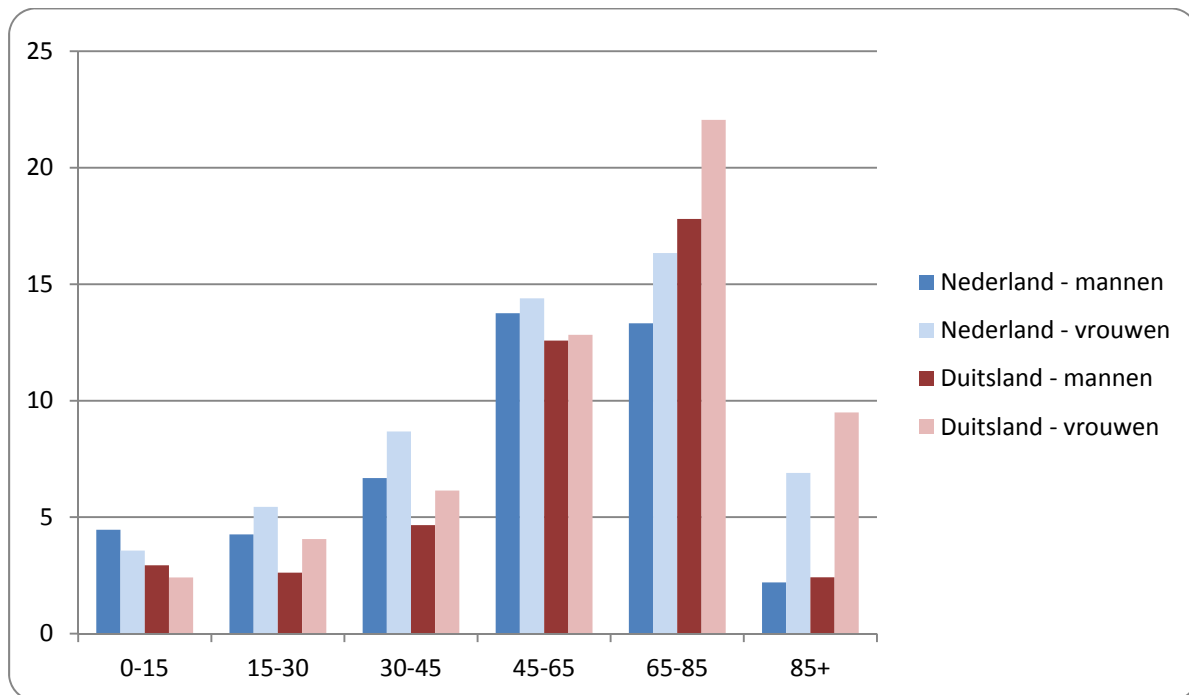
In Nederland is voor het peiljaar 2007 een Kosten van Ziektenstudie uitgevoerd (Slobbe et al 2012), voor Duitsland voor 2008 (Statistisches Bundesamt, 2010). Beide studies zijn deels via internet beschikbaar (www.kostenvanziekten.nl, <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitkosten.html>). Extra gegevens van de Duitse studie, met een uitsplitsing naar zorgsector, zijn verkregen via het Statistisches Bundesamt. De data zijn gebruikt om de zorgkosten voor drie groepen van onder ouderen veel voorkomende aandoeningen te vergelijken: beroerte, dementie en kwaadaardige tumoren. In beide landen zijn deze groepen gedefinieerd in termen van ICD10-classes.

4.1 Demografie

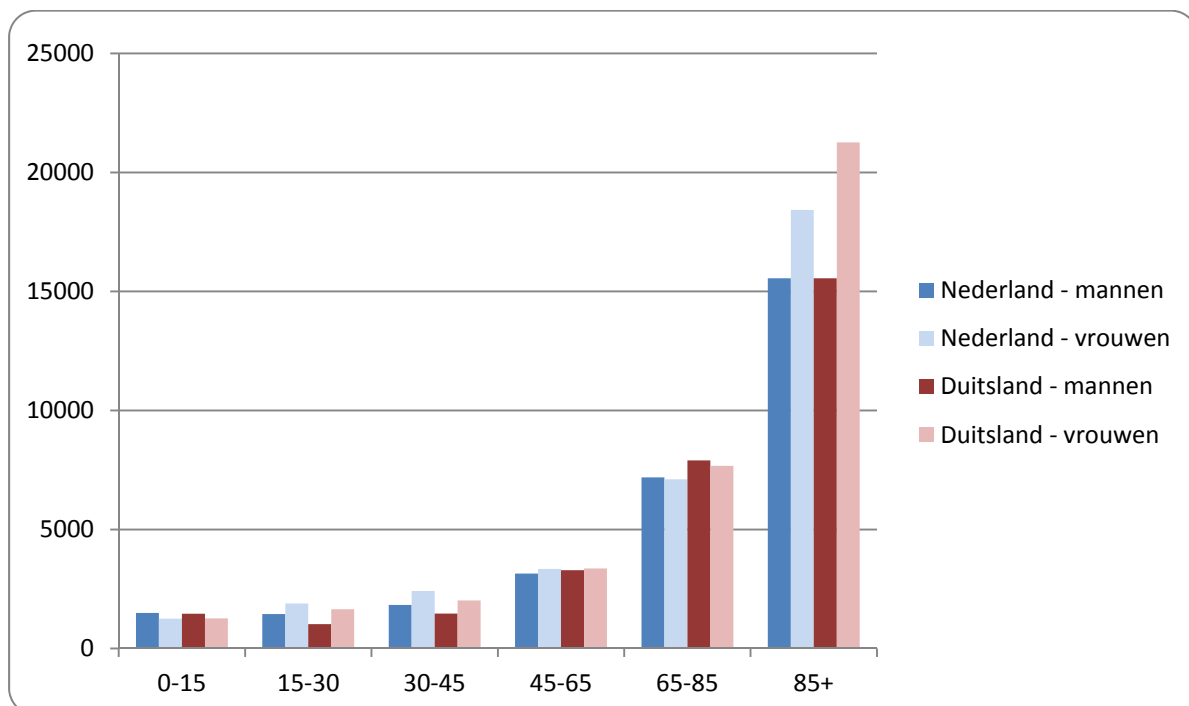
Invloed demografie op langdurige zorguitgaven verschilt per land

