



Gezondheid en zorg

Hoofdstuk 7 van *De sociale staat van Nederland 2017*, ISBN 978 90 377 0847 9

De webversie van deze publicatie wijkt in opmaak iets af van de gedrukte, papieren versie.
Bij verwijzingen naar pagina's van deze editie daarom vermelden dat naar de webversie is verwezen.

7 Gezondheid en zorg

Sjoerd Kooiker

- In de periode 1990-2015 is onze gezondheid verder verbeterd. De levensverwachting is toegenomen en we overlijden gemiddeld op steeds hogere leeftijd.
 - Onze fysieke mobiliteit is sterk verbeterd, met name onder mensen van middelbare leeftijd en ouderen. De levensverwachting in goede gezondheid en de levensverwachting zonder fysieke beperkingen zijn toegenomen.
 - Het percentage in de bevolking dat een chronische ziekte heeft is toegenomen, evenals het percentage dat meerdere chronische ziekten heeft. De levensverwachting zonder chronische ziekten is gedaald.
 - Deze ontwikkelingen zijn voor mannen veel gunstiger verlopen dan voor vrouwen. De levensverwachting van mannen is tussen 1990 en 2015 met 5,9 jaar toegenomen, van 73,8 tot 79,7 jaar. In dezelfde tijd steeg de levensverwachting van vrouwen met 3 jaar, van 80,1 naar 83,1 jaar. Eenzelfde verschil tussen mannen en vrouwen zien we bij de toename van de levensverwachting zonder fysieke beperkingen.
 - Bij het gebruik van medische zorg zien we voor de huisarts en de medisch specialist dat vooral meer ouderen daar jaarlijks contact mee hebben. Bij de huisarts gaat deze ontwikkeling gepaard met een lager percentage jaarlijks contact voor de bevolking als geheel.
 - In het percentage jaarlijks contact met een alternatieve genezer is geen stijging te bespeuren; het percentage uit de bevolking dat daarmee contact heeft blijft vrij laag.
 - In het gehele tijdvak 1990-2016 is het percentage in de bevolking dat jaarlijks contact heeft met de fysiotherapeut gestaag toegenomen.
 - In de ggz is er een duidelijke verschuiving van zwaardere naar lichtere vormen van zorg te constateren.
 - Tussen 2004 en 2014 is het percentage ouderen dat langdurige zorg ontvangt afgenomen. Het gaat om de zorg in natura, dus niet de zorg die via een persoonsgebonden budget wordt geregeld, en ook om zorg waarvoor de ontvanger een eigen bijdrage betaalt.
 - Tussen 2008 en 2017 is er weinig verandering gekomen in het percentage mensen dat mantelzorg verleent.
-

7.1 Bouwt nieuw beleid voort op de grote operaties van Rutte II?

Het nieuwe kabinet bouwt in verschillende opzichten voort op het beleid van het kabinet-Rutte II. Dat geldt voor met name de omvangrijke hervormingsoperaties en decentralisaties die in 2015 hun beslag hebben gekregen. Het huidige regeerakkoord vermeldt dan ook dat er geen nieuwe hervormingen nodig zijn, wel verbeteringen. In dit hoofdstuk kijken we vooral terug op de periode 1990-2015.

7.2 Een terugblik op het zorgbeleid in de periode 1990-2015

Aan het begin van de jaren negentig bevinden we ons midden in de overgang van een overheidsgereguleerde en -gebudgetteerde (curatieve) zorg, naar een vraaggestuurde zorg, gestoeld op gereguleerde marktwerking. Het rapport *Bereidheid tot verandering* van de commissie-Dekker vormde hiervoor de basis (Commissie Structuur en financiering gezondheidszorg 1987). In het rapport van deze commissie werd voorgesteld om een basisverzekering voor alle burgers in te voeren die 85% van het bestaande ziekenfondspakket zou omvatten, en om een stelsel van gereguleerde concurrentie te creëren, met een belangrijke rol voor de ziektekostenverzekeraars. In dit stelsel verdwijnt de scheiding tussen ziekenfonds en particuliere verzekering. Het kabinet-Lubbers II (1986-1989), met daarin de vvd, steunde deze visie, maar tijdens het daaropvolgende kabinet-Lubbers III (1989-1994), met de PvdA, werd het basispakket uitgebreid tot 95% van het bestaande pakket. De weerstand bij belangenorganisaties tegen invoering van wat inmiddels een steeds duurder wordende allesomvattende verzekering leek te gaan worden, was echter te groot en de plannen strandden.

Wellicht vanwege de alom gevoelde kater hierover koos minister Borst in het eerste paarse kabinet van vvd en PvdA (1994-1998) voor rust in het zorgveld en zag af van verdere stelselwijziging. Met Borst was na lange tijd (weer) een medicus als minister aangetreden en liever dan nog weer het moeizame proces van een systeemwijziging aan te gaan, koos zij in haar twee regeerperioden voor andere zaken, zoals de juridische verankering van patiëntenrechten, kwaliteitswetgeving voor de zorg, en voor het wettelijk regelen van orgaandonatie en euthanasie.¹ Daarnaast maakte zij een prioriteit van een gezonde leefstijl en legde zij met wetgeving het roken en het gebruik van alcohol aan banden. Uiteindelijk zou dat tijdens latere kabinetten uitmonden in de garantie van een rookvrije werkplek (2004), het verbieden van roken in publieke ruimtes en de horeca (2008) en het optrekken van de minimumleeftijd voor het kopen van alcohol en tabak naar 18 jaar in 2014.

De eigen regie in de zorg kreeg in die periode een impuls toen staatssecretaris Terpstra zich in 1995 inzette voor de invoering van het persoonsgebonden budget (pgb) voor de zorg thuis, te financieren uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het aantal pgbhouders steeg in de periode 1998-2009 gemiddeld met 25% per jaar (Sadiraj et al. 2011). Door de sterke toename van het aantal gebruikers en door steeds ingewikkelder aanvraagprocedures leek het pgb aan zijn eigen succes ten onder te gaan, terwijl ook de signalen over fraude met het pgb steeds sterker werden. Tijdens het eerste kabinet-Rutte (2010-2012) leek het pgb grotendeels te worden afgeschaft, maar zover kwam het niet. In het tweede kabinet-Rutte (2012-2017) werd het pgb verankerd in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en in de Wet langdurige zorg (Wlz).

Veranderingen in het zorgveld gingen in de jaren negentig vaak uiterst langzaam vanwege de 'hindermacht' die de vele belanghebbenden en adviescolleges bezaten. Voorbeeld hier-

van zijn de plannen rond de zorgverzekering. Met de invoering van de Kaderwet adviescolleges (1997), ook wel de Woestijnwet genoemd, realiseerde het paarse kabinet een sterke uitdunning van het aantal adviescolleges in de zorg en kwam het primaat in de besluitvorming bij de politiek te liggen. Dat zou twee kabinetten later (Balkenende II: 2003-2006) goed van pas komen bij de politieke besluitvorming over de Zorgverzekeringswet in 2004. Deze wet werd toen zonder veel ophef door de Tweede Kamer aangenomen (Fogteloo 2005). In de Eerste Kamer moest minister Hoogervorst echter achttien toezeggingen doen (EK 2006).

Een steeds terugkerend thema in de jaren negentig was de discussie over de wachtlijsten in de zorg, die zich voordeden in zowel de curatieve als de langdurige zorg, de ggz, de ouderenzorg, de thuiszorg en de zorg voor gehandicapten. Deze wachtlijsten bleken hardnekkig en de aandacht voor de wachtlijsten in politiek en media hield lang aan. Van 2001 tot en met 2007 werden hierover dan ook samenvattende cijfers gepubliceerd in de verschillende edities van *De sociale staat van Nederland*.

De oplossing voor de wachtlijsten vond minister Borst in 2002 in het loslaten van het strakke budgetteringsregime in de curatieve zorg en het vasthouden aan de zorgplicht van de zorgverzekeraars.² Onder het motto 'boter bij de vis' was er ruimte voor meer productie en slonken de wachtlijsten. De kostengroei die hier het resultaat van was, zette zich ook voort na het invoeren van de Zorgverzekeringswet in 2006. In de eerste vier jaar na de invoering groeiden de zorgkosten met gemiddeld 5,2% per jaar. De discussie over de wachtlijsten verstomde, maar laaide recent weer op.³

Met de invoering op 1 januari 2006 van de verplichte zorgverzekering voor de curatieve zorg kwam een einde aan de tweedeling tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden. Lang gold het in de zorg als onbespreekbaar om voor de medische basiszorg een forse eigen bijdrage te heffen (bij de zgn. medicijnenknaak (1983) en het specialistengeeltje (1988) ging het nog om relatief kleine bedragen), maar in 2008 werd voor de basisverzekering een verplicht eigen risico van 150 euro ingevoerd, dat eerst langzaam steeg, maar in 2013 naar 350 euro verhoogd werd en anno 2017 385 euro bedraagt. Verzekerden met een laag inkomen worden via de zorgtoeslag (uitgekeerd door de Belastingdienst) gecompenseerd voor deze financiële drempel.

De stijging van de zorgkosten was hiermee niet voorbij, maar de aandacht richtte zich wel meer op langdurige zorg en stijging van de kosten van de awbz. Deze groeiden sneller dan de kosten voor de curatieve zorg (Horst et al. 2011).⁴ Voor de extramurale langdurige zorg waren maatregelen genomen om het beroep op zorg te beperken, maar ook om de kwaliteit en de doelmatigheid te verhogen (Plaisier en De Klerk 2015). De toegang tot de zorg was al vanaf 2005 afgeremd via het protocol gebruikelijke zorg (de zorg waarvan verwacht mag worden dat huisgenoten die onderling bieden), via eigen bijdragen en via centrale en geobjectiverde indicatiestelling. Met name de veranderingen in de indicatiestelling waren bedoeld om bij te dragen aan hogere kwaliteit en doelmatigheid.

De invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in 2007 betekende een belangrijke verandering in de visie op de ondersteuning aan mensen met gezondheidsproblemen in de thuissituatie. Daarin wordt de zorg dichtbij in de buurt geregeld, met de gemeente als regisseur. Niet langer bepalen de gezondheid en de beperkingen van de persoon in kwestie het hebben van recht op zorg. Het concept 'recht op zorg' verdwijnt als criterium voor zorgtoewijzing, wel heeft de gemeente de verplichting om ervoor te zorgen dat zorgafhankelijke mensen zelfredzaam zijn en kunnen participeren. En om hulp te bieden wanneer het eigen sociale netwerk en de eigen financiën tekortschieten voor de ondersteuning van de hulpbehoevende.

Verdere decentralisaties volgden tijdens het tweede kabinet-Rutte (2012-2017). De gemeenten werden verantwoordelijk voor nog meer onderdelen van de zorg. Voor zowel ouderen als psychiatrische patiënten werd de toegang tot intramurale zorginstellingen ingeperkt. Alleen voor mensen die min of meer continu op zorg aangewezen zijn, bleef een kern van de vroegere AWBZ overeind als Wet langdurige zorg (Wlz).

De hoofdrichting die in het beleid van de afgelopen 25 jaar valt te ontdekken, is steeds dat de zorgverlening werd verplaatst van gespecialiseerde zorg naar generalistische zorg en van professionele zorg naar zelfzorg, alsmede dat er een verantwoordelijkheidsverschuiving plaatsvond van het rijk naar de gemeente en de burger. Weliswaar dienen de toegang en de vergoeding van de (langdurige) zorg zoveel mogelijk volgens objectieve landelijk vastgelegde criteria te geschieden, maar door decentralisaties kunnen daarin wel lokale verschillen voorkomen.

7.3 De gezondheid van de Nederlanders

De verschillende edities van *De sociale staat van Nederland* vermelden steevast dat zo'n 80% van de bevolking zich gezond voelt en de meest recente cijfers daarover van het CBS (uit 2016) zijn daarop geen uitzondering. Dat wil niet zeggen dat men geen gezondheidsproblemen heeft. Gevraagd naar het hebben van langdurige aandoeningen in de afgelopen twaalf maanden antwoordt circa 30% van de bevolking daarop bevestigend (tabel 7.1). Bijna alle kinderen en jongeren voelen zich gezond, terwijl ook in deze leeftijdscategorie langdurige aandoeningen voorkomen.

Tabel 7.1

De meerderheid van de bevolking voelt zich gezond, maar langdurige aandoeningen komen veel voor
Gezondheidsbeleving en drie samenvattende maten over gezondheid en beperkingen, zoals gerapporteerd door de bevolking in particuliere huishoudens, naar geslacht en leeftijdscategorie, 2016 (in procenten)

	geslacht		leeftijd				
	m	v	<18 jaar	18-34 jaar	35-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar
ervaren gezondheid: goed of zeer goed ^a	82	77	96	87	74	67	57
een of meer langdurige aandoeningen ^b	28	32	12	20	36	49	52
beperkingen in bewegen ^c	6	13	1	2	8	15	37
psychische klachten ^d	9	14	6	12	12	10	13

- a Het cijfer over de 'ervaren gezondheid' betreft alle leeftijden. Voor kinderen tot 12 jaar zijn de ouders of verzorgers gevraagd.
- b Percentage personen met antwoord 'ja' op de vraag 'Heeft u/uw kind een of meer langdurige ziekten of aandoeningen? Langdurig is (naar verwachting) zes maanden of langer.'
- c Percentage personen van 12 jaar of ouder met antwoord 'ja, met grote moeite' of 'nee, dat kan ik niet' op minstens een van de drie vragen naar beperkingen in bewegen (volgens de oeso-indicator).
- d Somscore van vijf vragen naar psychisch (on)welbevinden MHI-5, personen van 12 jaar en ouder, rapportage over de afgelopen vier weken, percentage gebaseerd op afkappunt.

Bron: CBS (maatwerktabel, GE'16)

Veel langdurige aandoeningen komen onder ouderen vaker voor. Dat geldt zeker voor problemen die met die gewrichten en mobiliteit te maken hebben; zo is met name gewrichtsslijtage een veelvoorkomende aandoening onder ouderen (tabel 7.2). In paragraaf 7.4 zullen we zien dat ouderen in de loop der tijd steeds minder beperkingen zijn gaan rapporteren. Psychische klachten zijn minder van iemands leeftijd afhankelijk.

