

de mos

Jaargang 20
Augustus 2004

ISSN 0169-1473

Een uitgave van het
Nederlands
Interdisciplinair
Demografisch
Instituut

Bulletin
over
Bevolking
en
Samenleving

7

N I D I

inhoud

- 49 **Gezondheid van ouderen**
Demodata
- 51 **Gezondheid, rijkdom en welzijn**
Demodata
- 53 **Gezondheid, rijkdom en welzijn**
Demodata
- 54 **Gezondheid, rijkdom en welzijn**
Demodata



Foto: Wim de Jonge

Gezondheid van ouderen

Preventie loont

ANNEKE VAN DEN BERG JETHS EN NANCY HOEYMANS

Het terrein van de ouderenzorg is volop in beweging. De levensverwachting en het aantal jaren in goede gezondheid stijgen. Het aantal ouderen neemt na 2010 snel toe. Hierdoor zal de zorgvraag van ouderen veranderen. Maar in welke mate en in welke richting? Ook het zorgaanbod verandert. Denk aan medisch-technologische ontwikkelingen, hulpmiddelen, levensloopbestendige woningen en woonzorgcomplexen. In hun rapport 'Ouderen nu en in de toekomst' gaan het RIVM en het SCP in op de gezondheidstoestand, de verpleging en de verzorging van ouderen. Hier wordt de ontwikkeling van de gezondheid van ouderen uit het rapport gelicht.

In 2000 hadden mannen een levensverwachting bij de geboorte van 75,5 jaar en vrouwen van 80,6 jaar. Op 65-jarige leeftijd bedroeg de resterende levensverwachting voor mannen 15,3 jaar en voor vrouwen 19,2 jaar. Deze resterende levensverwachting is in het afgelopen decennium toegenomen met één jaar voor mannen en 0,3 jaar voor vrouwen. Ook de kans op het bereiken van de 100-jarige leeftijd is toegenomen. Het aantal 'eeuwelingen' bedraagt nu 1.200. Sinds het begin van de jaren negentig is aantal mannen van 100 jaar of ouder ongeveer constant gebleven, terwijl het aantal vrouwen van die leeftijd een sterke stijging liet zien.

Het grootste deel van de levensjaren na 65 jaar wordt zonder lichamelijke beperkingen doorgebracht. Bovendien is de stijging van het aantal jaren zonder lichamelijke beperkingen bij ouderen met 2,6 jaar voor mannen en 3,8 jaar voor vrouwen groter dan de stijging in levensverwachting. Ouderen ondervinden met het toemen van de leeftijd wel vaker lichamelijke beperkingen en ook de ernst van de beperkingen neemt toe met de leeftijd. Van de 65-74 jarigen ondervindt negen procent ernstige lichamelijke beperkingen. Onder de 85-plussers loopt dit op tot 17 procent bij de zelfstandig wonenden en 79 procent bij de tehuisbewoners.

De toegenomen levensverwachting is vooral toe te schrijven aan een daling van de sterfte aan coronaire hartziekten bij zowel mannen als vrouwen. Hiermee blijven coronaire hartziekten overigens de belangrijkste doodsoorzaak bij ouderen (zie de tabel). Bij mannen is ook de sterfte aan longkanker afgenomen. De sterfte aan longontsteking en bij 75-plussers ook hartfalen is daarentegen toegenomen. Bij vrou-



Foto: Wim de Jonge

wen is de sterfte aan longkanker, chronische bronchitis en emfyseem eveneens toegenomen. Ook op oudere leeftijd zijn er nog sociaal-economische verschillen in (gezonde) levensverwachting. Bij 65-jarige mannen is het verschil in levensverwachting tussen het hoogste en het laagste opleidingsniveau 3,7 jaar en bij vrouwen twee jaar. De sociaal-economische verschillen in het aantal jaren zonder lichamelijke beperkingen bedragen voor ouderen zo'n vijf jaar.