Bij uitsplitsing van de zorguitgaven naar demografische kenmerken blijkt dat in Duitsland een relatief groter aandeel van de kosten naar personen van 65 jaar en ouder gaat dan in Nederland (figuur 3). Dit weerspiegelt de hogere mate van vergrijzing in Duitsland. In Duitsland heeft de vergrijzing zich al eerder ingezet dan in Nederland, waardoor een groter aandeel van de inwoners boven de 65 jaar is. Daarnaast zijn de uitgaven per inwoner onder oudere mannen vergelijkbaar tussen Nederland en Duitsland, en de uitgaven aan hoogbejaarde vrouwen (85+) liggen zelfs hoger in Duitsland (figuur 4). Dit verklaart mede waarom er in Duitsland relatief meer zorgkosten naar ouderen gaan. Deze bevindingen verklaren niet waarom de kosten van langdurige zorg dan toch veel hoger zijn in Nederland. De relatief hogere zorguitgaven aan ouderen in Duitsland worden daarom waarschijnlijk gemaakt in andere sectoren dan de langdurige zorg.

KvZ-Notitie 2013-2: Ouderenzorg in West-Europa



Figuur 3 Verdeling van de zorguitgaven over leeftijdscategorieën en geslacht volgens Kosten van Ziekten studies in Nederland over 2007 en in Duitsland over 2008 (in percentages van totaal aan zorguitgaven).



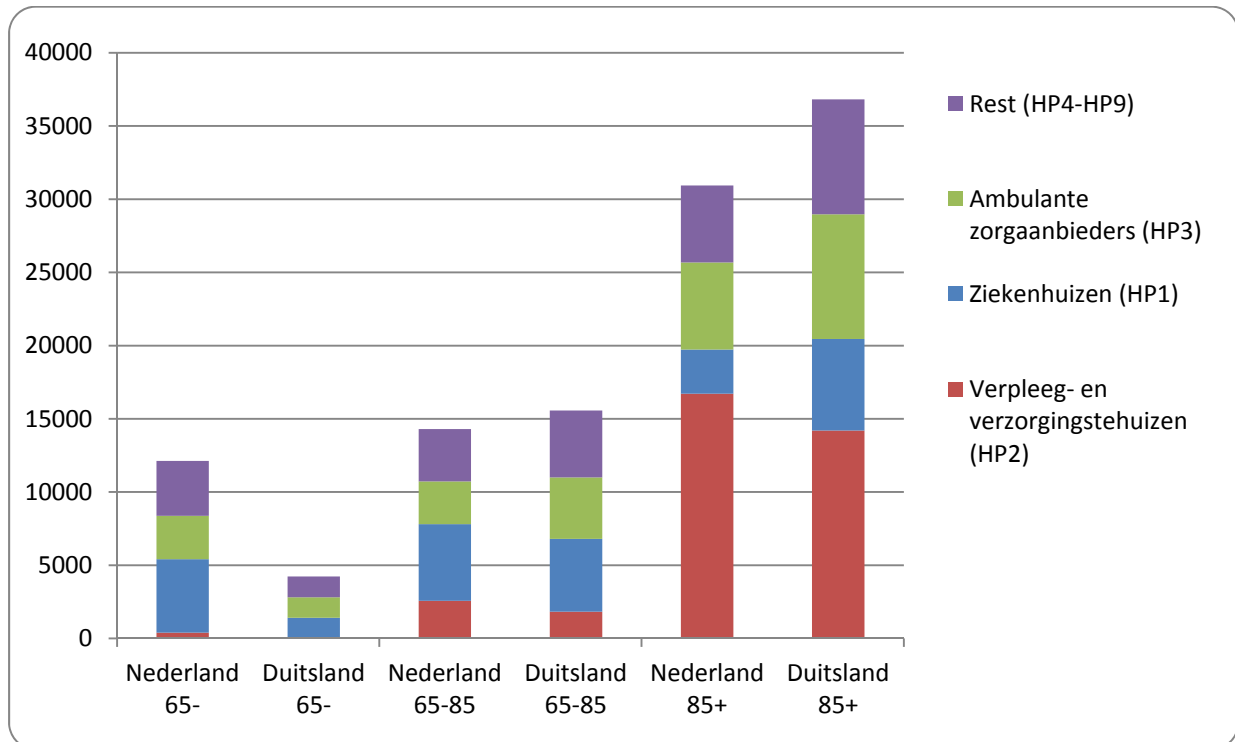
Figuur 4 Absolute zorguitgaven naar leeftijdscategorieën en geslacht volgens Kosten van Ziekten studies in Nederland over 2007 en in Duitsland over 2008 (in euro per inwoner).