Tabel 7.2

Gezondheidsklachten over mobiliteit vooral op hogere leeftijd

Gezondheidsklachten gerelateerd aan mobiliteit en bewegen over de afgelopen twaalf maanden zoals gerapporteerd door de bevolking in particuliere huishoudens, naar geslacht en leeftijdscategorie, 2016 (in procenten)

	geslacht		leeftijd				
	m	v	<18 jaar	18-34 jaar	35-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar
chronische gewrichtsontsteking	4	8	0	2	8	13	16
ernstige of hardnekkige aandoening van de rug	8	10	1	5	13	15	18
ernstige of hardnekkige aandoening van de nek of schouder	8	11	1	5	13	15	15
ernstige of hardnekkige aandoening van elleboog, pols of hand	4	8	0	3	9	9	12
gewrichtsslijtage, artrose of slijtagereuma van heupen of knieën	10	18	0	1	14	32	39

Bron: CBS (maatwerktable, GE'16)

Wanneer we kijken naar ernstige aandoeningen die men ooit in het leven heeft gehad, wordt kanker het meest genoemd, opnieuw vooral onder ouderen (tabel 7.3). Veel meer mannen dan vrouwen hebben ooit een hartinfarct meegemaakt. De sterfte aan hart- en vaatziekten is in de loop der tijd echter sterk gedaald, terwijl de sterfte aan kanker toenam (niet in de tabel).

Tabel 7.3

Veel ouderen rapporteren ooit kanker te hebben gehad

Ernstige aandoeningen die men 'ooit' gehad heeft zoals gerapporteerd door de bevolking in particuliere huishoudens, naar geslacht en leeftijdscategorie, 2016 (in procenten)

	geslacht		leeftijd				
	m	v	<18 jaar	18-34 jaar	35-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar
beroerte, hersenbloeding, herseninfarct ^a	4	3	0	0	3	8	11
hartinfarct ^a	5	2	0	0	3	7	13
kanker	5	8	0	1	7	17	25

a Alleen gevraagd aan personen van 12 jaar en ouder.

Bron: CBS (maatwerktabel, GE'16)

Een laatste overzicht van langdurige aandoeningen laat zien dat met name hoge bloeddruk veel onder ouderen voorkomt (tabel 7.4). Hoge bloeddruk is eigenlijk geen ziekte op zich, maar vooral een risicofactor voor hart- en vaatziekten. Gezondheidsproblemen die juist minder op oudere leeftijd voorkomen zijn migraine en ernstige hoofdpijn, en allergieën.

Natuurlijk kan een enquête onder de bevolking niet meer dan een beperkt zicht op de gezondheid van de Nederlander verschaffen. Men is immers vrij om te beslissen om een aandoening wel of niet te rapporteren tijdens het onderzoek. Een ander, maar ook beperkt beeld van onze gezondheid is te verkrijgen via de medische zorg, bijvoorbeeld de huisartspraktijk, waar nu niet de burger als leek een oordeel geeft, maar een arts. Daarbij moeten we aantekenen dat niet alle gezondheidsproblemen aan de huisarts worden voorgelegd en dus ook op deze wijze gezondheidsproblemen gemist worden. Echter, in Nederland heeft een groot deel van de ingeschreven patiënten jaarlijks wel een keer contact met zijn of haar huisartspraktijk en omdat de huisarts zo'n laagdrempelige voorziening is, vormen de gegevens uit de huisartspraktijken toch een goede basis voor uitspraken over de gezondheid van de bevolking (Hoon et al. 2016). Het zijn met name de chronische aandoeningen die bekend worden bij de huisarts. Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) gebruikt dan ook cijfers uit de huisartspraktijk om een beeld te krijgen van de mate waarin chronische ziekten voorkomen.

Zo meldt het RIVM in 2017 dat op 1 januari 2015 bij 8,5 miljoen mensen een of meer chronische aandoeningen vermeld stonden in het huisartsendossier (RIVM 2017). Welke aandoeningen het meeste voorkomen, verschilt per leeftijd. Een eerdere meting uit 2011 liet zien dat onder kinderen van 0 tot 15 jaar constitutioneel eczeem, astma en aandachtsstoornissen (adhd) de meest voorkomende aandoeningen zijn. Onder de brede groep van 15-64-jarigen komen nek- en rugklachten het meeste voor, gevolgd door artrose en diabetes mellitus (suikerziekte). Bij 65-plussers gaat het om artrose, gehoorstoornissen en diabetes mellitus.

Tabel 7.4

Meeste overige gezondheidsproblemen komen voor op hogere leeftijd behalve migraine en ernstige hoofdpijn, en allergieën

Overige veel voorkomende langdurige aandoeningen die men in de afgelopen twaalf maanden heeft ervaren, zoals gerapporteerd door de bevolking in particuliere huishoudens naar geslacht en leeftijdscategorie, 2016, (in procenten)

gezondheidsaspecten	geslacht		leeftijd				
	m	v	<18 jaar	18-34 jaar	35-64 jaar	65-74 jaar	≥ 75 jaar
suikerziekte ^a	5	5	0	1	5	15	17
migraine of ernstige hoofdpijn	10	19	6	20	19	10	7
copd, chronische bronchitis, longemfyseem	4	4	1	2	5	10	10
allergie	17	20	16	25	19	12	9
hoge bloeddruk ^b	14	17	1	3	16	35	40
duizeligheid met vallen ^b	3	7	3	4	4	6	14
incontinentie (onvrijwillig urineverlies) ^b	3	10	1	2	6	10	22
depressie ^b	8	10	4	9	10	7	7

a Naar suikerziekte is zonder tijdsperspectief gevraagd.

b Alleen gevraagd aan personen van 12 jaar en ouder.

Bron: CBS (maatwerktablel GE'16)

Het is moeilijker om de psychische gezondheid van de bevolking in beeld te brengen. De Gezondheidsenquête (GE) van het CBS richt zich bij het meten van de psychische gezondheid vooral op de vraag of mensen zenuwachtig zijn, neerslachtig of (on)gelukkig en neemt daarbij een periode van vier weken in ogenschouw (Driessen 2011). Daaruit komt naar voren dat rond de 12% van de bevolking van 12 jaar en ouder deze psychische klachten heeft. Specifieke psychische klachten zoals fobieën komen bij het CBS niet aan bod. De huisarts registreert wel specifieke psychische klachten, maar bijvoorbeeld angststoornissen worden in de huisartspraktijk duidelijk ondergerapporteerd.⁵ Weliswaar brengen de speciaal voor het meten van de psychische gezondheid opgezette onderzoeken van het Trimbos-instituut allereerste psychische stoornissen als stemmingsstoornissen, angststoornissen en gedragsstoornissen in kaart, maar zij doen dat alleen voor de volwassen bevolking van 18-64 jaar. Zo blijven zowel kinderen tot 18 jaar als ouderen van 65 jaar en ouder buiten beeld. Over de psychische gezondheid van kinderen en ouderen weten we dan ook opvallend weinig. Daarnaast stamt het laatste onderzoek alweer uit 2007-2009. In dat onderzoek rapporteert 18% van de volwassen bevolking psychische klachten over het afgelopen jaar. Een derde van hen heeft twee of meer psychische stoornissen (Veerbeek et al. 2015). Wanneer gevraagd wordt naar psychische stoornissen 'ooit in het leven', dan heeft 43,5% die ooit gehad (Veerbeek et al. 2013). Zo gezien lijkt een psychische stoornis iets te zijn wat bijna iedereen kan overkomen. Maar niet elke psychische klacht is even ernstig. Het percentage van de bevolking dat bij de hulpverlening bekend is met een ernstige psychische aandoening (epa) is veel lager. Het gaat dan om stoornissen van langdurige aard die ook ernstige maatschappelijke beperkingen met zich meebrengen en continue ggz-behandeling vereisen (Delespaul en de Consensusgroep Epa 2013.) Naar schatting hebben 281.000 mensen in Nederland (1,7%) een of meer van dergelijke aandoeningen. Van hen heeft 60% een psychotische stoornis, 10% is primair verslaafd en 30% valt in de groep overige stoornissen (denk hierbij aan stoornissen als autisme, ernstige depressie en angststoornissen, of een persoonlijkheidsstoornis) zo meldt kenniscentrum Phrenos.⁶

7.4 Welke verschuivingen zien we in de gezondheid in 25 jaar?

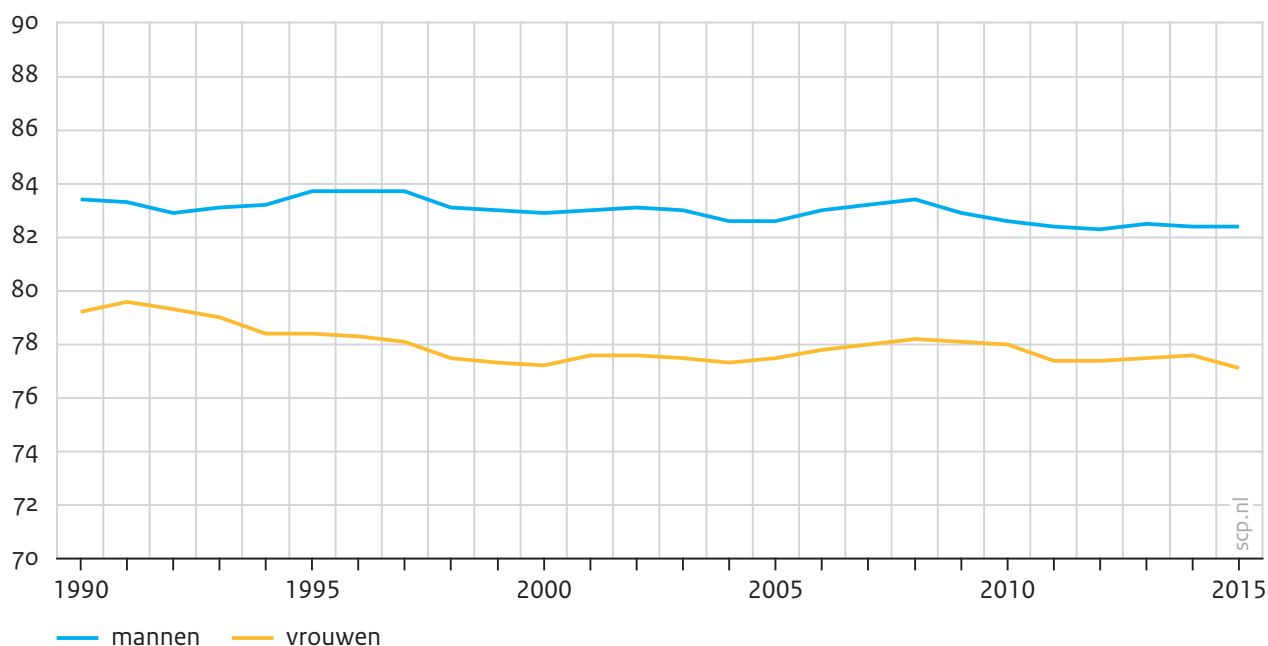
Ervaren gezondheid

Het oordeel over de ervaren gezondheid (enquêtevraag: 'Hoe is over het algemeen uw gezondheid?') is een van de meest gebruikte en meest herhaalde onderzoeksvragen over gezondheid. Het CBS heeft deze vraag al sinds het begin van de Gezondheidsenquête in 1981 gesteld. Voor de terugblik over de periode 1990-2015 is het belangrijk om vast te stellen dat het percentage dat een goede of zeer goede gezondheid rapporteert in deze periode iets gedaald is (figuur 7.1). Voor een deel is hiervoor de veroudering van de bevolking verantwoordelijk, want deze lichte maar gestage daling zien we minder als we de verschillende leeftijdscategorieën onder de loep nemen. Dan blijkt dat met name mensen in de leeftijd van 45-64 jaar en 65-74 jaar (zie figuur 7.2) erop vooruitgegaan zijn in hun gezondheidsbeleving.

Figuur 7.1

Met name het percentage vrouwen met een goede of zeer goede gezondheid is licht gedaald

Aandeel van de bevolking in particuliere huishoudens dat een goede of zeer goede ervaren gezondheid rapporteert, naar geslacht, 1990-2015 (in procenten)

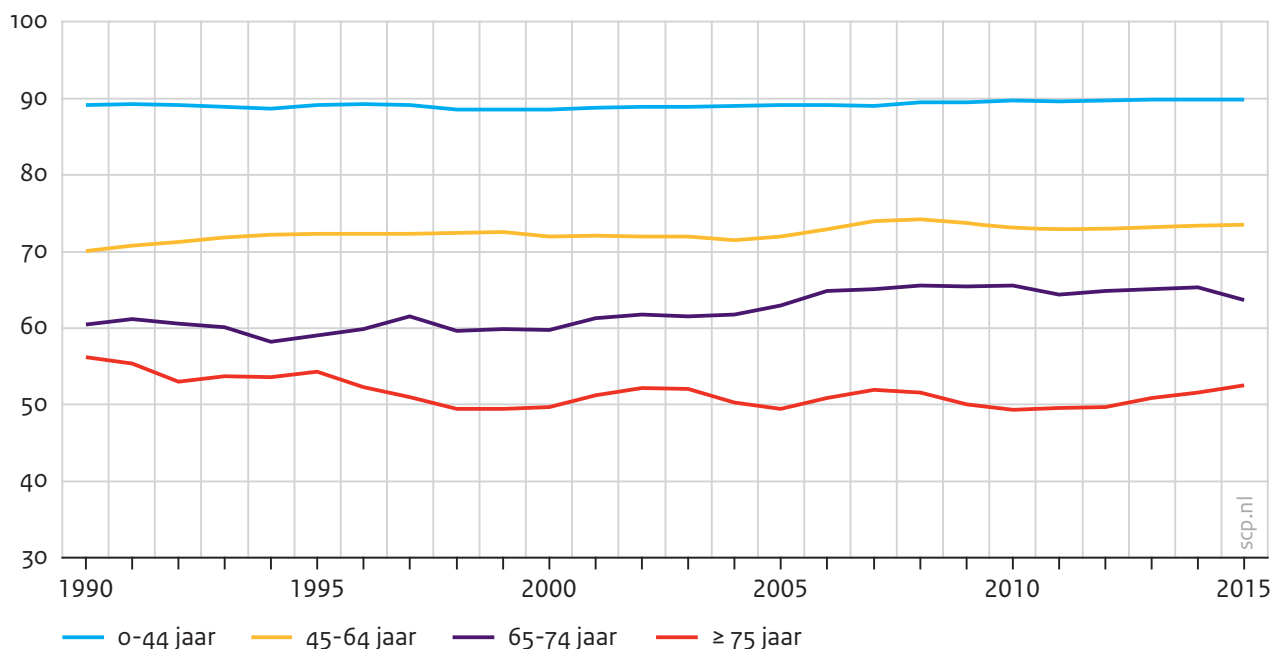


Bron: CBS. RIVM-bewerking van o.a. GE'90-96; GE'10-'14; POLS'97-'09

Figuur 7.2

Het percentage mensen tussen de 45 en 75 jaar dat een goede of zeer goede gezondheid rapporteert, is licht gestegen