De meeste ziekten komen los van de vergrijzing steeds meer voor. Toch is de gezonde levensverwachting toegenomen. De meest waarschijnlijke verklaring hiervoor is dat de gevolgen van ziekten en aandoeningen beter worden gecompenseerd door medische zorg en hulpmiddelen.

Verlies kwaliteit van leven

Bij mannen van 65 jaar en ouder brengen coronaire hartziekten, beroerte en chronische bronchitis/emfyseem het meeste verlies aan kwaliteit van leven met zich mee. Bij vrouwen van 65 jaar en ouder zijn dat artrose, coronaire hartziekten en gezichtsstoornissen. Een belangrijk element van kwaliteit van leven is de mate van beperkingen. Beperkingen in de huishoudelijke verzor-

ging (met name zwaar huishoudelijk werk) en de mobiliteit (vooral traplopen) komen het meest voor. Zintuiglijke beperkingen (zien, horen) komen – mede dankzij allerlei hulpmiddelen – het minst voor bij ouderen.

Bij de aandoeningen met het meeste verlies aan kwaliteit van leven bij ouderen komen angststoornissen op de achtste en depressie op de 11^e plaats, terwijl deze aandoeningen op de 1^e en 2^e plaats komen in de algemene bevolking. Dit geeft echter geen goed beeld van de ziekte last door psychische aandoeningen bij ouderen. Ouderen hebben vaak symptomen van depressie en angst (zoals concentratieverlies of slapeloosheid), zonder dat ze voldoen aan de formele criteria voor het krijgen van een diagnose. Deze zogenoemde subklinische vormen van depressie en angst hebben bijna net zoveel negatieve gevolgen voor het functioneren als de klinische vormen van depressie en angst.

Groot deel ouderen leeft ongezond

Sinds eind jaren tachtig is het percentage rokers onder ouderen nauwelijks meer gedaald. Het voedingsgedrag van ouderen is verre van optimaal. Een groot deel van de ouderen beweegt te weinig. Overmatig alcoholgebruik daarentegen komt relatief weinig voor bij ouderen. Ongezond gedrag kan leiden tot verhoogde bloeddruk, verhoogd cholesterol en overgewicht. Van de 65-plussers rookt 26 procent van de mannen en 15 procent van de vrouwen en voldoet 59 procent niet aan de norm 'gezond bewegen'. Dat laatste is uiteraard ook gedeeltelijk een *gevolg* van een slechte gezondheidstoestand. In de leeftijdsgroep 65 tot 85 jaar heeft 38 procent van de mannen en 42 procent van de vrouwen een verhoogde bloeddruk. Voor verhoogd cholesterol is dat respectievelijk 29 procent en 43 procent. Van de mannen tussen 65 en 85 jaar heeft 54 procent matig overgewicht en 11 procent ernstig overgewicht. Bij de vrouwen in deze leeftijdsklasse is dat 41, respectievelijk 26 procent.

Bij de 65-74 jarigen is bij vier procent van de mannen en één procent van de vrouwen sprake van overmatig alcoholgebruik. Boven 75 jaar is het percentage zo gering dat het afgerond op 0 komt.

De 10 doodsoorzaken met de hoogste absolute sterfte in 2000 bij mannen en vrouwen van 65 jaar en ouder

Doodsoorzaak	Totaal	Mannen	Vrouwen
1. Coronaire hartziekten	14.485	7.586	6.899
2. Beroerte	11.141	4.112	7.029
3. Longontsteking	6.634	2.834	3.800
4. Hartfalen	6.175	2.217	3.958
5. Chronische bronchitis/emfyseem	6.114	3.859	2.255
6. Longkanker	6.005	4.705	1.300
7. Dementie *)	5.289	1.292	3.997
8. Dikke darm en endeldarmkanker	3.303	1.564	1.739
9. Diabetes mellitus *)	2.811	970	1.841
10. Prostaat kanker	2.184	2.184	-
11. Borstkanker	2.049	-	2.049

*) De doodsoorzakenregistratie kent een onderschatting van de doodsoorzaken dementie en diabetes

Bron: CBS-Doodsoorzakenstatistiek.