Hogere uitgaven aan verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland

De zorguitgaven in Nederland en Duitsland zijn verder uitgesplitst naar zorgaanbieders. De zorgkosten per inwoner aan verpleeg- en verzorgingshuizen blijken voor zowel personen jonger als ouder dan 65 jaar hoger te zijn in Nederland dan in Duitsland (figuur 5). Verpleeg- en verzorgingshuizen zijn de voornaamste aanbieders van langdurige zorg. In Duitsland wordt er daarentegen voor ouderen meer uitgegeven aan ziekenhuizen en ambulante aanbieders van curatieve zorg. De hogere zorgkosten onder ouderen in Duitsland worden dus inderdaad gemaakt in andere sectoren dan de langdurige zorg.

KvZ-Notitie 2013-2: Ouderenzorg in West-Europa

Door het grote aantal 65- inwoners vallen de kosten aan verpleeg- en verzorgingshuizen per 65- inwoner laag uit in beide landen. De relatieve weergave van zorgkosten naar aanbieders in bijlage 3 maakt een vergelijking tussen Nederland en Duitsland bij de 65- populatie beter mogelijk. Wat opvalt, is dat er in Nederland bij personen onder de 65 jaar ook een iets groter aandeel van de zorgkosten naar verpleeg- en verzorgingshuizen gaat. Vooral bij personen jonger dan 45 jaar gaan er in Duitsland nauwelijks kosten naar deze zorgaanbieder.



Figuur 5 Absolute zorguitgaven voor personen van 65-, 65-85 en 85+ naar zorgsectoren volgens Kosten van Ziekten studies in Nederland over 2007 en in Duitsland over 2008 (in euro per inwoner).

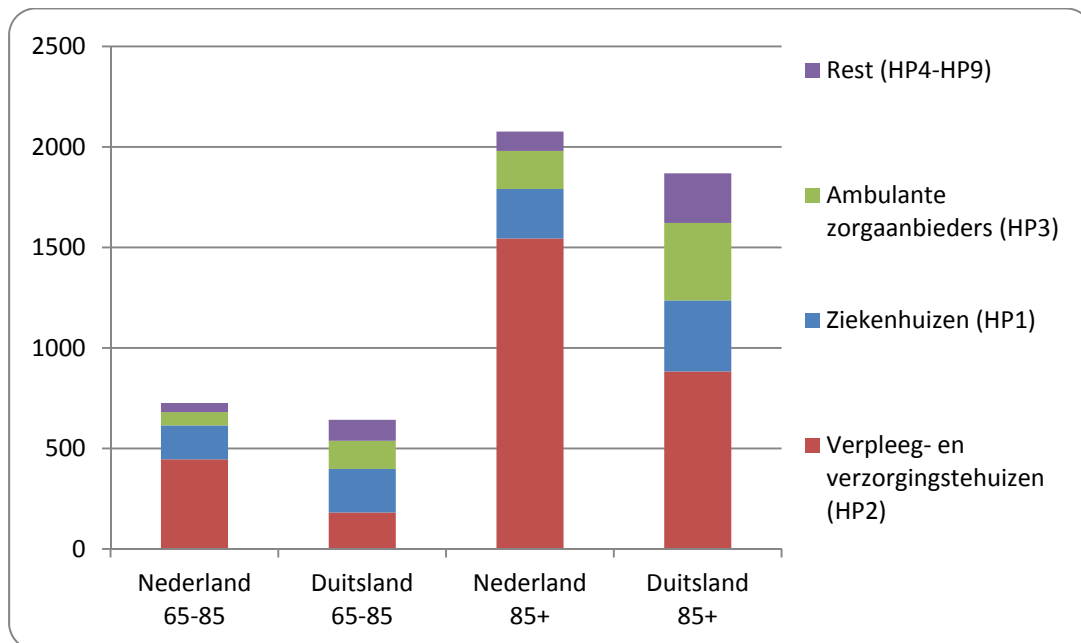
In bijlage 2 wordt een uitsplitsing gemaakt van de zorgkosten in Nederland en Duitsland naar diagnosegroepen en zorgaanbieders. In beide landen zijn de belangrijkste diagnoses waar zorgkosten van de sector verpleeg- en verzorgingshuizen naar toe gaan dementie en beroerte. Daarnaast gaat een kleiner aandeel van de kosten naar een aantal andere diagnosegroepen, waaronder kwaadaardige nieuwvormingen. De uitgaven aan beroerte, dementie en kwaadaardige nieuwvormingen onder ouderen worden hieronder verder uitgelicht.

4.2 Beroerte

Hogere kosten verpleeg- en verzorgingshuizen voor beroerte in Nederland

In Nederland zijn de kosten per oudere inwoner aan beroerte hoger dan in Duitsland (figuur 6). Dit verschil wordt veroorzaakt door de hogere uitgaven aan zorg voor beroerte van verpleeg- en verzorgingshuizen in Nederland. Daarentegen wordt er in Duitsland weer meer uitgegeven aan ziekenhuiszorg en ambulante zorg voor ouderen met een beroerte. Aangezien de kosten van zorg sterk samenhangen met het zorgvolume is het waarschijnlijk dat ouderen in Duitsland voor een beroerte meer zorg ontvangen in het ziekenhuis en van ambulante zorgaanbieders (bv. de huisarts of thuiszorg) en dat deze zorg in Nederland meer door verpleeg- en verzorgingshuizen wordt geleverd.

