

Healthy Ageing: Leven aan jaren toevoegen

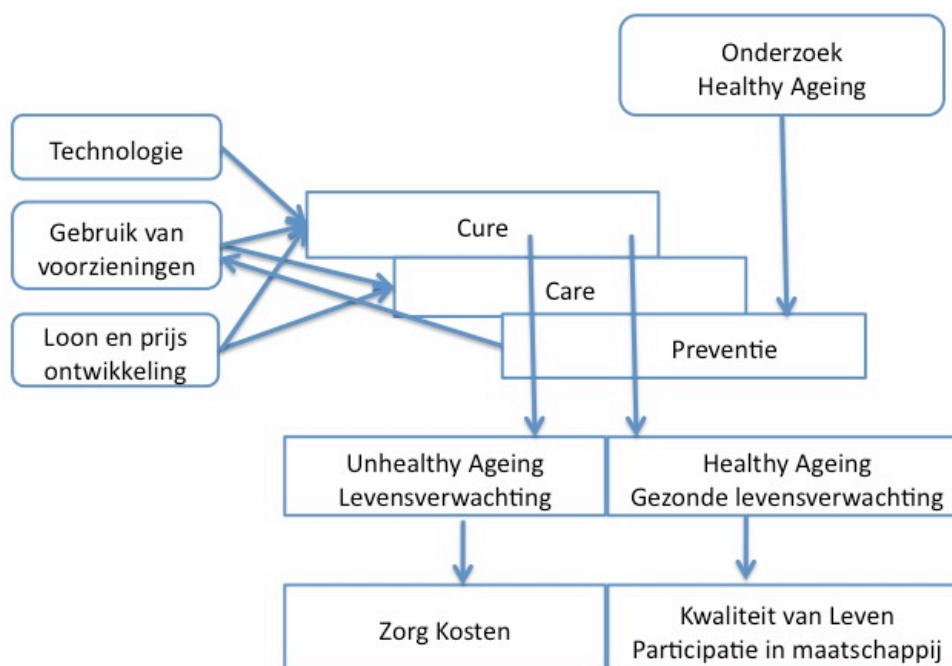
Reactie op Marc Pomp, Gezond en Actief Ouder Worden

De kern van het betoog van Marc Pomp is dat healthy ageing kan leiden tot "gezond sterven", ofwel een compressie van de morbiditeit aan het eind van het leven. Een reflectie vanuit het systeemperspectief op de haalbaarheid van dit doel.

Het systeem

In het rapport van [Marc Pomp Gezond en actief ouder worden: de maatschappelijke baten van healthy ageing onderzoek](#) gaat het om de interactie van onderdelen van het gezondheidszorgsysteem. In figuur 1 geef ik dat in een model weer.

Figuur 1 Model healthy ageing



Pomp onderscheidt levensverwachting (jaren aan het leven toevoegen ofwel unhealthy ageing), en gezonde levensverwachting (leven aan jaren toevoegen ofwel healthy ageing). Volgens zijn analyse dragen de cure en de care meer bij aan levensverlenging dan aan verbeteren van de gezonde levensverwachting. Bij preventie is het precies andersom: daar ligt de nadruk op de gezonde levensverwachting, en minder op levensverlenging. Unhealthy ageing leidt tot hogere zorgkosten en healthy ageing tot meer kwaliteit van leven, volgens Pomp.

Waar we het over eens zijn

Er bestaat grote eensgezindheid onder public health experts dat inzetten op preventie en daarmee het verhogen van de gezonde levensverwachting leidt tot meer participatie van ouderen in de maatschappij en tot directe economische voordelen, bijvoorbeeld wanneer de pensioengerechtigde leeftijd omhoog gebracht wordt. De winsten van preventie liggen voornamelijk buiten de gezondheidszorg. Iedereen deelt die conclusies van Pomp, voor zover ik weet, ook minister Schippers in antwoord op Kamervragen.