Er zijn belangrijke sociaal-economische verschillen in het voorkomen van risicofactoren. Bij ernstig overgewicht treden de grootste verschillen op in de leeftijdsklasse 60-69 jaar. Bij de laagst opgeleide mannen komt ernstig overgewicht 3,6 keer zo vaak voor als bij de hoogst opgeleide mannen. Bij de vrouwen van 60-69 jaar is dat 3,2 keer zo vaak. Overmatig alcoholgebruik daarentegen komt onder hoog opgeleide ouderen twee à drie keer vaker voor dan onder laag opgeleide ouderen.

In de toekomst stijging levensverwachting maar meer kans op ziekte

Volgens de CBS-bevolkingsprognose zal de komende 20 jaar de levensverwachting van mannen bij de geboorte verder toenemen met 2,0 jaar en van vrouwen met 0,4 jaar. Het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen loopt terug van 4,7 naar ongeveer drie jaar. Deze trend in de levensverwachting is vooral gebaseerd op de veronderstellingen dat eenderde van zowel de mannen als vrouwen in de toekomst rookt en dat de trend in de sterfte aan doodsoorzaken zich voortzet. Bovendien gaat de prognose rekening uit van een blijvend verschil van 3 jaar in levensverwachting tussen mannen en vrouwen.

Bij voortzetting van de epidemiologische trends uit het verleden zullen er per 1.000 ouderen vooral meer gevallen zijn van diabetes mellitus, hartziekten, astma en chronische bronchitis/emfyseem. Een meer gematigde toename treedt op bij ziekten van het bewegingsapparaat en ernstige gevolgen van een ongeval (waaronder heupfractuur). In combinatie met groei en vergrijzing van de bevolking leiden deze trends voor alle onderscheiden ziekten tot een aanzienlijke toename in de toekomst.

Het aantal ouderen met ziekten van het zenuwstelsel zal in de komende 20 jaar het minst toenemen (13 procent). De grootste stijging (92 procent) vindt plaats bij astma en chronische bronchitis/emfyseem.

Preventie loont, ook bij ouderen

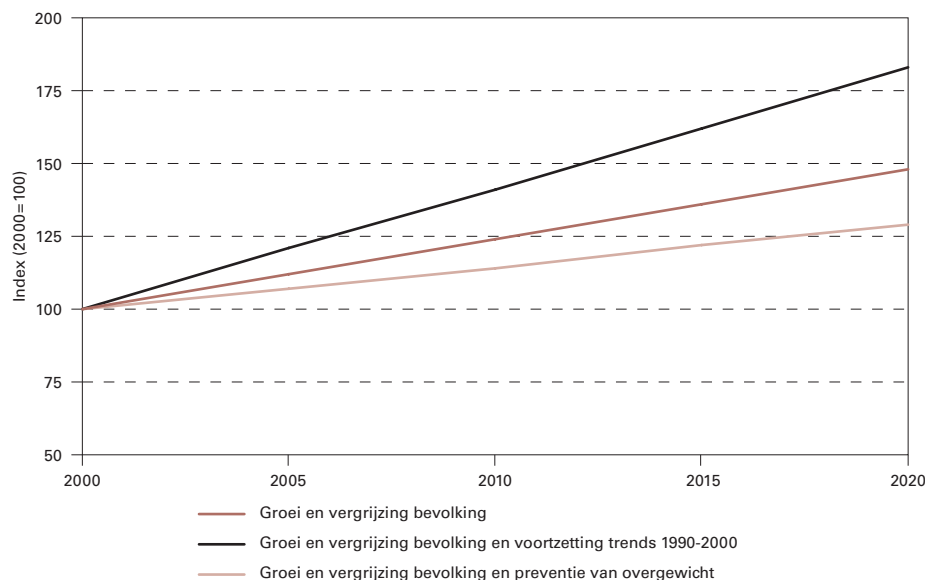
Er is nog aanzienlijke gezondheidswinst te behalen met gezondheidsbevordering en het beter benutten van bestaande werkzame interventies. Uitstel van ziekte en daarmee uitstel van beperkingen is van groot belang voor het langer zelfstandig kunnen functioneren van ouderen.