KvZ-Notitie 2013-2: Ouderenzorg in West-Europa

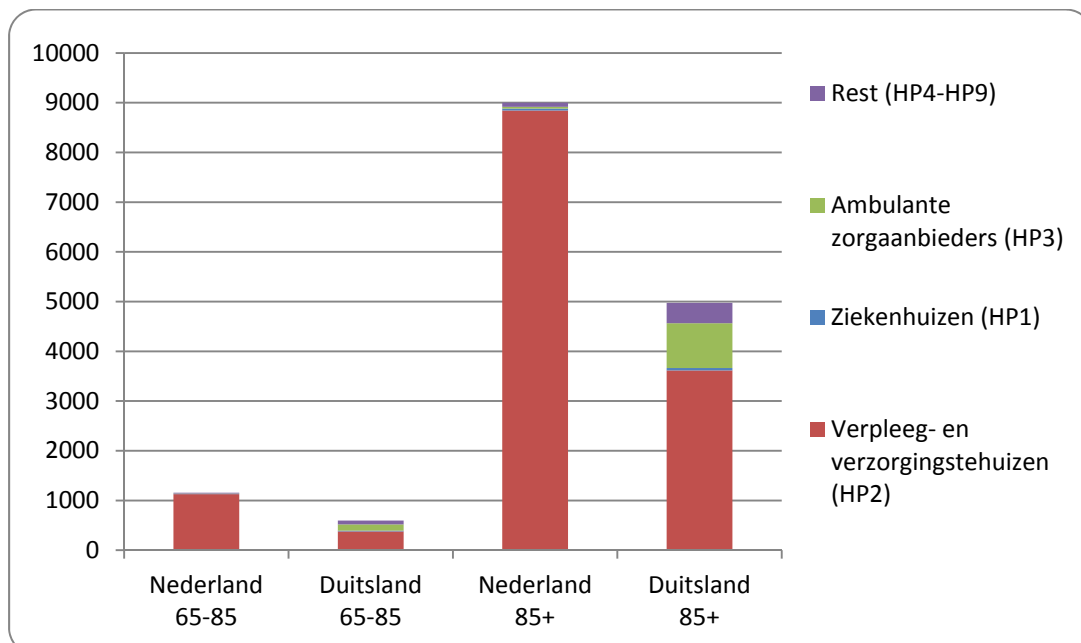


Figuur 6 Zorguitgaven aan beroerte onder ouderen van 65-85 en 85+ naar zorgsectoren volgens Kosten van Ziekten studies in Nederland over 2007 en in Duitsland over 2008 (in euro per inwoner).

4.3 Dementie

Zorguitgaven dementie hoog in Nederland

In Nederland zijn de uitgaven aan dementie per oudere inwoner meer dan het dubbele van deze uitgaven in Duitsland (figuur 7). De uitgaven aan dementie gaan in Nederland bijna volledig naar verpleeg- en verzorgingshuizen. In Duitsland echter gaat er ook een belangrijk deel van de kosten naar ambulante zorg. Dit duidt erop dat dementie patiënten in Duitsland vaker of langer thuis blijven wonen en thuiszorg ontvangen wat de uitgaven van residentiële zorg sterk kan beperken. Dit vormt mogelijk een onderliggende oorzaak van de kostenverschillen in langdurige zorg tussen Nederland en andere landen in West-Europa. Internationale studies laten inderdaad zien dat institutionele zorg vaker voorkomt in Nederland in vergelijking met Duitsland en Zuid-Europese landen als Frankrijk (Mot et al., 2012; Genet et al., 2013). Wel moet worden opgemerkt dat een vergelijking op basis van Kosten van Ziekten studies slechts met Duitsland mogelijk was.



Figuur 7 Zorguitgaven aan dementie onder ouderen van 65-85 en 85+ naar zorgsectoren volgens Kosten van Ziekten studies in Nederland over 2007 en in Duitsland over 2008 (in euro per inwoner).