Waar we over van mening verschillen

Pomp veronderstelt dat preventie kan leiden tot terugdringen van het gebruik van cure en care voorzieningen, terwijl de gangbare veronderstelling is dat preventie de aanvang van gebruik van zorg slechts vertraagt: uiteindelijk worden we allemaal ziek en hebben we acute of langdurige zorg nodig. Pomp betoogt dat healthy ageing ertoe leidt dat we “gezond dood gaan”: we blijven langer gezond en actief; maken beperkt gebruik van kostbare voorzieningen, en als ons leven klaar is, sterven we na een kort ziekbed (compressie van de morbiditeit). Helaas ligt deze interessante stelling in zijn rapport verborgen in cijferberg van scenario's en rekenkundige aannames waar veel mensen over gestruikeld zijn.

Kostenstijging in de zorg

In recente literatuur worden als factoren voor kostenstijging genoemd(1) :

- Technologische ontwikkelingen: nieuwe vormen van diagnostiek en behandeling leiden tot meer en betere zorg, voornamelijk in de cure sector, en daarmee tot kostenstijgingen in de zorg. Deze trend is vrijwel niet te stoppen, zeker niet door meer preventie;
- Loon en prijsontwikkelingen: personeelskosten en andere kosten stijgen relatief hard in de zorg. Productiviteit stijgt niet zo hard als in andere sectoren. Toekomstige personeelstekorten kunnen een prijsopdrijvend effect hebben. Ook hier heeft preventie nauwelijks invloed op;
- Gebruik van voorzieningen: meer mensen die oud worden en langer leven, gebruiken meer zorg. De onontkoombare demografische ontwikkeling lijkt kostenreductie in de weg te staan. Toch moet volgens Pomp hier de sleutel liggen voor kostenreductie door compressie van morbiditeit.

Draaien aan de knoppen van zorggebruik

Compressie van morbiditeit is niet zo futuristisch als het klinkt: Hoogopgeleide mannen leven 7 jaar langer dan laagopgeleide mannen, terwijl het verschil in levensverwachting met goed ervaren gezondheid 19 jaar is. Voor vrouwen zijn deze cijfers 6 jaar en 20 jaar. Hoogopgeleiden hebben dus al een gecomprimeerde morbiditeit vergeleken bij laagopgeleiden. Mackenbach, Meerding en Kunst berekenden dat sociaal economische gezondheidsverschillen (SEGV) 20% van de kosten van de gezondheidszorg bepalen (2). Wanneer morbiditeit en mortaliteit van lage SES groepen op eenzelfde niveau als van hoge

SES groepen gebracht worden, zouden we dus grote kostenbesparingen kunnen realiseren. Of deze besparingen netto winst opleveren voor de zorg, laat ik aan de rekenmeesters over om te bepalen.

Mengpaneel

Aanpakken van gezondheidsachterstanden bij lage SES groepen vergt een breed scala aan activiteiten in alle sectoren (health in all policies). Binnen de gezondheidszorg zal in de cure en care sector meer de gezondheid centraal moeten staan (van ZZ naar GG), en er zal meer aandacht moeten komen voor gezondheidsvaardigheden. Nieuwe vormen van wijkgerichte zorg, met taakverschuiving van de tweede naar de eerste lijn en integratie van preventie, kunnen daartoe bijdragen. Nieuwe vormen van integrale financiering (preventie, eerste en tweede lijn in één pakket) kunnen een stimulans geven.

Analyse van onderzoek

In het rapport van Pomp wordt eigenlijk weinig gezegd over de maatschappelijke relevantie van het Groningse healthy ageing onderzoek. Misschien kan hij de vraag beantwoorden: hoeveel draagt healthy ageing onderzoek bij aan bestrijden van sociaal-economische gezondheidsachterstanden?

1. *Meijer C. de* Studies of Health and Long-term Care Expenditure Growth in Aging Population. Rotterdam: iBMG, 2012
2. *Mackenbach J., Meerding W. en Kunst A.* Economic implications of socio-economic inequalities in health in the European Union. Brussel: European Commission, 2007

Gepubliceerd in TSG, 2012 (90), no 4