Het opheffen van sociaal-economische verschillen in roken en in overgewicht laten zien dat niet alleen het aantal ziektegevallen afneemt, maar dat ziekten ook worden uitgesteld tot hogere leeftijden.

Indien bijvoorbeeld het percentage rokers onder alle 65-plussers het niveau bereikt van het huidige percentage onder de hoogst opgeleide 65-plussers zouden er in 2020 onder ouderen 3.000 minder patiënten met kanker zijn, 8.000 minder met hartziekten, 6.000 minder met een beroerte en 16.000 minder met chronische bronchitis/emfyseem (inclusief het effect van groei en vergrijzing van de bevolking).

Indien het percentage personen met overgewicht onder alle 65-plussers het niveau bereikt van het huidige percentage onder de hoogst-

Figuur 1. Drie varianten van het toekomstig aantal diabetespatiënten van 65 jaar en ouder



geleide 65-plussers, zouden er in 2020 onder ouderen 1.000 minder patiënten met kanker zijn, 40.000 minder met diabetes, 16.000 minder met hartziekten, 3.000 minder met beroerte en 30.000 minder met ziekten van het bewegingsapparaat (inclusief het effect van groei en vergrijzing van de bevolking). Figuur 1 laat zien wat het effect is van preventie van overgewicht op het aantal patiënten met diabetes mellitus. Mochten bestaande, bewezen effectieve, programma's voor valpreventie landelijk worden geïmplementeerd, dan zou jaarlijks zo'n tien procent van de circa 15.000 heupfracturen bij 65-plussers kunnen worden voorkomen. De effectiviteit van heupbeschermers is nog onduidelijk, ook voor bewoners van verzorgings- en verpleeghuizen.

Medisch-technologische ontwikkelingen

Enkele medisch-technologische ontwikkelingen die van belang zijn voor ziekten en aandoeningen die veel bij ouderen voorkomen betreffen geneesmiddelen, implantaten, weefsels en organen, en hoorhulpmiddelen.

Van meerdere geneesmiddelen komen nieuwe/betere toedieningsvormen beschikbaar die het

demodata

De eerste helft van 2004 laat voor het eerst sinds de jaren vijftig van de vorige eeuw een vertrekoverschot van grote omvang zien. Het aantal emigranten overtrof het aantal immigranten in deze periode met 13.000. De oorzaak is de daling van de immigratie sinds 2001. Het aantal immigranten in de eerste helft van 2004 bedroeg 40.000 tegen 53.000 emigranten. Met name het aantal geïmmigreerde Polen is opvallend. De emigratie betreft vooral in het buitenland geboren personen die na een meerjarig verblijf uit Nederland vertrekken, met name Turken (CBS).

Foto: Wim de Jonge



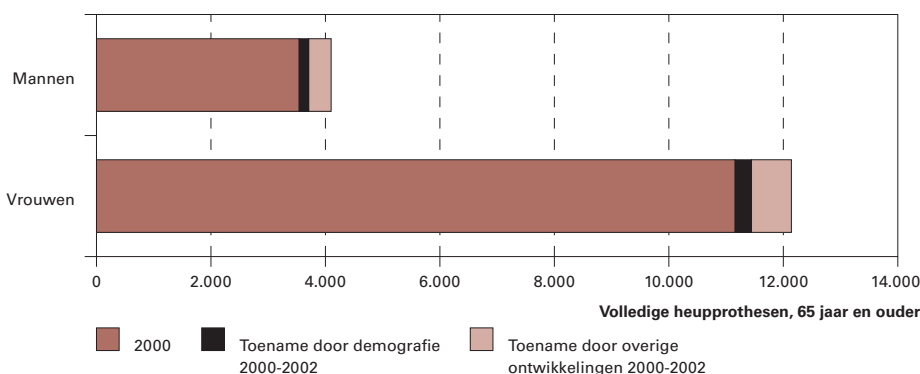


Foto: Wim de Jonge

gebruiksgemak verhogen en daarmee naar verwachting ook de therapietrouw verbeteren; voor een aantal ziekten worden nieuwe geneesmiddelen verwacht, die mogelijk een belangrijke therapeutische meerwaarde hebben t.o.v. het huidige geneesmiddelenaanbod.