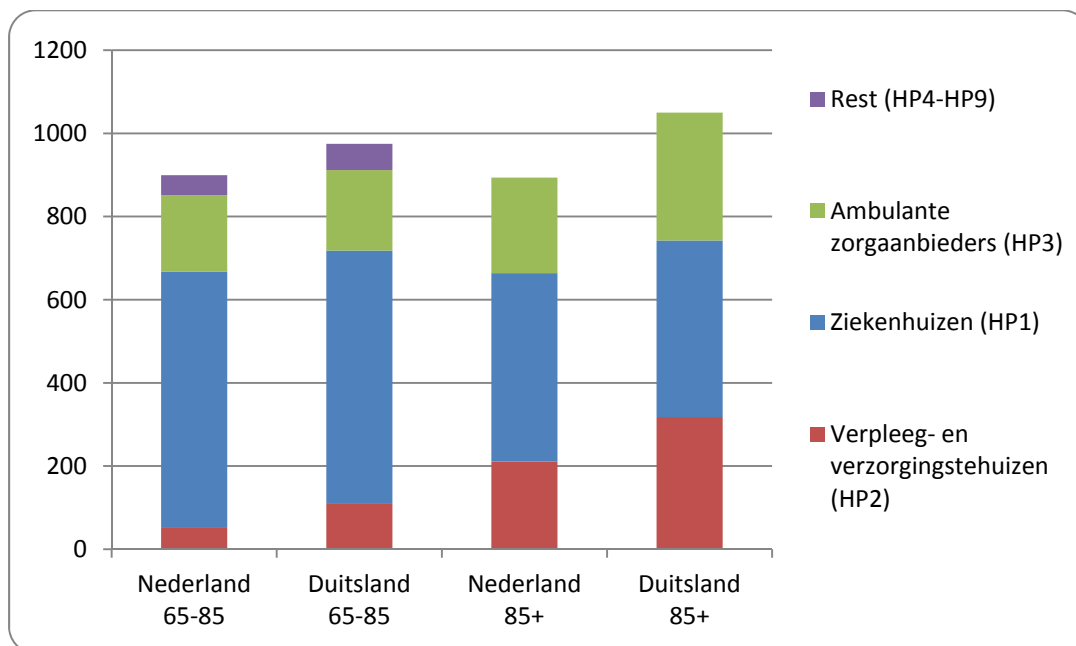
4.4 Kwaadaardige tumoren

Hogere uitgaven per inwoner aan kwaadaardige tumoren in Nederland

In Nederland zijn de kosten voor kwaadaardige tumoren onder ouderen iets lager per persoon dan in Duitsland (figuur 8). Dit is opvallend, omdat we eerder zagen dat de sterfte en ziektelast door kanker hoger is onder ouderen in Nederland.

Zoals hierboven beschreven gaan de zorgkosten voor kanker voornamelijk naar ziekenhuiszorg en ambulante zorg. Een kleiner aandeel wordt geleverd door verpleeg- en verzorgingshuizen. De vergelijking op basis van Kosten van Ziekten studies laat zien dat er onder ouderen in Duitsland hogere uitgaven aan kwaadaardige tumoren naar verpleeg- en verzorgingshuizen gaan.

Kwaadaardige tumoren lijken daardoor dus geen oorzaak van de hogere zorgkosten onder ouderen in Nederland.



Figuur 8 Zorguitgaven aan kwaadaardige tumoren ouderen van 65-85 en 85+ naar zorgsectoren volgens Kosten van Ziekten studies in Nederland over 2007 en in Duitsland over 2008 (in euro per inwoner).

4.4 Conclusie vergelijking Nederland en Duitsland op basis van Kosten van Ziekten studies

De uitgaven per inwoner onder oudere mannen zijn vergelijkbaar tussen Nederland en Duitsland, en de uitgaven aan hoogbejaarde vrouwen (85+) liggen zelfs hoger in Duitsland. Daarnaast is de populatie in Duitsland al meer verouderd dan in Nederland. Gevolg is dat er in Duitsland een relatief groter deel van de zorguitgaven naar de 65+ populatie gaat. Desondanks zijn de kosten aan de voor ouderen belangrijke langdurige zorg juist veel hoger in Nederland.

Dit kan worden verklaard door de hoge uitgaven per inwoner aan verpleeg- en verzorgingshuizen, de belangrijkste aanbieders van langdurige zorg, in Nederland. In Duitsland zijn er juist hogere uitgaven aan zorg van ziekenhuizen en ambulante aanbieders. Met name voor dementie en beroerte zijn de kosten van verpleeg- en verzorgingshuizen veel hoger in Nederland. Zorg voor deze aandoeningen komt in Duitsland voor een groter deel voor rekening van de curatieve ziekenhuiszorg en ambulante aanbieders.

Er bestaan dus duidelijk verschillen tussen de landen in het type zorg dat geboden wordt voor een bepaalde aandoening, wat verschillen in uitgaven per zorgsector veroorzaakt. Daarnaast is het waarschijnlijk dat de grotere voorkeur voor zorg in een instelling in Nederland, i.p.v. thuiszorg en/of informele zorg, bijdraagt aan de hoge langdurige zorguitgaven.

Referenties

Alzheimer Nederland en Vilans (2013). *Zorgstandaard dementie*. Geraadpleegd op 22 augustus 2013 op http://www.vilans.nl/docs/producten/Definitieve_Zorgstandaard_Dementie_18_juli_2013.pdf.

Berr C., Wancata J., Ritchie K. (2005). *Prevalence of dementia in the elderly in Europe*. Eur Neuropsychopharmacol, 15(4): 463-71.

Genet N., Boerma W., Kroneman M., Hutchinson A. en Saltman R.B. (2013). *Home Care across Europe. Current structure and future challenges*. Kopenhagen: World Health Organisation (WHO).

GLOBOCAN (2008). *Lung cancer factsheet*. Geraadpleegd op 28 augustus 2013 op <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/lung.asp>.

Heijink R., Koopmanschap M.A., Polder J.J. (2006). *International comparison of costs of illness*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Erasmus MC Instituut voor Medical Technology Assessment.

IHME - Institute for Health Metrics and Evaluation (2013). *Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study 2010 (GBD 2010)*. Geraadpleegd op 10 augustus 2013 op <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd>.

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development (2013). *OECD health data 2013*. Geraadpleegd op 22 maart 2013 op <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

Mot E., Faber R., Geerts J., Willeme P. (2012). *Performance of long-term care systems in Europe*. ENEPRI research report NO. 117.