Aandeel van de bevolking in particuliere huishoudens dat een goede of zeer goede ervaren gezondheid rapporteert, naar leeftijdscategorie, 1990-2015 (in procenten)



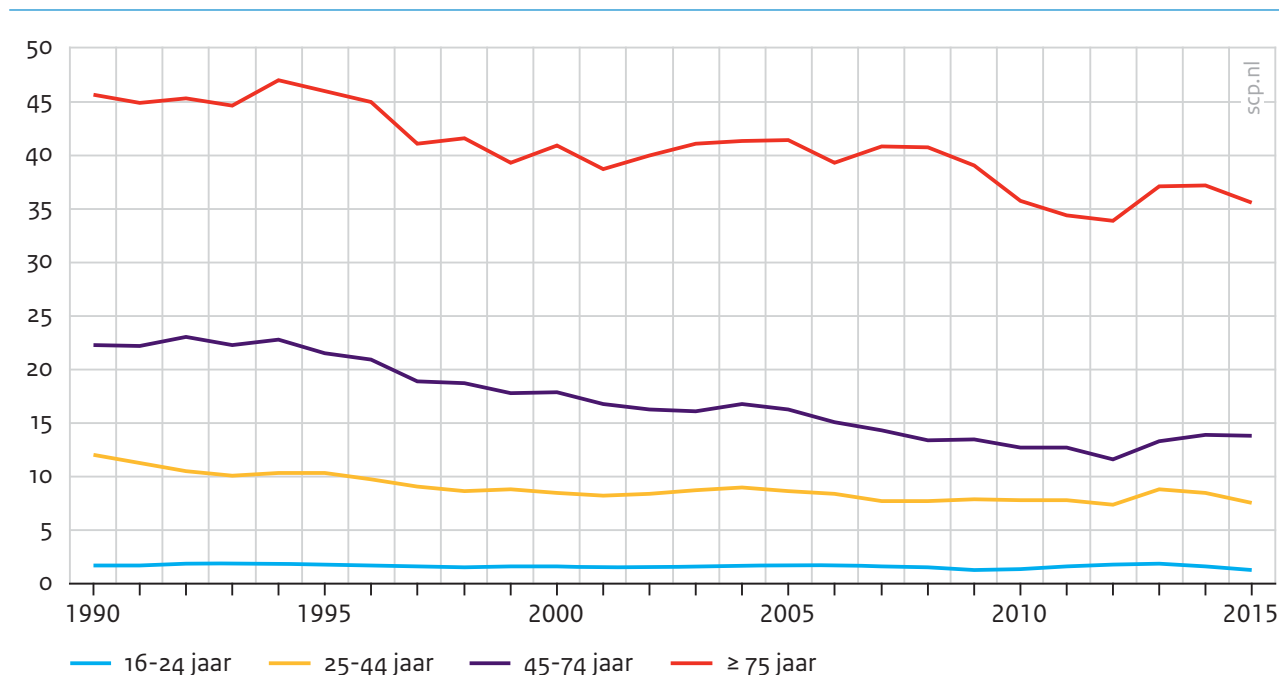
Bron: CBS. RIVM-bewerking van o.a. GE'90-96; GE'10-'14; POLS'97-'09

De antwoorden op vragen in de Gezondheidsenquête naar het hebben van lichamelijke beperkingen laten voor personen met de veelvoorkomende mobiliteitsbeperkingen een in de loop van de tijd verbeterde mobiliteit zien, met name onder personen van 45 jaar en ouder (figuur 7.3).

Figuur 7.3

Met name onder personen van 45 jaar en ouder heeft een lager percentage mobiliteitsbeperkingen

Aandeel van de bevolking in particuliere huishoudens met mobiliteitsbeperkingen, naar leeftijdscategorie, 1990-2015 (in procenten)



Bron: CBS. RIVM-bewerking van o.a. GE'90-96; GE'10-'14; POLS'97-'09

Chronische aandoeningen

Uit zowel de bevolkingsenquêtes als de registraties van huisartsen is af te leiden dat het aantal mensen met een of meer chronische aandoeningen in de afgelopen decennia is toegenomen. Voor een deel heeft dat waarschijnlijk te maken met een toegenomen aandacht voor deze ziekten.

De huisartsen van de Continue Morbiditeits Registratie (CMR) in Nijmegen registreren al heel lang het wel en wee van 13.500 patiënten bij tien huisartsen (Uijen en Van de Lisdonk 2008). Zij zagen tussen 1985 en 2005 het percentage zonder chronische ziekten afnemen van 70% naar 63%, dus zij zien in 2005 bij 37% van hun patiënten ten minste een chronische aandoening.⁷ Tussen 1985 en 2005 bleef het percentage met een of twee chronische ziekten vrij stabiel, het percentage met drie chronische ziekten groeide met 60%, terwijl het percentage met vier chronische ziekten verdrievoudigde van 2,6% in 1985 naar 7,5% in 2005.

Een verdere toename tussen 2004 en 2011 van het percentage van de bevolking met een chronische aandoening is waargenomen in de huisartspraktijken die deelnemen aan de zorgregistratie van het Nivel (die groeide van 29 praktijken in 2004 naar 105 praktijken in 2011). In de (gestandaardiseerde) bevolking van 25 jaar en ouder nam het percentage patiënten met ten minste een chronische ziekte toe van 36,1% in 2004 tot 41,8 in 2011 (Van Oostrom et al. 2016).⁸ Het percentage met twee of meer chronische ziekten nam toe van 13,5% in 2004 tot 16,2% in 2011.

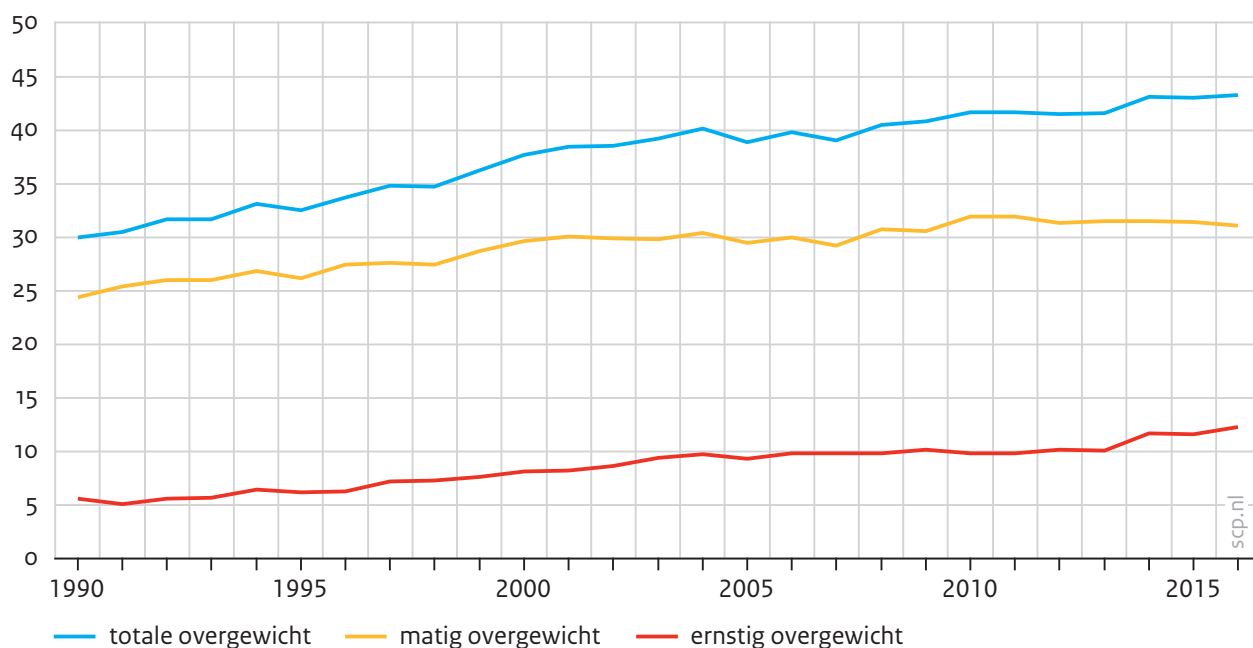
Gegevens uit de Gezondheidsenquête over de periode 2001-2011 bevestigen dit beeld. Ook daar nam het aandeel van de (gestandaardiseerde) bevolking van 25 jaar en ouder met ten minste een (zelfgerapporteerde) chronische aandoening toe, en wel van 41,8% in 2001 tot 45,4% in 2011. Het percentage met twee of meer chronische aandoeningen groeide van 15,3% in 2001 naar 16,9% in 2011 (Van Oostrom et al. 2016).

Een van de opvallendste ontwikkelingen in het straatbeeld is dat het aantal mensen met overgewicht in de loop der tijd gestaag is toegenomen. Als we het tijdvak dat hier centraal staat in ogenschouw nemen, dan is dat vooral gebeurd in de jaren negentig en in het begin van deze eeuw (figuur 7.4). Tussen 1990 en 2004 nam het percentage mensen met overgewicht met 10 procentpunten toe. Op zich is overgewicht geen aandoening, maar (ernstig) overgewicht is wel een risicofactor voor aandoeningen als diabetes type 2, hoge bloeddruk, galstenen, hart- en vaatziekten, rug- en gewrichtsklachten en bepaalde soorten kanker.⁹

Figuur 7.4

Toename van overgewicht vooral in de jaren negentig en het begin van deze eeuw

Matig overgewicht (BMI 25-30), ernstig overgewicht (BMI ≥ 30) en het totale overgewicht^a onder de bevolking in particuliere huishoudens van 4 jaar en ouder, 1990-2016 (in procenten)



a Voor personen onder de 18 jaar gelden iets andere definities van (ernstig) overgewicht.

Bron: CBS (StatLine)

Levensverwachting

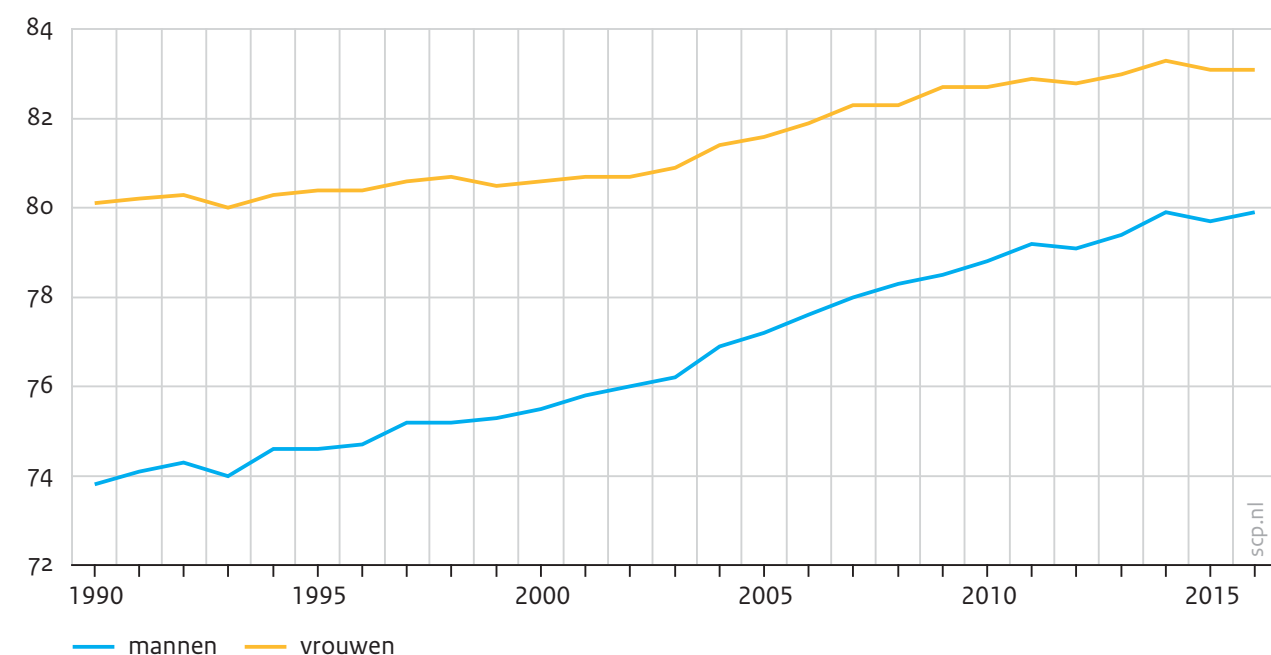
Een zeer betrouwbare maat van de ontwikkeling van de gezondheid over een reeks van jaren is de levensverwachting, die vooral moet worden gezien als een index voor leeftijds-specifieke sterftecijfers. In 2016 is de levensverwachting bij de geboorte voor mannen nog net geen 80 jaar en voor vrouwen ruim 83 jaar (figuur 7.5). De toename van de levensverwachting is voor de volksgezondheid het succesverhaal van de afgelopen 150 jaar

(De Beer 2017). Tot de jaren vijftig van de vorige eeuw is vooral winst geboekt bij de daling van de kindersterfte; de afgelopen decennia is de toename van de levensverwachting vooral een verbetering van de overlevingskansen op hogere leeftijd. Het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI) schrijft dat het percentage mensen dat op een leeftijd van rond de 80 jaar of jonger overlijdt, steeds verder afneemt en dat het percentage mensen dat rond de 90 jaar of later overlijdt juist toeneemt (De Beer 2017: 2).