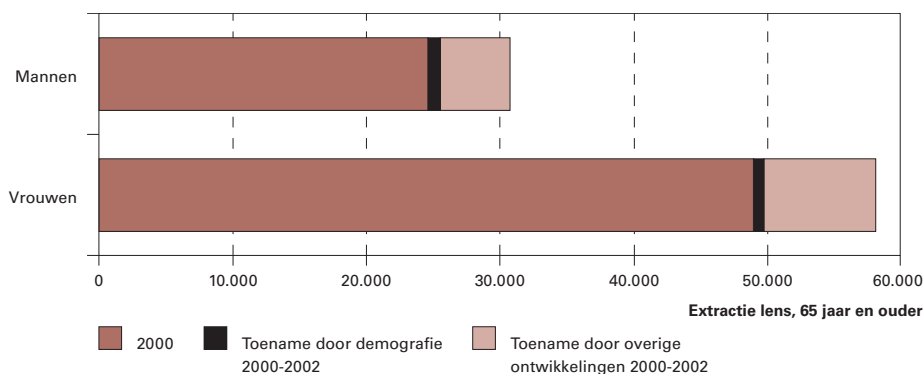
Kunstmatige implantaten worden bij ouderen veelvuldig toegepast in de behandeling van staar (intra-oculaire lenzen), hart- en vaatziekten (coronaire stents en pacemakers) en aandoeningen van de heup (heupprothesen) (zie figuur 2 en 3). Voortdurend vinden technische verbeteringen plaats. Er zijn producten in ontwikkeling, die een brug kunnen slaan tussen kunstmatige implantaten en donororganen en -weefsels.

Figuur 2. Toename van het aantal volledige heupprothesen bij ouderen in de periode 2000-2002



Bron: LMR.

Figuur 3. Toename van het aantal nieuwe ooglenzen bij ouderen in de periode 2000-2002



Bron: LMR.

Hoortoestellen zijn de afgelopen jaren technisch verbeterd en verdere verbeteringen worden voorzien, maar het instellen van geavanceerde hoortoestellen op de individuele gebruiker laat nog te wensen over. Er zijn nog steeds grote discrepanties tussen het aantal ouderen met lawaai- en ouderdomslechthorendheid, het bezit van een hoortoestel en het feitelijk gebruik daarvan.

Tot slot

Om de gezondheidstoestand van zowel de huidige generatie ouderen als toekomstige generaties ouderen verder te verbeteren, zou het preventiebeleid met kracht moeten worden voortgezet. Zowel het blijven investeren in bestaande preventieve voorzieningen, het versterken van preventie binnen de zorg en het stimuleren van intersectoraal beleid gericht op preventie zijn hiervoor van belang. Zo is het anti-rookbeleid recent verder aangescherpt, maar stimulering van gezond gedrag behoeft meer krachtige impulsen, vooral op het terrein van betere voeding, meer lichamelijke activiteit en reductie van overgewicht. Ook met een betere opsporing van hoge bloeddruk en verhoogd cholesterol (gevolgd door behandeling) is nog verdere gezondheidswinst te bereiken.

Behalve preventie van ziekten is er ook grote gezondheidswinst te boeken door de effecten van medische zorg en hulpmiddelen op het functioneren van ouderen die al een ziekte hebben. Door bijvoorbeeld heupprothesen, nieuwe lenzen en pacemakers kunnen gevolgen van ziekten worden gecompenseerd. Dergelijke ingrepen zijn in aantal zeer sterk toegenomen de laatste jaren. Bij alle zorgen over de kostengroei die dit met zich meebrengt mag niet uit het oog verloren worden dat dit soort ingrepen en hulpmiddelen veel opleveren aan kwaliteit van leven.