Murray C.J.L., Lopez A.D. (2013). *Measuring the Global Burden of Disease*. New England Journal of Medicine, 369: 448-457.

Prince M., Bryce R., Albanese E., Wimo A., Ribeiro W., Ferri C.P. (2013). *The global prevalence of dementia: A systematic review and metaanalysis*. Alzheimer's & Dementia, 9; 63–75.

Slobbe L.C.J., Smit J.M., Groen J., Poos M.J.C.C., Kommer G.J. (2011). *Kosten van ziekten in Nederland 2007*. Bilthoven: RIVM.

Statistisches Bundesamt (2010). *Krankheitskostenrechnung 2008*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.

Wereld Kanker Onderzoek Fonds (2013). *Kankerstatistieken*. Geraadpleegd op 28 augustus 2013 op <http://www.wcrf.nl/nieuws/kankerstatistieken.php>.

WHO - World Health Organisation (2013). *Health statistics and health information systems, WHO Mortality Database*. Geraadpleegd op 10 augustus 2013 op http://www.who.int/healthinfo/mortality_data/en/.

WHO 2 – World Health Organisation (2013). *Population structure and ageing*. Geraadpleegd op 26 augustus 2013 op http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Population_structure_and_ageing.

Wong A., Kommer G.J., Polder J.J. (2008). *Levensloop en zorgkosten. Solidariteit en de zorgkosten van vergrijzing*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).

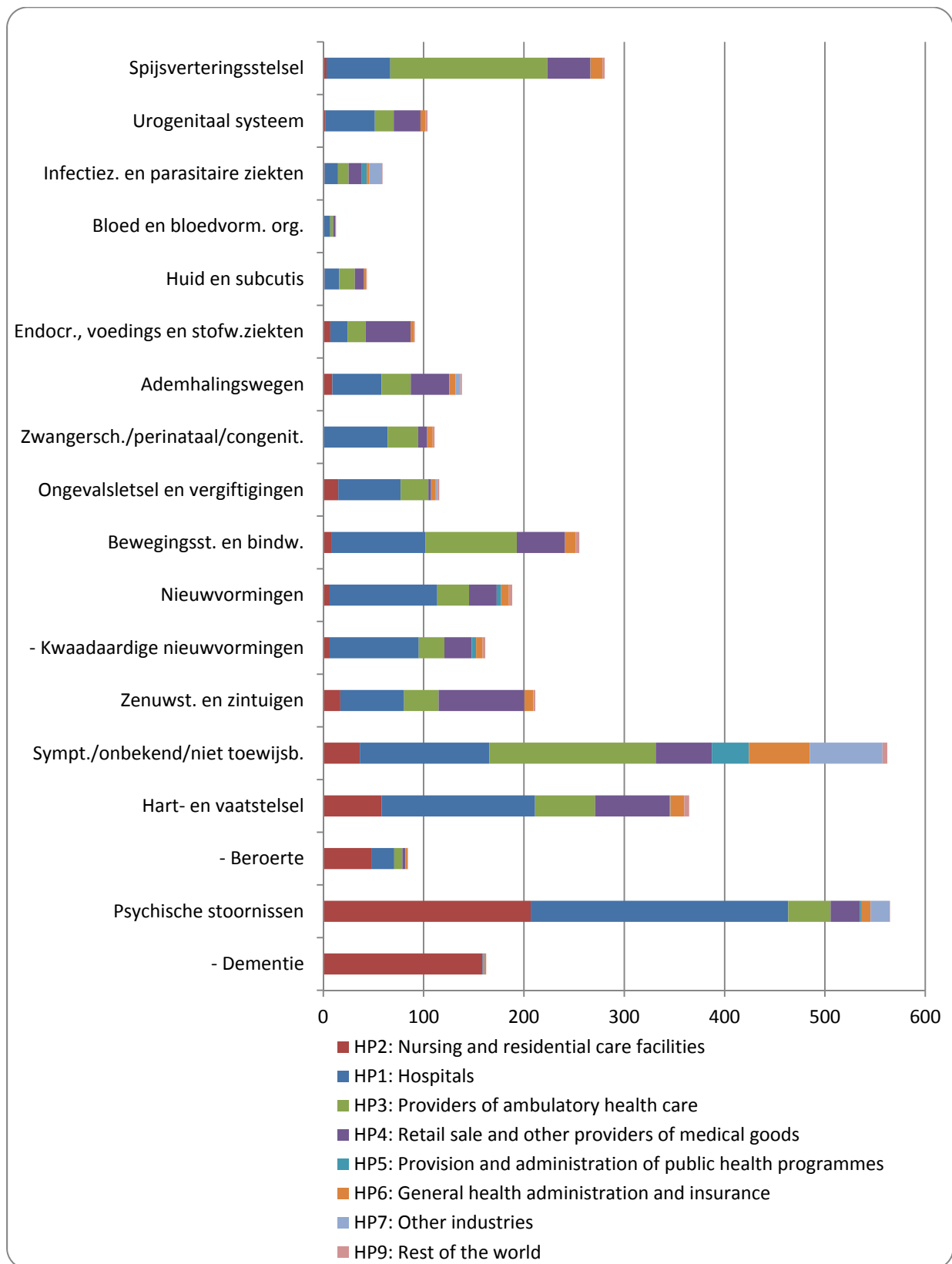
Bijlage 1

Mortaliteitsgegevens

Overlijdensgevallen naar leeftijd, geslacht en aandoeningen voor geselecteerde Europese landen (WHO, 2013).