Figuur 7.5

Vanaf 2003 is er een duidelijke stijging van de levensverwachting te zien, met name bij de mannen

Ontwikkeling van de levensverwachting bij de geboorte, naar geslacht, 1990-2016 (in levensjaren)



Bron: CBS (StatLine)

In figuur 7.5 is te zien dat de levensverwachting na 2002 sneller stijgt dan tussen 1990 en 2000 en dat de levensverwachting van mannen sneller stijgt dan die van vrouwen. De gezondheidseconomen Wim Groot en Henriëtte Maassen van den Brink schreven in 2010 in *Het Financieel Dagblad* dat de opmerkelijke toename van de levensverwachting na 2003 aan het eerdergenoemde boter-bij-de-visbeleid toe te schrijven is, omdat meer behandelingen mogelijk werden en er meer preventieve medicatie werd voorgeschreven tegen hoge bloeddruk en een hoog cholesterolgehalte (Groot en Maassen van den Brink 2010). Meer zorg leidt dus niet alleen tot meer kosten, maar ook tot gezondheidswinst. Een recente studie naar de stijging van de levensverwachting bij geboorte tussen 2000 en 2009, schat dat daarvan bij vrouwen 47% en bij mannen 30% is toe te schrijven aan de stijging van de uitgaven aan gezondheidszorg (Peters et al. 2015).

Nederland en Europa

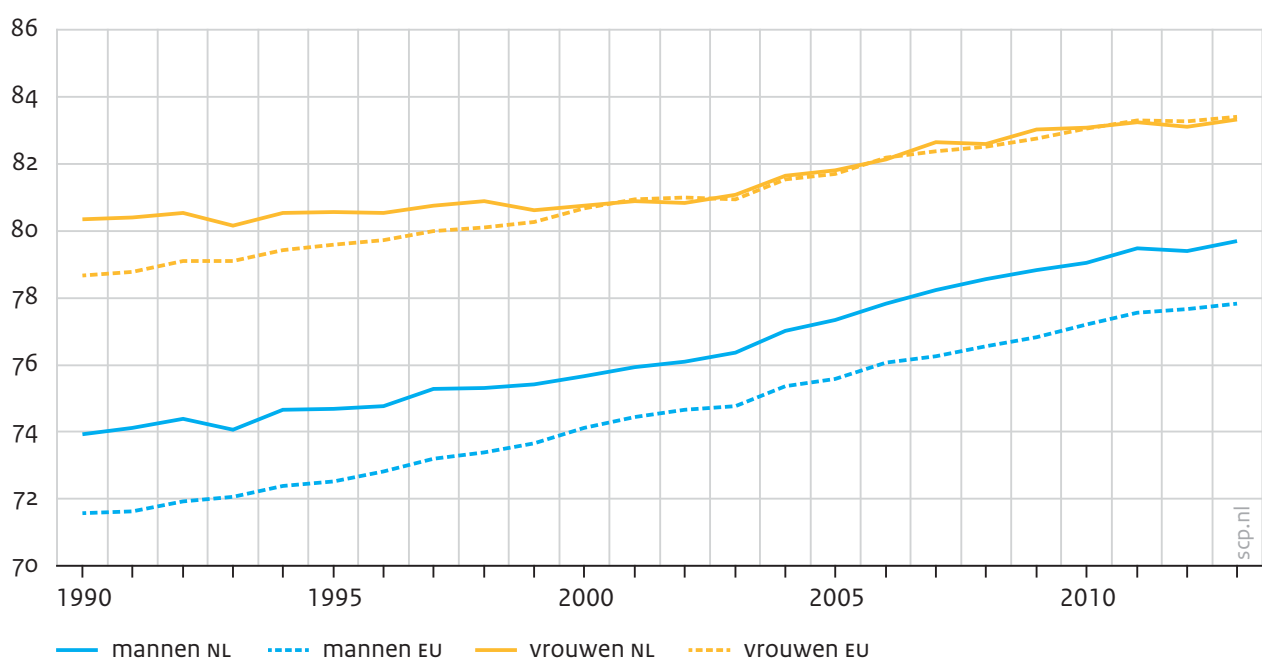
Een vergelijking met de ontwikkeling in andere landen van de EU leert dat ook in deze landen de levensverwachting van mannen sneller is toegenomen dan die van vrouwen.

Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is in de periode 1990-2013 de toename onder mannen in de 28 EU-landen gemiddeld 6,26 jaar en onder vrouwen 4,76 jaar. In Nederland is de stijging beduidend lager, met net geen 3 jaar voor vrouwen en 5,8 jaar voor mannen. Figuur 7.6 laat duidelijk zien dat in de jaren negentig de groei van de levensverwachting onder Nederlandse vrouwen achterblijft en pas na 2000 gelijk opgaat met de EU als geheel. Vanwege de lage groei onder de vrouwen en hoge groei onder de mannen is de *gender gap* in levensverwachting in Nederland met 3,3 jaar in 2013 de kleinste in de gehele EU.

Figuur 7.6

Nederlandse mannen hebben een hogere levensverwachting dan het Europese gemiddelde

Ontwikkeling van de levensverwachting bij de geboorte naar geslacht in Nederland en de 28 EU-landen, 1990-2013 (in levensjaren)



Bron: WHO (Health for all database) RIVM-bewerking

Een sterke groei van de levensverwachting van mannen van 7 jaar of meer tussen 1990 en 2013 is te vinden in Tsjechië (7,68 jaar), Portugal (7,03 jaar), Finland (7,15 jaar) en Estland (7,95 jaar). Opmerkelijk wat Estland betreft, is dat de levensverwachting van de mannen in het nabijgelegen Letland met slechts 2 jaar toenam tussen 1990 en 2013. De topper wat betreft de groei van de mannelijke levensverwachting is Luxemburg, met een groei van 8,58 jaar tussen 1990 en 2013.¹⁰ De hoogste levensverwachting onder mannen in de EU is in 2014 te vinden in Spanje (80,4 jaar), Zweden (80,6 jaar), Noorwegen (80,3 jaar) en Luxemburg (80,3 jaar). De levensverwachting van Zwitserse mannen is overigens met 80,8 jaar (zoals gerapporteerd door de WHO in 2013) de hoogste van Europa¹¹. De Zwitsers zelf rapporteerden recentelijk al 81,5 jaar voor mannen in 2016.¹² Voor vrouwen is de levensverwachting met name hoog in Spanje (86,25 jaar in 2014) en Frankrijk (85,82 jaar in 2013). De twee landen wisselen elkaar af aan de top van de levens-

verwachting in Europa, maar tot het jaar 2000 was de levensverwachting steeds het hoogst in Frankrijk. Ook in de kleine landen Cyprus en Luxemburg is de levensverwachting voor vrouwen hoger dan 85 jaar.

Of de stijging van de levensverwachting op dezelfde manier blijft aanhouden, is ongewis. In juli 2017 rapporteerde Eurostat dat de levensverwachting tussen 2014 en 2015 voor het eerst sinds 2002 een klein beetje gedaald is (0,3 jaar), maar dat het nog te vroeg is om te concluderen dat er daadwerkelijk van een neerwaartse trend sprake is (Eurostat 2017).

Het is niet eenvoudig om goed zicht te krijgen op de mate waarin specifieke factoren hebben bijgedragen aan de langere levensduur. Medische vooruitgang, voedingsgewoonten, leefstijl en welvaart spelen alle een rol bij het veranderende ziektepatroon (Salomon en Murray 2002). Figuur 7.7 geeft weer hoe het veranderende ziektepatroon in de samenleving heeft geleid tot verschuiving in de doodsoorzaken.

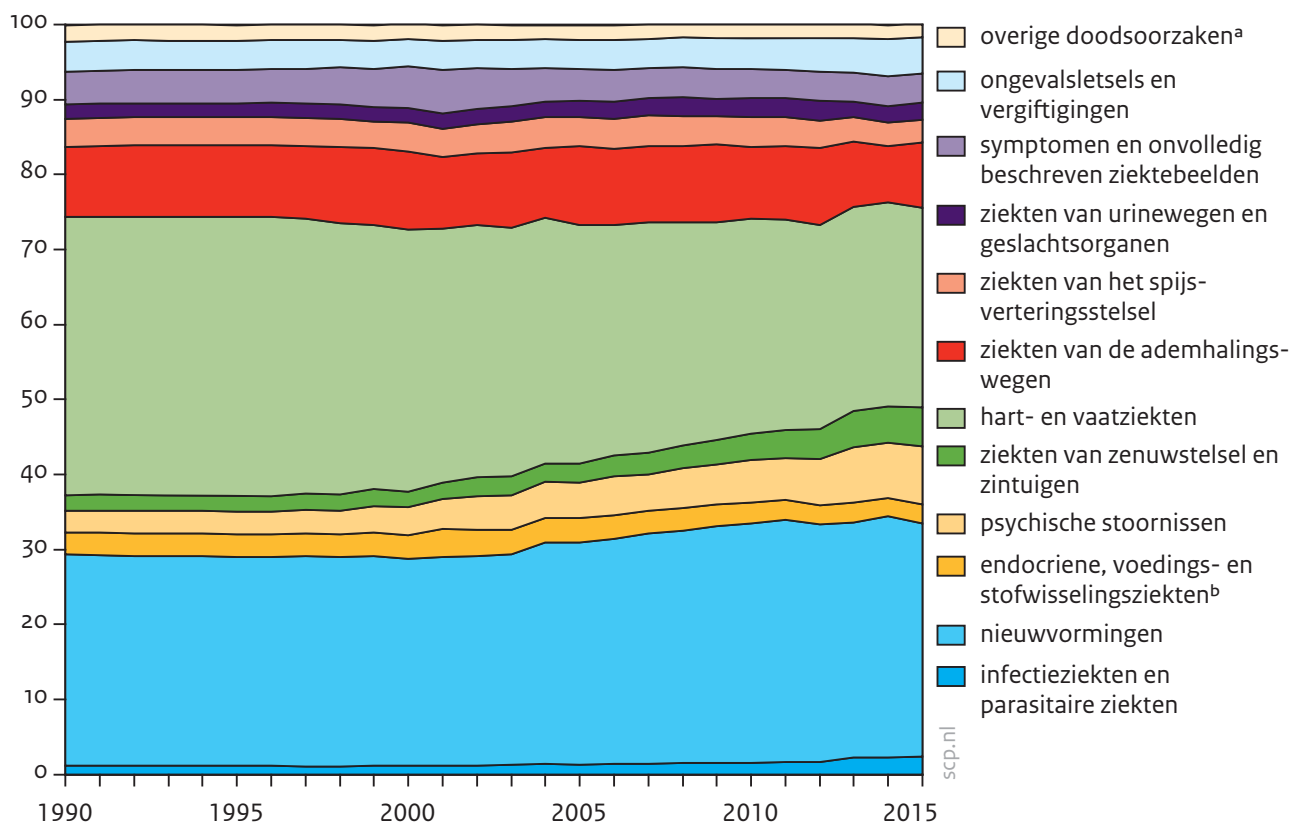
Kijken we naar de hoofdgroepen van doodsoorzaken in figuur 7.7, dan zien we een toename in het aandeel dat verschillende vormen van kanker (nieuwvormingen) in de sterfte hebben, en een sterke afname in de sterfte aan hart- en vaatziekten. Ook de sterfte aan psychische stoornissen en de sterfte aan aandoeningen van het zenuwstelsel is toegenomen. Dat komt met name door de toename van de sterfte aan dementie, waarvan de verschillende vormen tot de ene dan wel tot de andere hoofdgroep worden gerekend.¹³

De afname van de sterfte aan hart- en vaatziekten is een van de meest opvallende ontwikkelingen van de laatste 35 jaar. Sinds 1980 is het risico voor een zestiger om aan een hart- of vaatziekte te overlijden met 75% gedaald (De Beer 2017). Echter, wanneer de sterfte aan hart- en vaatziekten vermindert, levert dat geen pure gezondheidswinst op, doordat andere aandoeningen dan meer kans krijgen om zich te manifesteren, de zogeheten vervangende sterfte (Van de Water et al. 1994). Het is een van de oorzaken waardoor de kans toeneemt om op een hogere leeftijd aan kanker te overlijden.

Figuur 7.7

Een sterke afname van de sterfte aan hart- en vaatziekten

Doodsoorzaken naar hoofdgroepen in de Internationale classificatie van ziekten (ICD 10), 1990-2015 (in procenten)



a Overige doodsoorzaken: ziekten van bewegingsstelsel en bindweefsel; ziekten van bloed en bloedvormende organen; ziekten van de huid; complicaties van zwangerschap, bevalling en kraambed; aandoeningen ontstaan in perinatale periode; aangeboren afwijkingen.

b Tot de hoofdgroep endocriene-, voedings- en stofwisselingsziekten horen ook de immuunstoornissen.

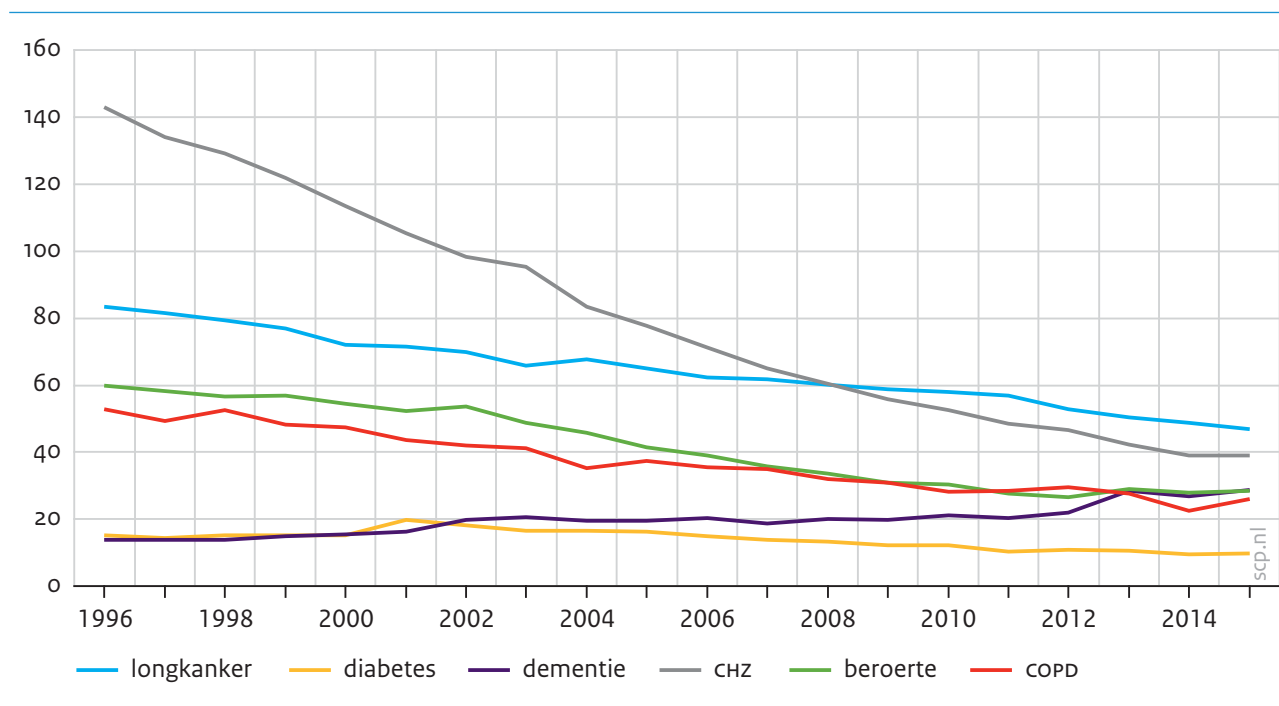
Bron: CBS (Doodsoorzakenstatistiek) RIVM-bewerking

Voor zowel mannen als vrouwen is er een sterke daling te zien van de sterfte aan coronaire hartziekten (CHZ), dat zijn hartziekten die het gevolg zijn van verminderde doorbloeding van het hart via de kransslagaderen¹⁴ (figuur 7.8 en 7.9). Verder is er een duidelijke daling van de sterfte aan longkanker onder mannen, maar bij vrouwen juist een stijging, en dat is een van de redenen dat de levensverwachting bij Nederlandse vrouwen internationaal achterblijft. De stijging van de sterfte aan dementie is bij vrouwen veel groter dan bij mannen.