Het rapport van de hand van A. van den Berg Jeths, J.M. Timmermans, N. Hoeymans en I.B. Woittiez is één van de themarapporten van de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen en is opgesteld in opdracht van het Ministerie van VWS. Het beoogt bouwstenen aan te dragen voor het ontwikkelen van een visie op drie belangrijke onderdelen van het ouderenbeleid: gezondheid, verpleging en verzorging. Het onderzoek is begeleid door een commissie van het Ministerie van VWS.

Het rapport is het resultaat van een samenwerkingsproject van het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Ten behoeve van het rapport is voor het eerst een verbinding tot stand gebracht tussen de 'Volksgezondheid Toekomst Verkenning' van het RIVM en het 'Verklaringsmodel verpleging en verzorging' van het SCP. In het rapport geeft het RIVM een toekomstbeeld van het aantal ziektegevallen onder ouderen. Het SCP gebruikt deze gegevens als een van de factoren die de toekomstige vraag naar en het gebruik van verpleging en verzorging door ouderen bepalen. Hier werd alleen de gezondheidssituatie van ouderen nu en de toekomst belicht.

De volledige tekst van het rapport is te vinden op www.rivm.nl.

Drs. A. van den Berg Jeths EN dr. N. Hoeymans
(RIVM)

Gezondheid, rijkdom en welzijn

D.E. BLOOM, D. CANNING, D.T. JAMISON

In de anderhalve eeuw die achter ons ligt is de gemiddelde gezondheid en de levensverwachting van mensen wereldwijd sterk verbeterd. Behalve dat de bevolkingsomvang hierdoor toeneemt en de bevolkingsstructuur verandert heeft een betere gezondheid ook een positieve uitwerking op de economische ontwikkeling. Er is toenemend bewijs dat een betere gezondheid leidt tot een snellere groei van het nationaal inkomen. Omgekeerd heeft de recente daling van het gezondheidsniveau en de levensverwachting tengevolge van de HIV/AIDS epidemie in Sub-Sahara Afrika economische consequenties in negatieve zin.

Tussen de 16^e en het midden van de 19^e eeuw bleef de levensverwachting in de wereld onder de 40 jaar zonder dat sprake was van een stijgende trend. In de tweede helft van de 19^e eeuw steeg de levensverwachting langzaam maar zeker om vervolgens in de 20^{ste} eeuw in Europa, maar later ook in de rest van de wereld, een reuzensprong omhoog te maken. Historisch economen en demografen zijn nog steeds met elkaar in debat over de oorzaak van deze stijging. Wel is men het er in toenemende mate over eens dat een stijging van het inkomen daarbij een belangrijke rol heeft gespeeld. Verbeteringen in de lichamelijke verzorging en in de hoeveelheid beschikbaar voedsel hadden in de 19^e eeuw een daling van de sterftecijfers tot gevolg. In de 20^{ste} eeuw waren technische ontwikkelingen de katalysatoren die een stijging van de levensverwachting mogelijk maakten. Vooral de ontdekking van bacteriën als veroorzakers van ziekten, het onderkennen van het belang van hygiëne en de ontwikkeling van antibiotica en vaccins waren daarbij van invloed. In Chili bijvoorbeeld daalde in de 20^{ste} eeuw het sterftecijfer drastisch. Een in 1910 geboren Chileense vrouw had een levensverwachting van 33 jaar. Momenteel hebben Chileense vrouwen een levensverwachting van iets meer dan 78 jaar (slechts twee jaar lager dan de levensverwachting van vrouwen in de Verenigde Staten). In 1910 was de kans voor een Chileense vrouw om te overlijden vóór de leeftijd van vijf jaar 1 op 3, tegenwoordig is dat minder dan 1 op 50. Bovendien is het sterftecijfer voor mensen op middelbare leeftijd veel lager. Chileense vrouwen sterven veel minder waarschijnlijk als jongvolwassene aan tuberculose of op middelbare leeftijd aan kanker. Deze veranderingen in het sterftepatroon weerspiegelen de kwaliteit van het leven van deze vrouwen. Ze kunnen kiezen voor minder kinderen en hoeven daardoor minder tijd te besteden aan het opvoeden van hun kinderen. Het gemiddeld kindertal per vrouw daalde van 5,3 in 1950 tot 2,3 (net boven vervangingsniveau). Chileense vrouwen hebben minder last van infecties en zijn fysiek sterker en slimmer dan vroeger. Ze leven niet alleen langer maar ook gezonder.