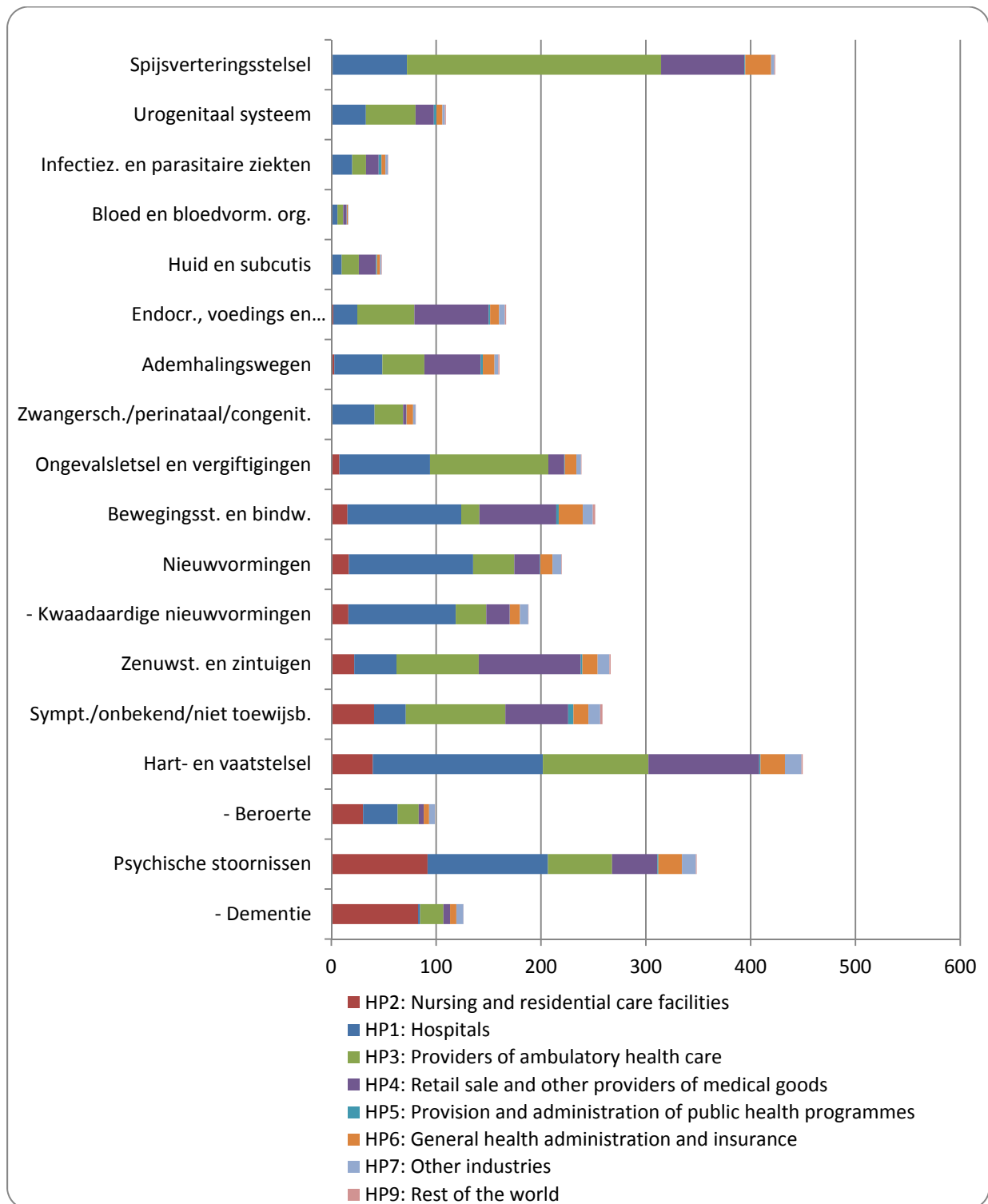
Zie bijgesloten Excel-spreadsheet: KVZ 2013-2 bijlage mortaliteitsdata