Figuur 7.8

Sterke daling van de sterfte onder mannen voor belangrijke doodsoorzaken als coronaire hartziekten, longkanker, beroerte en COPD

Sterfte per 1000 gestandaardiseerd voor specifieke aandoeningen, voor mannen, 1996-2015 (per 1000 mannen)^{a, b}



a Gestandaardiseerd op de bevolking van 1990.

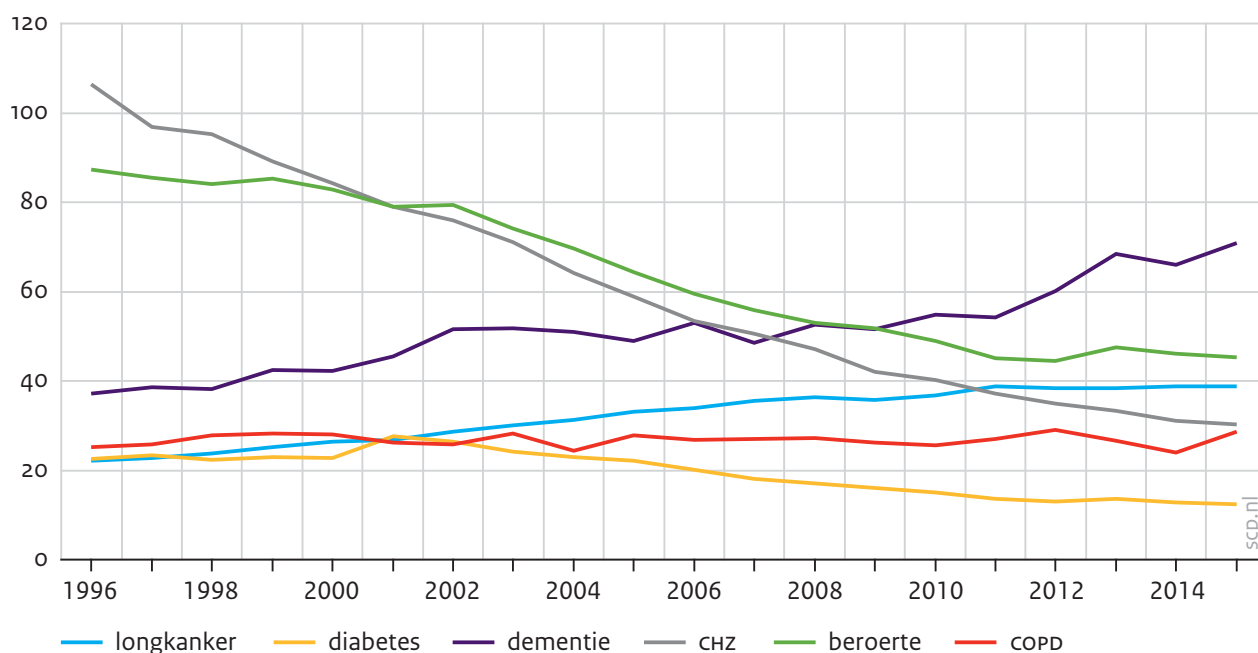
b Vanwege een definitieverandering in de classificatie van ziekten (overgang van ICD-9 naar ICD-10) wordt de gestandaardiseerde sterfte vanaf 1996 weergegeven.

Bron: CBS RIVM-bewerking

Figuur 7.9

Een patroon van daling en stijging in de sterfte onder vrouwen

Sterfte per 1000 gestandaardiseerd voor specifieke aandoeningen, voor vrouwen, 1996-2015
(per 1000 vrouwen)^{a, b}



a Gestandaardiseerd op de bevolking van 1990.

b Vanwege een definitieverandering in de classificatie van ziekten (overgang van ICD-9 naar ICD-10) wordt de gestandaardiseerde sterfte vanaf 1996 weergegeven.

Bron: CBS RIVM-bewerking

Levensverwachting in goede gezondheid

De levensverwachting is een maat die goed weergeeft hoe de verwachte levensduur van een populatie zich in de loop der tijd ontwikkelt. Een beperking die aan dit cijfer kleef, is dat het niets zegt over de mate van gezondheid tijdens het leven. Om in deze leemte te voorzien is in de jaren tachtig een maat ontwikkeld die een inschatting geeft van het aantal jaren dat men tijdens het leven in goede gezondheid doorbrengt, de zogenaamde gezonde levensverwachting. Uitbreidingen hiervan zijn de levensverwachting zonder lichamelijke beperkingen en de levensverwachting zonder chronische ziektes. Voor elk van deze maten worden sterftcijfers met de hiervoor genoemde enquêtécijfers gecombineerd.¹⁵ Het CBS voert deze berekeningen uit en heeft bij het maken van tijdreeksen voor deze maten getracht om zoveel mogelijk te corrigeren voor de veranderingen die zich voordeden in de enquêtes (Lodder en Kardal 2009). De wijze van berekening corrigeert ook meteen voor de verschillen in bevolkingsopbouw die er in de loop der tijd zijn opgetreden. De gezonde levensverwachting en vergelijkbare maten zijn daarmee relatief goed bruikbare maten om weer te geven hoe de gezondheid van de bevolking tussen 1990 en 2015 veranderd is. In *De sociale staat van Nederland 2015* is aandacht besteed aan de verschillen naar opleidingsniveau die er bij de gezonde levensverwachting en afgeleide maten te zien zijn. In deze editie is er

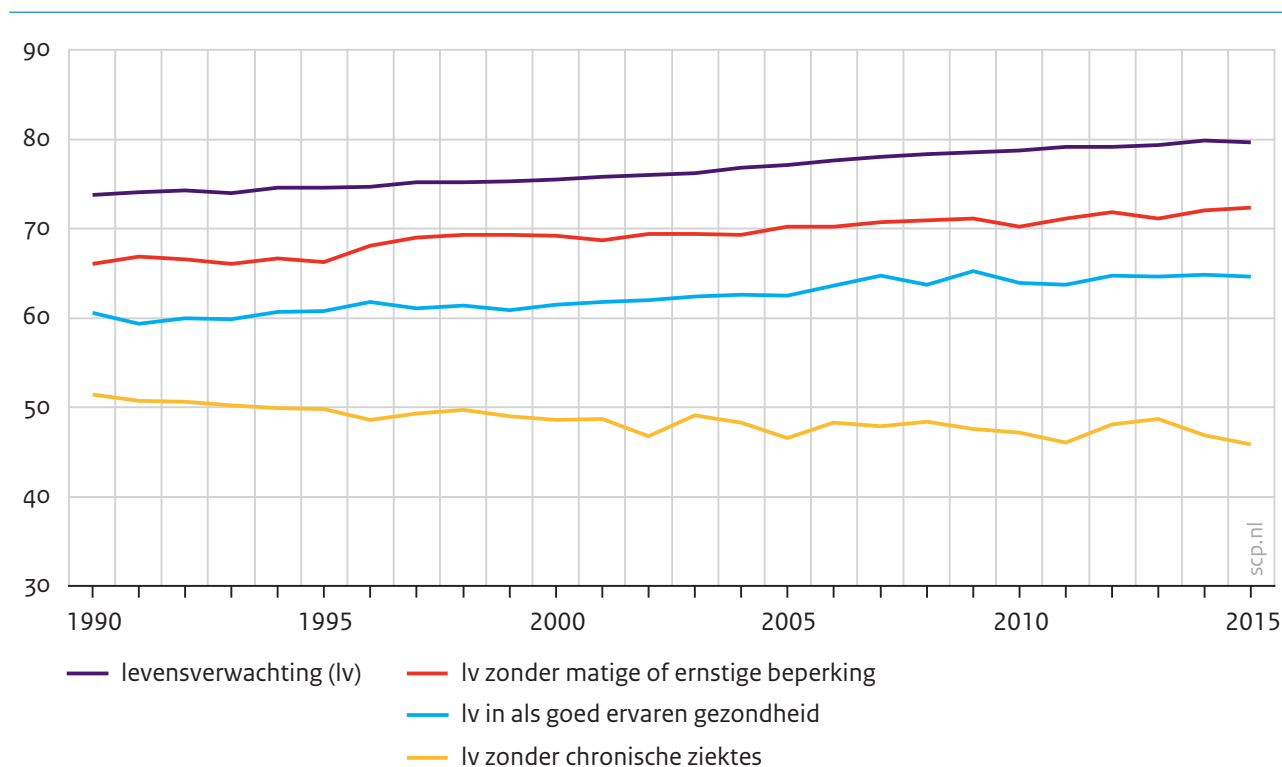
meer aandacht voor de gemiddelde ontwikkeling en niet voor specifieke sociaaleconomische bevolkingscategorieën.

Figuren 7.10 en 7.11 vatten de voorheen genoemde ontwikkelingen in gezondheid min of meer samen. Men heeft in 2015 vaker een of meer chronische ziekten dan in 1990; de levensverwachting zonder chronische ziekte is afgenomen. Deze afname is voor vrouwen (-8 jaar) groter dan voor mannen (-5,5 jaar). Daartegenover staat dat de levensverwachting in goede gezondheid of zonder beperkingen juist steeg, waarbij de stijging van de levensverwachting zonder ernstige of matige beperkingen sterker steeg (6,3 jaar voor mannen en 3 jaar voor vrouwen) dan de levensverwachting in de als goed ervaren gezondheid (4 jaar voor mannen en 1,3 jaar voor vrouwen).

Figuur 7.10

Mannen zijn in 2015 in veel opzichten gezonder dan in 1990

Ontwikkeling van de levensverwachting bij de geboorte, de levensverwachting in goede gezondheid, de levensverwachting zonder matige of ernstige beperking en de levensverwachting zonder zelf gerapporteerde chronische ziektes voor mannen, 1990-2015 (in levensjaren)

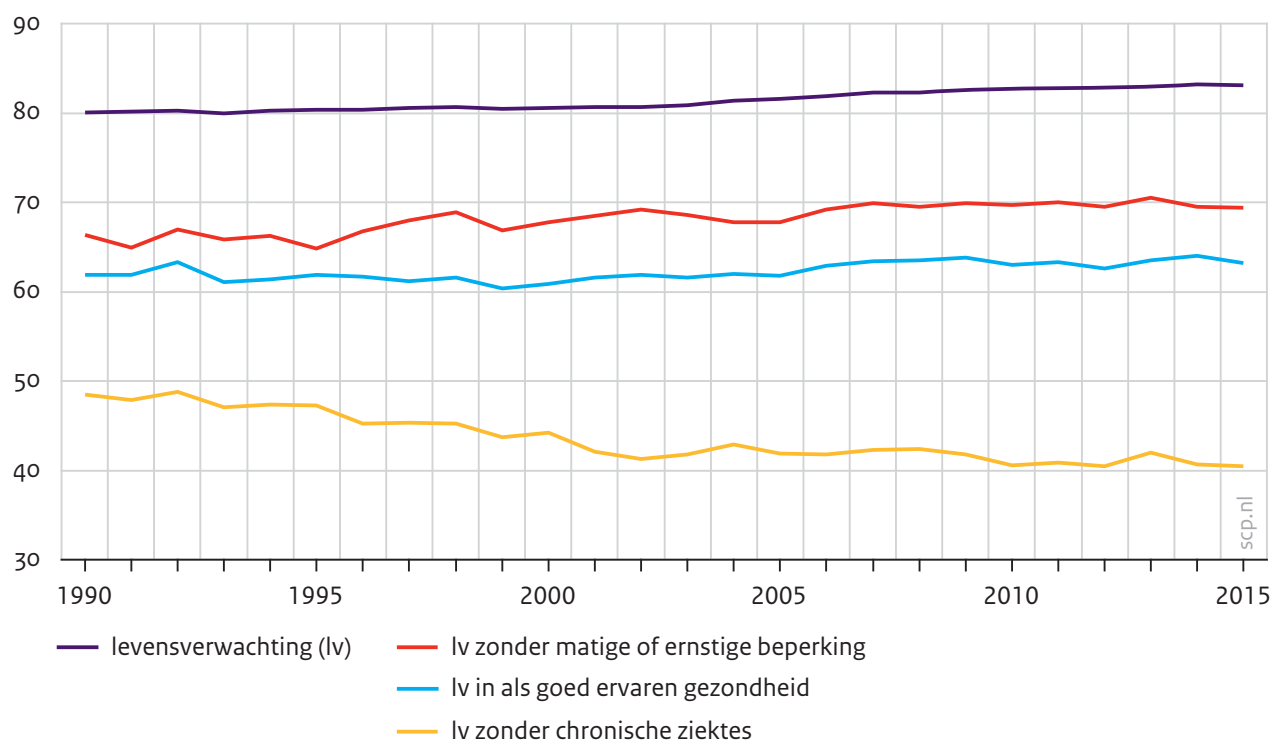


Bron: cbs (StatLine)

Figuur 7.11

De gezondheidswinst die er tussen 1990 en 2015 geboekt is bij vrouwen is relatief bescheiden in vergelijking met de gezondheidswinst onder mannen in dezelfde periode

Ontwikkeling van de levensverwachting bij de geboorte, de levensverwachting in goede gezondheid, de levensverwachting zonder matige of ernstige beperking en de levensverwachting zonder zelf gerapporteerde chronische ziektes voor vrouwen, 1990-2015 (in levensjaren)



Bron: cbs (StatLine)

7.5 Gebruik van zorgvoorzieningen

Er zijn verschillende manieren om het gebruik van zorgvoorzieningen te meten. Het gehele jaar door vraagt het CBS aan een steekproef uit de bevolking of men gebruik gemaakt heeft van medische, paramedische of alternatieve zorgverleners en of men een ziekenhuisopname heeft meegemaakt.¹⁶ Daarnaast vinden er registraties plaats van het contact tussen hulpverlener en patiënt/cliënt, vaak vanuit een financiële doelstelling.

In de Gezondheidsenquête van het CBS is in de gehele periode van 1990-2015/'16 naar het zorggebruik gevraagd, maar zijn in de loop der tijd wel verschillen in de wijze van meting opgetreden. Tijdvakken met een gelijksoortige meting zijn de periodes 1990-2009, 2010-2013, en 2014-2016. De resultaten hiervan geven we in dit hoofdstuk op hoofdlijnen weer in tabellen 7.5 en 7.6.¹⁷

Het aandeel van de bevolking dat jaarlijks met de huisarts contact heeft is, als alle leeftijds-categorieën worden samengenomen, vrij constant voor de periode 1990-2000 en bedraagt ongeveer 75%. Daarna daalt dat percentage enigszins. Ook latere metingen met iets andere methoden laten voor de gehele bevolking iets lagere percentages zien, dalend tot

69% in 2016. Onder ouderen (65-plussers) is het percentage met minimaal een jaarlijks huisartscontact hoger, namelijk rond de 87%, maar ook daar zien we een iets lager percentage in 2009. Voor de twee categorieën ouderen die het CBS vanaf 2010 onderscheidt, zien we wel een daling voor de categorie 65-74 jaar, maar niet voor de categorie 75 jaar en ouder. Met name de meting uit 2016 laat zien dat de zorg van de huisarts naar de oudste ouderen verschuift.

De rapportage van het gebruik van medisch-specialistische zorg volgt een ander patroon. Voor het totaal van de bevolking zien we eerst een vrij grillig patroon, dat tot ongeveer het jaar 2000 rond de 38% schommelt (de 41% in 1990 is daarbij een uitschieter); vanaf 2001 is er echter sprake van een steeds stijgende lijn, waarbij in 2009 rond de 43% rapporteert jaarlijks contact te hebben gehad met een medisch specialist. In de jaren erna (2010-2016) is dat weer terug naar 38% à 39%. Onder ouderen (65+ jaar) is er een met uitschieters verloopend patroon met ongeveer 59% in 1990 naar ruim 67% in 2009, waarna voor de 65-74-jarigen en de 75-plussers de percentages iets lager en vrij constant zijn. De groei vanaf 2001 is mogelijk toe te schrijven aan het eerdergenoemde beleid van verruiming van de medisch-specialistische productie, het boter-bij-de-visbeleid.

Het contact met de fysio- of oefentherapeut laat een opgaande trend zien voor zowel de bevolking als geheel als voor ouderen. Sinds 2006 is de fysiotherapeut direct, dus zonder verwijzing toegankelijk. Het is mogelijk dat deze regeling een rol speelt in het toegenomen bezoek aan de fysiotherapeut. In 2016 is een verschuiving richting ouderen waarneembaar. Een minderheid van de bevolking maakt een ziekenhuisopname mee en dat geldt ook voor een dagopname in het ziekenhuis. De enquêtecijfers laten geen grote veranderingen in de loop van de tijd zien.

Gezien de regelmatig terugkerende aandacht in de media, is het opvallend dat alternatieve genezers volgens de cijfers van het CBS door relatief weinig mensen worden bezocht en dat de bevolkingsenquêtes ook niet laten zien dat daar een opgaande lijn in zit.¹⁸ Ook is het niet zo dat alternatieve genezers vooral ouderen bedienen. Het CBS heeft in 2014 iets meer in detail gekeken naar de contacten met alternatieve genezers voor de periode 2010-2012.¹⁹ De 6% die een alternatieve genezer bezoekt, staat voor 1 miljoen mensen. Het zijn vooral personen tussen de 30 en 50 jaar, de hogeropgeleiden (hbo- en wo-niveau) en mensen met een aanvullende ziektekostenverzekering die een alternatieve genezer bezoeken. Twee keer zoveel vrouwen als mannen bezoeken een alternatieve genezer. Veelgenoemde typen genezer zijn homeopaten en acupuncturisten. Studies in andere landen laten veel hogere percentages zien van mensen die alternatieve geneeswijzen gebruiken (Van Dijk 2006). In een internationaal vergelijkend reviewartikel gebaseerd op enquêtes in westerse landen, worden de meest voorkomende gebruikers van *alternative medicine* omschreven als blanke vrouwen van middelbare leeftijd die goed opgeleid zijn en een goed inkomen hebben (Ernst 2000: 255). Dat wil overigens niet zeggen dat er onder andere bevolkingsgroepen geen alternatieve geneeswijzen gebruikt worden.

Tabel 7.5

Na 2000 stijgend contact met medisch specialist en fysiotherapeut, contact met huisarts vrij constant

Aandeel van de bevolking in particuliere huishoudens dat in een jaar ten minste eenmaal contact heeft gehad met enkele zorgaanbieders,^a 1990-2009 (in procenten)

	1990	2000	2009
huisarts			
totale bevolking	75	76	74
≥ 65 jaar	87	89	85
medisch specialist			
totale bevolking	41	38	43
≥ 65 jaar	59	58	67
fysiotherapeut			
totale bevolking	14	16	21
≥ 65 jaar	18	23	28
alternatieve genezer			
totale bevolking	6	6	7
≥ 65 jaar	5	4	4
ziekenhuisopname			
totale bevolking	7	6	7
≥ 65 jaar	13	12	14

a De vragen naar het gebruik van medische zorgvoorzieningen zijn vanaf 2010 aangepast en daardoor niet geheel vergelijkbaar met de hierboven weergegeven periode.

Bron: CBS (StatLine; GE'90-'09)

Rond het jaar 2000 leek het erop dat de belangstelling voor alternatieve genezers een gestage opmars door zou maken (zie Van Dijk 2006). Zo wezen cijfers uit de Gezondheids-enquête op een groei van 3,8% in 1981 naar ruim 6% in 2002 en nam het aantal aangeboden therapieën toe van 5 in 1960 naar ruim 400 in 2004; het aantal bij een beroepsvereniging geregistreerde therapeuten steeg van 500 in 1969 naar 22.000 in 2003. Toch neemt volgens de CBS-Gezondheidsenquête het percentage dat jaarlijks contact heeft met zo'n therapeut tussen 2010 en 2016 niet (verder) toe.

Tabel 7.6

Met name de oudere ouderen (75-plus) hebben contact met de huisarts. Ook met de fysiotherapeut hebben vooral ouderen contact. Bezoek aan de alternatieve genezer blijft nagenoeg gelijk

Aandeel van de bevolking in particuliere huishoudens dat in een jaar ten minste eenmaal contact heeft gehad met enkele zorgaanbieders,^a naar leeftijdscategorie, 1990-2009 (in procenten)

	2010	2016
huisarts		
totale bevolking	72	69
65-74 jaar	81	77
≥ 75 jaar	84	85
medisch specialist		
totale bevolking	38	39
65-74 jaar	57	56
≥ 75 jaar	64	63
fysiotherapeut		
totale bevolking	22	26
65-74 jaar	28	34
≥ 75 jaar	30	37
alternatieve genezer		
totale bevolking	6	5
65-74 jaar	4	5
≥ 75 jaar	3	3
ziekenhuisopname (met overnachting)		
totale bevolking	7	7
65-74 jaar	13	12
≥ 75 jaar	17	16
ziekenhuis (dagopname)		
totale bevolking	8	8
65-74 jaar	11	11
≥ 75 jaar	12	10

a De cijfers van 2010-2013 en 2014-2016 zijn niet geheel vergelijkbaar vanwege methodebreuken.

Bron: CBS (StatLine; GE'10-'16)

Aan een kwalitatief onderzoek in de regio Rotterdam naar de beleving van psychische ziekten onder Nederlanders met een migratieachtergrond deden 119 personen mee. De helft hiervan bekeek gezondheidsklachten met een biomedisch perspectief en de andere helft met een perspectief dat zowel biomedisch als alternatief te noemen is (Hoffer 2009: 212). Bij het zoeken naar hulp verliep het consulteren van hulpverleners meestal langs de lijnen van de eigen cultuur. Voorbeelden hiervan zijn dat Marokkaanse Nederlanders alleen isla-

mitische genezers consulteerden en Chinese Nederlanders alleen traditionele Chinese artsen.

Zorggebruik op basis van zorgregistraties

Ziekenhuizen 1995-2010

De registratiecijfers voor ziekenhuisopnames in de vorm van productiecijfers (via het CBS slechts beschikbaar voor 1995-2010) laten een ander beeld zien dan deze cijfers uit de Gezondheidsenquête. Aan de productiecijfers is goed af te lezen dat het boter-bij-de-vis-beleid tot een grotere productie van zorg heeft geleid. Tussen 1995 en 2001 bleef het aantal ziekenhuisopnames per 10.000 inwoners vrij constant voor zowel mannen (een daling van 905,2 naar 876,8) als vrouwen (een geringe stijging van 1064 naar 1080,1). Hierna zette een stijging in naar 1152 opnames per 10.000 inwoners voor mannen in 2010 en naar 1505,5 per 10.000 inwoners voor vrouwen in 2010. Dit komt neer op een stijging van ruim 30% voor de mannen en bijna 40% voor de vrouwen in de negen jaren tussen 2001 en 2010.

Zorg van de huisarts 2011-2015

Registratiecijfers over de zorg van de huisarts en praktijkondersteuner ggz laten zien dat het aantal lange consulten en lange visites duidelijk is toegenomen over de vijf meetjaren van 2011-2015.²⁰ Ook is het aantal e-mailconsulten sterk gestegen. Bij de aard van de werkzaamheden van de huisarts waarbij een toename te bespeuren is, gaat het vooral om werkzaamheden die de oudere patiënten betreffen. Onder de ouderen werden per 1000 ingeschreven patiënten van 85 jaar en ouder 1544 lange visites gemaakt in 2015. Ook vonden er onder deze groep veel telefonische consulten plaats. De iets jongere leeftijdsgroep van 75-84 jaar valt op in 2015 met veel lange consulten (De Hoon et al. 2016: 15).

Al decennialang wordt gepraat over substitutie (vervanging) van delen van de (tweedelijns) ziekenhuiszorg door eerstelijnszorg van de huisarts. Ook in het bestuurlijk akkoord eerste lijn 2014-2017 zijn daarover afspraken gemaakt. Het is de vraag in hoeverre deze substitutie goed op gang komt. Het Nivel constateert in een onderzoek dat eerste- en tweedelijnszorg niet vanzelfsprekend als communicerende vaten werken (De Jong et al. 2016). Alleen in specifieke gevallen gebeurt dat. De Algemene Rekenkamer schrijft in november 2016 dat het nieuwe financieringsmodel voor de eerste lijn pas vanaf 2015 is toegepast (Algemene Rekenkamer 2016: 60). In financiële zin hebben de voor 2015 gemaakte afspraken weinig opgeleverd.

In de ggz is het aantal cliënten tussen 2003 en 2009 gestegen van 637.700 naar 936.900. De grootste stijging is te zien bij het circuit beschermd wonen, van 10.500 in 2003 naar 26.700 in 2009, een stijging van 154% (Veerbeek et al. 2013: 48). De sectorrapportage 2012 van branchevereniging GGZ Nederland vermeldt dat in de periode 2009-2012 het aantal unieke patiënten daalde met 6% (GGZ Nederland 2014).

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft in 2016 een Marktscan GGZ opgesteld (NZa 2016). Daarin vertonen de patiëntenstromen een duidelijk patroon. De lichtste vorm van zorg (bij de praktijkondersteuner GGZ van de huisarts) vertoont een (sterke) toename van 95.183 patiënten in 2011 tot 427.482 in 2015. Verder is er een afname van de zorg door psycholoog en basis-ggz (van 333.463 in 2011 tot 281.597 in 2014) en tweedelijns/gespecialiseerde ggz (van 979.197 in 2011 tot 710.020 in 2014). De som van het geheel is dat het aantal patiënten netto gedaald is van ruim 1,3 miljoen in 2011 naar ruim 1,2 miljoen in 2014.

Langdurige zorg 2004-2014

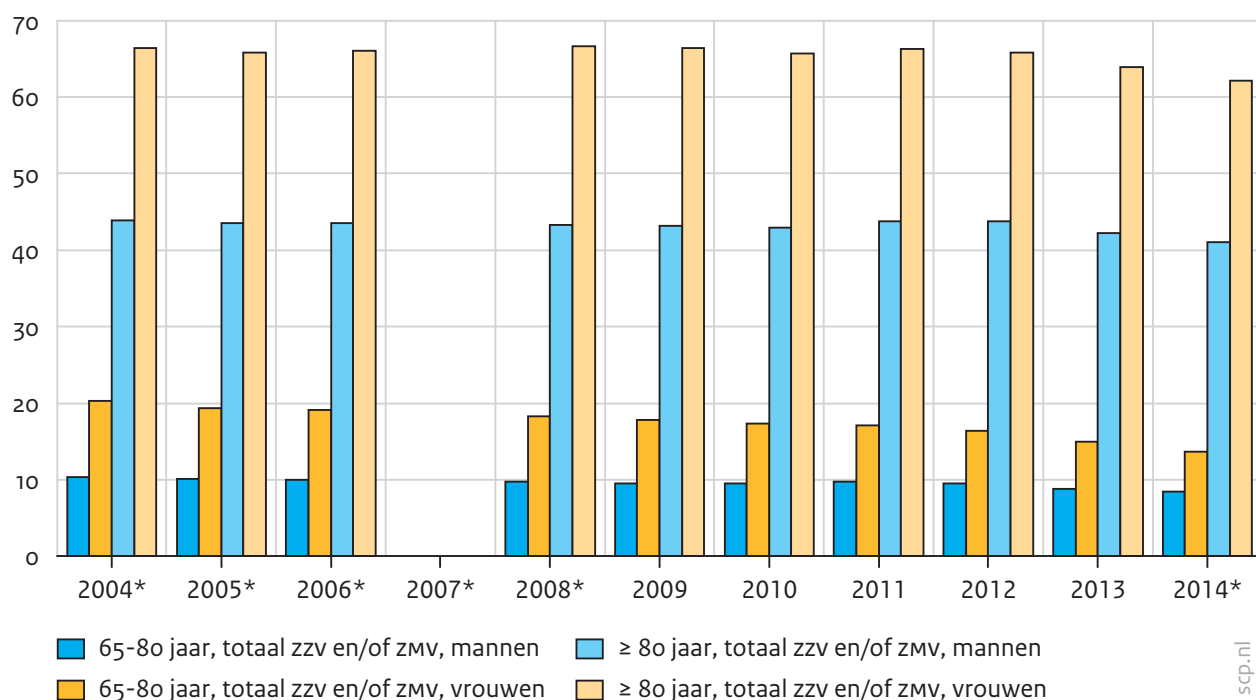
Het SCP heeft een analyse gemaakt van het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging voor de periode 2004-2011 (Plaisier en De Klerk 2015). Daaruit blijkt dat wel het aantal gebruikers van deze zorg gestegen is, maar niet het percentage in de bevolking dat van deze zorg gebruik maakt. De oorzaak van de stijging is vinden in de bevolkingsgroei en de toename van het aantal (hoogbejaarde) ouderen. Het zorggebruik is onder de 80-plussers stabiel gebleven en neemt af onder de 65-80-jarigen.