Bijlage 2 Zorguitgaven Nederland-Duitsland



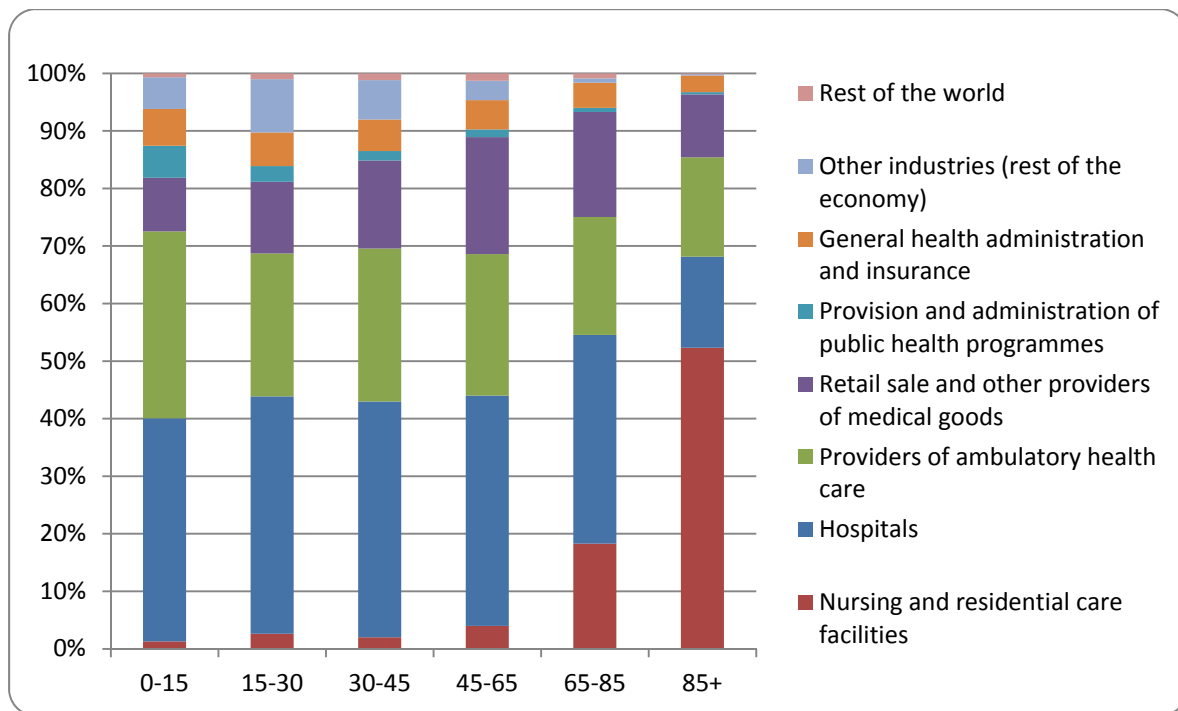
Figuur 9 Absolute zorguitgaven in Nederland over 2007 (in euro per inwoner) (Bron: Slobbe et al., 2011).

KvZ-Notitie 2013-2: Ouderenzorg in West-Europa

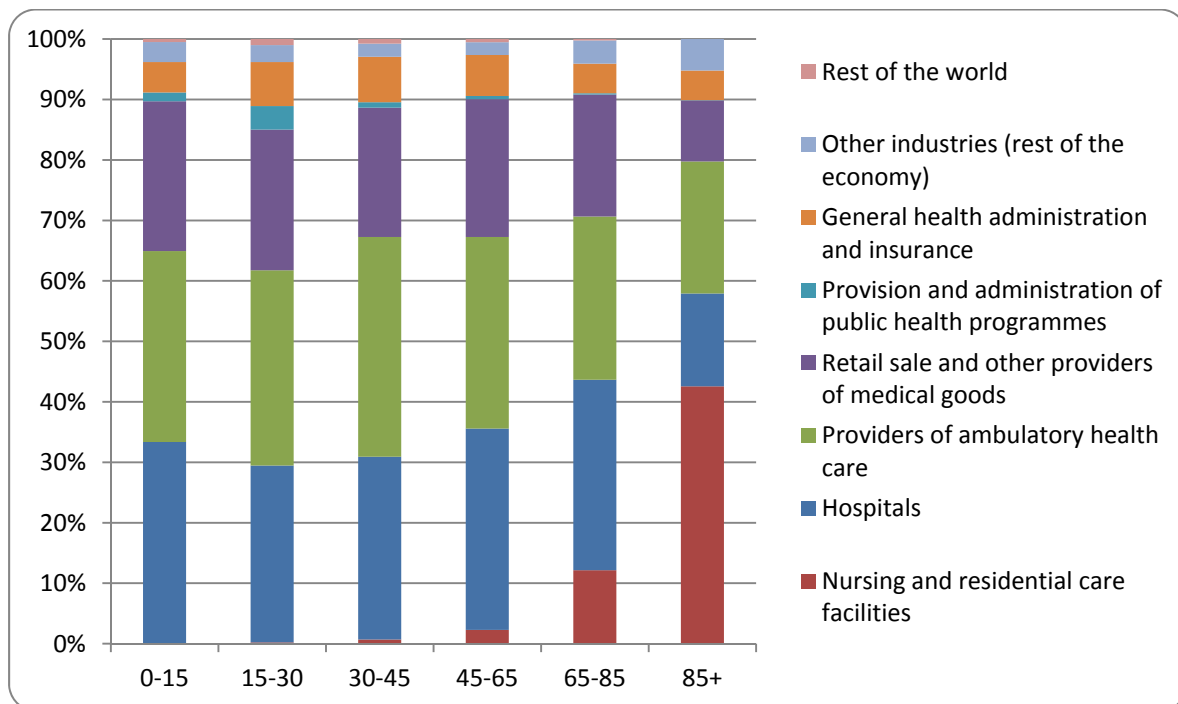


Figuur 10 Absolute zorguitgaven in Duitsland over 2008 (in euro per inwoner) (Bron: Statistisches Bundesamt, 2010).

Bijlage 3



Figuur 11 Zorguitgaven in Nederland over 2007 naar zorgaanbieders volgens de SHA indeling van de WHO (in percentages van het totaal) (Bron: Slobbe et al., 2010).



Figuur 12 Zorguitgaven in Duitsland over 2008 naar zorgaanbieders volgens de SHA indeling van de WHO (in percentages van het totaal) (Bron: Statistisches Bundesamt, 2010).