In figuur 7.12 is weergegeven welk deel van de oudere bevolking langdurige zorg in natura (d.w.z. niet in de vorm van een persoonsgebonden budget) heeft ontvangen waarbij ook een eigen bijdrage betaald is. Voor langdurige zorg moet door personen van 18 jaar en ouder een eigen bijdrage betaald worden als het inkomen dat toelaat. Als dat het geval is, houdt het Centraal Administratie Kantoor (CAK) daarover gegevens bij en levert deze aan het CBS voor de Monitor langdurige zorg.

Figuur 7.12

Daling tussen 2004 en 2014 in het percentage ouderen dat langdurige zorg in natura ontvangt

Ontvangers van langdurige zorg met en zonder verblijf, zorggebruikers die een eigen bijdrage betalen, naar leeftijd, 2004-2014 (in procenten van de betreffende leeftijdsgroep)



* Voorlopige cijfers.

Bron: CBS (Monitor langdurige zorg)

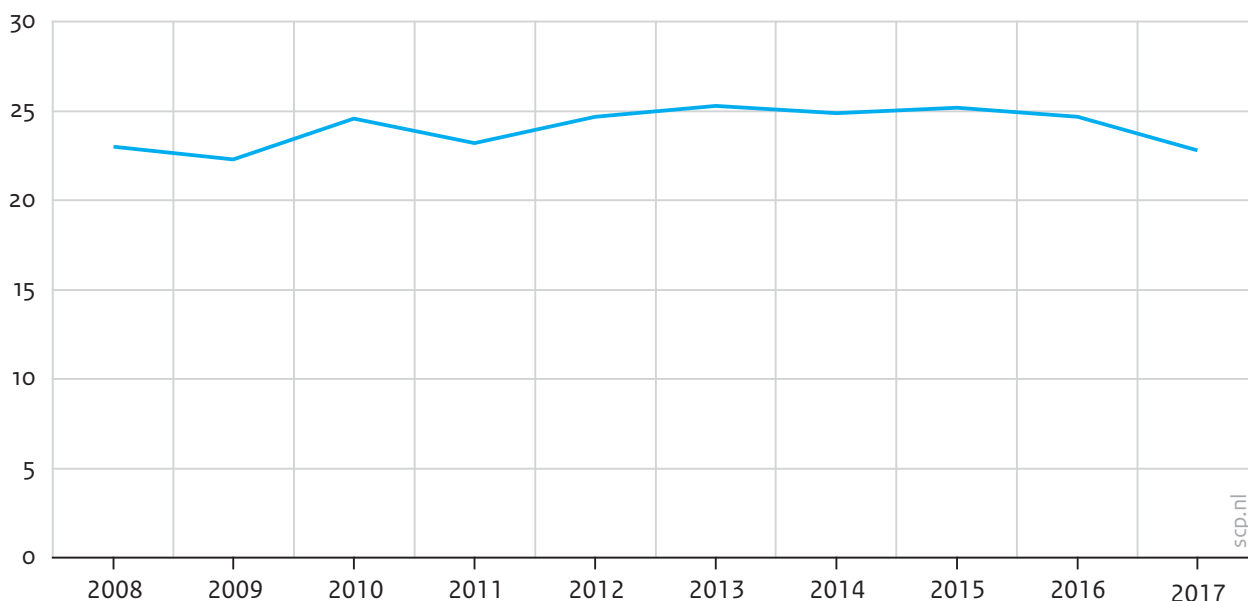
Het algemene beeld is dat er een daling is in het percentage ouderen dat langdurige zorg ontvangt en daarvoor geen persoonsgebonden budget (pgb) heeft gekregen, maar wel een eigen bijdrage betaalt.²¹

Cijfers over het percentage personen dat mantelzorg verleent laten geen sterke veranderingen zien tussen 2008 en 2017. Dat geldt eveneens voor het verlenen van burenhulp, enzovoort (zie hoofdstuk 8). Onder werkenden in de leeftijd van 45-60 jaar komt uit een onderzoek van TNO wel een stijging van het percentage mantelzorgers naar voren tussen 2010 en 2013, maar die is ook daar gering. Het percentage dat zegt de afgelopen twaalf maanden mantelzorg te hebben verleend, steeg van 21% naar 26%, maar de inzet voor vrijwilligerswerk bleef nagenoeg constant (Petricheva en Damman 2017).

Figuur 7.13

Weinig verandering sinds 2008 in het percentage mensen dat mantelzorg verleent

Aandeel mantelzorgers,^a personen van 16 jaar en ouder, 2008-2017 (in procenten)



a Mensen die kosteloos hulp bieden aan zieke of gehandicapte familieleden, kennissen of buren.

Bron: scp (onderzoek Culturele veranderingen)

7.6 Samenvatting en slotbeschouwing

Samenvatting

In de periode 1990-2015 is onze gezondheid verder verbeterd. De levensverwachting is toegenomen en we overlijden op steeds hogere leeftijd. Onze fysieke mobiliteit is verbeterd, met name onder mensen van middelbare leeftijd en onder ouderen. Daarbij past dat ouderen meer zijn gaan sporten, zoals in hoofdstuk 9 beschreven is.

De levensverwachting in goede gezondheid en de levensverwachting zonder fysieke beperkingen zijn beide toegenomen. Een duidelijke verbetering dus van de kwaliteit van leven.

Wel is het percentage in de bevolking dat een chronische ziekte heeft toegenomen, evenals het percentage dat meerdere chronische ziekten heeft. Voor een deel heeft dat waarschijnlijk te maken met een toegenomen aandacht voor deze ziekten, bijvoorbeeld diabetes. De levensverwachting zonder chronische ziekten is gedaald.

Deze ontwikkelingen zijn voor mannen veel gunstiger verlopen dan voor vrouwen.

Bij mannen is de levensverwachting meer toegenomen, ook de levensverwachting in goede gezondheid en de levensverwachting zonder fysieke beperkingen. Daarnaast is onder mannen de levensverwachting zonder chronische ziekten minder gedaald.

Er is onderzoek dat de verbetering van de levensverwachting in de nieuwe eeuw voor een belangrijk deel toeschrijft aan meer productie in de zorg, maar het laatste woord over deze attributie is nog zeker niet gezegd (Peters 2015).

Bij het gebruik van medische zorg zien we voor de huisarts en de medisch specialist dat vooral meer ouderen daar jaarlijks contact mee hebben. Bij de huisarts gaat deze ontwikkeling gepaard met een lager percentage jaarlijks contact voor de bevolking als geheel²². In het percentage jaarlijks contact met een alternatieve genezer is geen stijging te bespeuren; het percentage uit de bevolking dat daarmee contact heeft blijft vrij laag. Het is geen hulpverlener die vooral door de (oudste) ouderen bezocht wordt.

In het gehele tijdvak van 1990-2016 is het percentage in de bevolking dat jaarlijks contact heeft met de fysiotherapeut gestaag toegenomen. Onder de 75-plussers zien we hoog percentage personen dat hiermee contact heeft.

Op basis van enquêtegegevens is er weinig toename te zien in het percentage personen dat jaarlijks in het ziekenhuis opgenomen wordt. De registratiecijfers van de productie vertellen echter een ander verhaal. Die tonen een sterke productietoename tussen 2001 en 2010. In de ggz is er een duidelijke verschuiving van zwaardere naar lichtere vormen van zorg te constateren.

Tussen 2004 en 2014 neemt het percentage ouderen dat langdurige zorg ontvangt af. Het gaat om de zogenaamde zorg in natura, dat is zorg waar geen persoonsgebonden budget (pgb) voor wordt ingezet. De administratieve data hierover zijn alleen beschikbaar voor die mensen die daarvoor een eigen bijdrage betaald hebben. Ondanks deze beperking zijn deze bevindingen een indicatie van het bereik van de langdurige zorg.

Tussen 2008 en 2017 verandert het percentage mensen dat mantelzorg verleent niet sterk.

Slotbeschouwing

De hoofdrichting die in het beleid van de afgelopen 25 jaar valt te ontdekken, is steeds dat getracht wordt om de zorgverlening te verplaatsen van gespecialiseerde zorg naar generalistische zorg en van professionele zorg naar zelfzorg, en wordt de verantwoordelijkheid verschoven van rijk naar gemeente en burger.

Wanneer de eerdergenoemde gunstige ontwikkelingen in gezondheid met deze beleidsontwikkelingen gecombineerd worden, dan ontstaat het beeld dat enerzijds de betere gezondheid en mobiliteit van met name ouderen het mogelijk maken om langer zelfstandig te wonen, maar dat anderzijds de gestegen levensduur ook steeds hogere (zorg)kosten met zich meebrengt. Peters (2015) constateert dan ook dat de keerzijde van een langer leven een financiële last betekent voor de Nederlandse verzorgingsstaat, met name voor de zorgsector, de pensioenfondsen en verzekeraars.

Het betekent ook dat een steeds grotere groep zeer oude zelfstandig wonende mensen dicht bij huis met zo licht mogelijke zorg opgevangen dient te worden. Er worden hiervoor zeker heel veel inspanningen verricht door (huis)artsen, paramedici, thuiszorgmedewerkers, wijkverpleegkundigen en andere beroepskrachten in met name de eerstelijnszorg en welzijnswerk. Ook stichten burgers op steeds meer plekken zorgcoöperaties en wooninitiatieven voor mensen met zorgbehoeften. Niettemin zijn er ook

regelmatig terugkerende signalen dat de opvang thuis van kwetsbare oude ouderen niet goed verloopt, zoals ook aangetoond in het recente rapport *Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen* van de Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam (Sigra).²³

Er is wel verondersteld dat informele zorg de formele zorg aan het vervangen is, maar de hier gepresenteerde cijfers over mantelzorg wijzen daar niet op. In hoofdstuk 8 is beschreven dat het percentage vrijwilligers in de burenen-, bejaarden- en gehandicaptenhulp na 2014 is afgenomen in plaats van toegenomen, wat ingaat tegen wat men in het kader van de participatiesamenleving had verwacht. Het is dus nog zeker niet aan de orde om vast te vertrouwen op meer substitutie van formele door informele zorg.

De maatschappelijke ontwikkelingen tussen 1990 en 2015 hebben ons veel gezondheidswinst opgeleverd, die het voor velen ook mogelijk maakt om langer productief te zijn met een goede kwaliteit van leven. Toch neemt ook de zorgafhankelijkheid in de samenleving toe, mede door de veranderde bevolkingsopbouw. Op dit moment lijkt het erop dat het eerder moeilijker dan makkelijker wordt om de gevolgen van de gezondheidswinst, die medische zorg en de welvaartsstaat bieden en die een lang leven mogelijk maken, adequaat tegemoet te treden met voldoende en kwalitatief hoogwaardige sociale en medische zorg voor alle leden van de groeiende groep hoogbejaarde en kwetsbare ouderen.

Noten

- 1 De vorige minister van Volksgezondheid die ook medicus was, was minister Stuyt in het eerste kabinet Biesheuvel (1971-1973).
- 2 In de productiviteitsstudie van Blank et al. (2016: 111) is te lezen dat dit mede het gevolg was van de gerechtelijke uitspraak in 1999, waarbij bij positieve indicatie recht op zorg kan worden afgedwongen.
- 3 Een landenvergelijkende studie van de oeso rapporteert wachttijsten voor negen veelvoorkomende operaties (staaroperatie, vervangen knie en heup, dotteren, bypass, enz.) voor twaalf landen in 2011. De wachttijden zijn in Nederland het laagste, gemiddeld korter dan 1,5 maand. Ook is er een duidelijke reductie in wachttijden in 2006-2011 voor heup-, knie- en staaroperaties (Siciliani et al. 2014). In 2017 is opnieuw ophef ontstaan over de wachttijden voor medisch-specialistische zorg in Nederland. De NZa constateert in 2017 dat voor acht specialismen de wachttijden bij de poliklinieken opgelopen zijn tot boven de Treek-norm van vier weken. Eenduidige verklaringen of oplossingen zijn er niet, aldus de NZa, maar wel zijn er vaak duidelijke regionale verschillen. In vergrijzende regio's is er sprake van een toenemende zorgvraag van ouderen en een geringe belangstelling van medisch-specialisten om zich daar te vestigen. Dit speelt bij specialismen als reumatologie, revalidatie, geriatrie en oogheelkunde. Ook voor de gespecialiseerde ggz ligt de wachttijd tot het intakegesprek (de aanmeldwachttijd) met gemiddeld zes weken boven de eerdergenoemde norm van vier weken (NZa 2017: 36). Met name voor stoornissen in het autismespectrum en persoonlijkheidsstoornissen zijn de wachttijden hoog. Voor de basis-ggz is de wachttijd gemiddeld ongeveer volgens de norm. De wachttijden in de ggz lopen op doordat er relatief weinig budget is voor de gespecialiseerde ggz, patiënten worden niet altijd op de goede plek behandeld en regionaal is het aanbod onvoldoende inzichtelijk. In juli 2017 zijn er door de betrokken partijen afspraken gemaakt om de wachttijdproblematiek aan te pakken. Ook voor verpleeghuisop-

name zijn er met name voor mensen met dementie wachtlijsten, zo meldt de Consumentenbond in september 2017.

- 4 Dit was ook het geval wanneer delen uit de AWBZ naar andere wettelijke kaders werden overgeheveld. Zo ging de huishoudelijke hulp naar de Wmo (2007) en de curatieve geestelijke gezondheidszorg (ggz) naar de Zvw in 2008 (Van Strien en Bhageloe-Datadin 2015).
- 5 Zie de rapportage van het rivm hierover: www.volksgezondheidszorg.info.
- 6 Zie: www.kenniscentrumphrenos.nl/kennisthemas/epa.
- 7 Gestandaardiseerd naar de bevolking van 2000.
- 8 Bij het bestuderen van veranderingen in de tijd wordt met standaardisatie bereikt dat de leeftijds- en geslachtsverdeling tussen de verschillende meetmomenten hetzelfde is en dat de gevonden verschillen dus niet toe te schrijven zijn aan verschillen in bevolkingsopbouw naar leeftijd en geslacht.
- 9 Zie: www.voedingscentrum.nl/encyclopedie/overgewicht.aspx.
- 10 Het statistisch bureau van Luxemburg rapporteert een groei van 7,6 jaar tussen 1990 en 2012 voor mannen. De grootste toename is te vinden in de leeftijdsgroep 60-79 jaar (2,96 jaar) en dan met name in de periode 2005-2012 (1,16 jaar).
- 11 Zie de rapportage van het rivm hierover: www.volksgezondheidszorg.info/onderwerp/levensverwachting/regionaal-internationaal/internationaal#node-internationale-vergelijking-trend-levensverwachting-mannen.
- 12 Zie: www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/bevoelkerung/geburten-todesfaelle/lebenserwartung.html.
- 13 Mensen met vergevorderde dementie krijgen ook motorische problemen, kunnen zich daardoor verslikken en een longontsteking krijgen; longontsteking is dan de directe oorzaak van overlijden, en dementie de onderliggende oorzaak.
- 14 Zie: www.gezondheidsnet.nl/ziekten/kransslagader-aandoeningen-coronaire-aandoeningen-coronaire-hartziekten-chz.
- 15 De gezonde levensverwachting en afgeleide maten hebben betrekking op gehele bevolking en niet alleen op de bevolking in particuliere huishoudens, zoals bij de gerapporteerde cijfers uit de Gezondheidsenquête.
- 16 Zie: www.cbs.nl/nl-nl/onze-diensten/methoden/onderzoeksomschrijvingen/korte-onderzoeksbeschrijvingen/gezondheidsenquête-vanaf-2014.
- 17 Voor een gedetailleerde raadpleging verwijzen we naar de StatLine-bestanden van het cbs.
 - 1981-2009
Zie: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=7042MC&D1=0-2,7-13,121-123,128-134,154-156,161-167,260-262,267-273,315-317,322-328&D2=1-29&HD=170601-1533&HDR=G1&STB=T>.
 - 2010-2013
Zie: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=81027NED&D1=0-1,12-13,25-26,41-42,46,51,53-54&D2=0-13&D3=0&D4=a&HD=170601-1536&HDR=G3&STB=G2,T,G1>.
 - 2014-2016
Zie: <http://statline.cbs.nl/Statweb/publication/?VW=T&DM=SLNL&PA=83005NED&D1=57-58,60-61,63-64,68-69,75,77,79-80&D2=0-13&D3=0&D4=a&HD=170601-1538&HDR=G2,G3&STB=T,G1>.
- 18 De alternatief werkende huisarts is hier niet meegerekend. Als deze wel wordt meegerekend, is de bezoekfrequentie hoger (er wordt door Van Dijk (2006) gesproken over 15%), maar het is niet zo dat elk bezoek aan de alternatief werkende huisarts per se resulteert in een alternatieve behandeling. Daardoor is het lastig deze bij de cijfers te betrekken.
- 19 Zie: www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2014/11/bijna-1-miljoen-mensen-onder-behandeling-van-een-alternatieve-genezer.

- 20 Het Nivel beschikt over verschillende zorgregistraties in de eerste lijn, waaraan onder andere 418 huisartspraktijken met in totaal meer dan 1,5 miljoen patiënten deelnemen. De cijfers zijn representatief voor de patiëntenpopulatie.
- 21 Tussen 2011 en 2014 nam het aantal oudere ontvangers van een pgb uit de AWBZ af van 23.605 in 2011 tot 22.955 in 2014.
- 22 Gebaseerd op de gezondheidsenquête van het CBS. Het Nivel rapporteert dat in 2015 78% van de ingeschreven patiënten contact had met de huisartspraktijk (De Hoon, et al., 2016).
- 23 Zie: www.sigra.nl/nieuwsbericht/krakende-ketens-de-zorg-voor-kwetsbare-ouderen.

Literatuur

- Algemene Rekenkamer (2016). *Zorgakkoorden. Uitgavenbeheersing in de zorg deel 4*. Geraadpleegd op 4 september 2017 via www.rekenkamer.nl/publicaties/rapporten/2016/12/06/zorgakkoorden.
- Beer, J.A.A. de (2017). Anderhalve eeuw stijging van de levensduur: een succesverhaal. In: *Demos*, jg. 33 nr. 4, p. 1-3.
- Blank, J.L.T., A.A.S. van Heezik en T.K. Niaounakis (2016). *Productiviteit van overheidsbeleid. Deel 2, De Nederlandse zorg 1980-2013*. Delft: Eburon
- Commissie Structuur en financiering gezondheidszorg (1987). *Bereidheid tot verandering*. Den Haag: Staatsuitgeverij.
- Delespaul, P.H. en de Consensusgroep Epa (2013). Consensus over de definitie van mensen met een ernstige psychische aandoening (epa) en hun aantal in Nederland. In: *Tijdschrift voor psychiatrie*, jg., 55, nr. 6, p. 427-438.
- Dijk, P. van (2006). Omvang alternatieve geneeswijzen in Nederland In: *Tijdschrift Integrale Geneeskunde*, Jaargang 21-22, TIG Jaarboek 2005-2006. p. 13-22.
- Driessen, M. (2011). *Geestelijke ongezondheid in Nederland in kaart gebracht. Een beschrijving van de MH1-5 in de gezondheidsmodule van het Permanent onderzoek leefsituatie*. Geraadpleegd op 4 september 2017 via <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:8n-hvo-mf7wJ:https://www.cbs.nl/-/media/imported/documents/2011/03/2011-geestelijke-ongezondheid-in-nederland-in-kaart-gebracht-art-v3.pdf+&cd=1&hl=nl&ct=clnk&gl=nl>.
- EK (2006). *Jaarbericht Eerste Kamer der Staten-Generaal 20 september 2005 - 19 september 2006*. Geraadpleegd op 11 oktober 2017 via www.eerstekamer.nl/id/vhyxhwkwz5xl/document_extern/jaarbericht_2005_2006/f=/jaarbericht%202005-2006.pdf.
- Ernst, E. (2000). Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. In: *Bulletin of the World Health Organisation*, jg. 78, nr. 2, p. 252-257.
- Eurostat (2017). Mortality and life expectancy statistics. Geraadpleegd op 10 augustus 2017 via http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Mortality_and_life_expectancy_statistics.
- Fogteloo, M. (2005). «Hoogervorst toont zich arrogant». De stand van zaken vlak voor het Eerste-Kamerdebat over de nieuwe zorgwet. In: *De Groene Amsterdammer*, 3 juni 2005.
- GGZ Nederland (2014). *Sectorrapport ggz 2012. Feiten en cijfers over een sector in beweging*. Te raadplegen via www.ggznederland.nl/uploads/publication/Sectorrapport%202012-web.pdf.
- Groot, W. en H. Maassen van den Brink (2010). Onrealistische bezuinigingen. In: *Het Financieele Dagblad*, 6 april 2010. Geraadpleegd op 11 oktober 2017 via <https://fd.nl/frontpage/Archief/653484/onrealistische-bezuinigingen>.
- Hoffer, C. (2009). *Psychische ziekten en problemen onder allochtone Nederlanders: beleving en hulpzoekgedrag*. Assen: Van Gorcum.
- Hoon, S. de, L. Verberne, R. Davids, Y. Weesie et al. (2016). *Zorg door de huisarts. Jaarcijfers 2015 en trendcijfers 2011-2015*. Nivel rapport zorgregistraties eerste lijn. Te raadplegen via www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/Zorg_door_huisarts_2015_en_bijlage.pdf.

- Horst, A. van der, F. van Erp en J. de Jong (2011). *Trends in gezondheid en zorg*. CPB Policy Brief, 2011/11. Geraadpleegd op 4 september 2017 via www.cpb.nl/publicatie/trends-in-gezondheid-en-zorg.
- Jong, J. de, J. Korevaar, M. Kroneman, C. van Dijk, S. Bouwhuis en D. de Bakker (2016). *Substitutiepotentieel tussen eerste- en tweedelijns zorg. Communicerende vaten of gescheiden circuits?* Utrecht: Nivel. Geraadpleegd op 11 oktober 2017 via www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/substitutiepotentieel-tussen-eerste-tweede-lijns-zorg.pdf.
- Lodder, B. en M. Kardal (2009). *Reparatie methodebreuken tijdreeksen gezondheid*. Den Haag: Centraal Bureau voor de Statistiek.
- Nederlandse Zorgautoriteit, NZa (2017). *Marktscan ggz 2016*. Geraadpleegd op 5 september 2017 via www.nza.nl/publicaties/1048188/Marktscan_ggz_2016.
- Oostrom, S.H. van, R. Gijsen, I. Stirbu, J.C. Korevaar et al. (2016). Time trends in prevalence of chronic diseases and multimorbidity not only due to aging: data from general practices and health surveys. In: *PLoS ONE*, jg. 11, nr. 8. Geraadpleegd op 3 oktober 2017 via doi.org/10.1371/journal.pone.0160264.
- Peters, F. (2015). *Deviating trends in Dutch life expectancy. Explanation and projection* (proefschrift). Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam. Geraadpleegd op 7 oktober 2015 via <http://arno.uvt.nl/show.cgi?fid=139411>.
- Peters, F., W. Nusselder, N. Reibling, C. Wegner-Siegmundt en J. Mackenbach (2015). Quantifying the contribution of changes in healthcare expenditures and smoking to the reversal of the trend in life expectancy in the Netherlands. In: *BMC Public Health*, jg. 15, p. 1024. Geraadpleegd op 5 september 2017 via https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.ncbi.nlm.nih.gov%2Fpmc%2Farticles%2FPMC4596560%2Fpdf%2F12889_2015_Article_2357.pdf.
- Petricheva, V. en M. Damman (2017). Hoe actief zijn oudere werkenden als vrijwilliger, mantelzorger en kinderoppas? In: *Demos*, jg. 33, nr. 8, p. 5-7.
- Plaisier, I. en M. de Klerk (2015). *Zicht op zorggebruik. Ontwikkelingen in het gebruik van huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging en verpleging tussen 2004 en 2011*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, RIVM (2017). *Aandoeningen. Welke aandoeningen hebben we in de toekomst?* Te raadplegen via www.vtv2018.nl/aandoeningen.
- Sadiraj, K., D. Oudijk, H. van Kempen en J. Stevens (2011). *De opmars van het pgb. De ontwikkeling van het persoonsgebonden budget in nationaal en internationaal perspectief*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Salomon, J.A. en C.J.L. Murray (2002). The epidemiologic transition revisited: compositional models for causes of death by age and sex. In: *Population and Development Review*, jg. 28, nr. 2, p. 205-228.
- Samenwerkende Instellingen Gezondheidszorg Regio Amsterdam, Sigra (2017). *Krakende ketens in de zorg voor kwetsbare ouderen. Verbeter de zorg – begin bij jezelf!* Te raadplegen via www.sigra.nl/sites/default/files/downloads/Doorstroom/krakende_ketens_in_de_zorg_voor_kwetsbare_ouderen.pdf.
- Siciliani, L., V. Moran en M. Borowitz (2014). Measuring and comparing health care waiting times in OECD countries. In: *Health Policy*, jg. 118, nr. 3, p. 292-303.
- Strien, F. van en R. Bhageloe-Datadin (2015). *Ontwikkeling en financiering van de zorglasten sinds 2006*. Geraadpleegd op 4 september 2017 via www.cbs.nl/-/media/imported/documents/2015/51/2015dneo7-ontwikkeling-en-financiering-van-de-zorglasten-sinds-2006.pdf.
- Uijen, A.A. en E.H. van de Lisdonk (2008). Multimorbidity in primary care. Prevalence and trend over the last 20 years. In: *European Journal of General Practice*, jg. 14, sup1, 28-32 (doi: 10.1080/13814780802436093).
- Veerbeek, M., A. Knispel en J. Nuijen (2013). GGZ in tabellen 2011. Geraadpleegd op 4 september 2017 via www.trimbos.nl/producten-en-diensten/webwinkel/product/?prod=af1199.
- Veerbeek, M., A. Knispel en J. Nuijen (2015). GGZ in tabellen 2013-2014. Geraadpleegd op 3 oktober 2017 via <https://assets.trimbos.nl/docs/cfe358cd-59cc-4033-ac68-50711f835768.pdf>.
- Water, H.P.A. van de, J.A. van Vliet en H.C. Boshuizen (1994). *Betekenis van vervangende ziekte en sterfte voor volksgezondheidsbeleid*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid.

Bijlage A

Gebruikte landcodes

AT	Oostenrijk
BE	België
BG	Bulgarije
CH	Zwitserland
CY	Cyprus
CZ	Tsjechië
DE	Duitsland
DK	Denemarken
EE	Estland
EL	Griekenland
ES	Spanje
EU	Europese Unie
FI	Finland
FR	Frankrijk
GE	Georgië
GR	Griekenland
HR	Kroatië
HU	Hongarije
IE	Ierland
IL	Israël
IS	IJsland
IT	Italië
PL	Polen
PT	Portugal
LT	Litouwen
LU	Luxemburg
LV	Letland
MT	Malta
NL	Nederland
NO	Noorwegen
RO	Roemenië
RU	Rusland
SE	Zweden
SI	Slovenië
SK	Slowakije
TR	Turkije
UK	Verenigd Koninkrijk