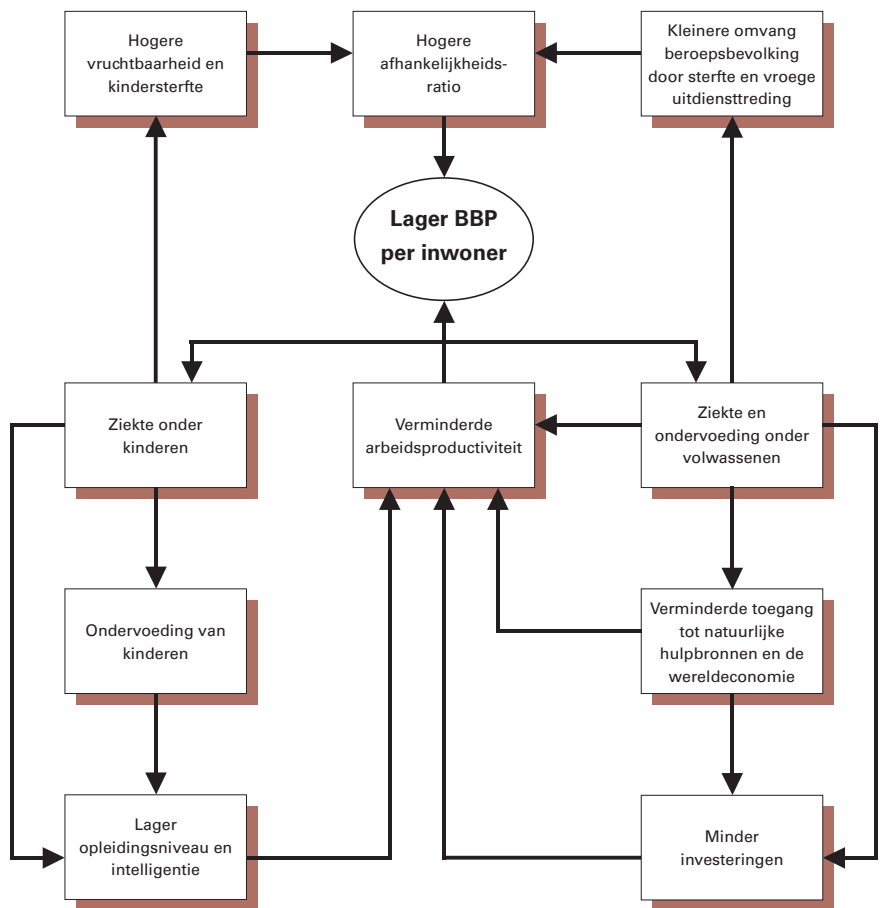
Foto: IMSI Masterclips

Gezondheid beïnvloedt economie

Wat is de betekenis van de verbetering van de gezondheidssituatie sinds het midden van de 19^e eeuw voor de economieën? De gezondheid van een bevolking beïnvloedt het nationaal inkomen op diverse (directe of indirecte) manieren (zie figuur 1).

In de eerste plaats zijn gezonde arbeidskrachten productiever dan arbeidskrachten met gezondheidsproblemen.

Figuur 1. De relatie tussen gezondheid en het BBP



Bron: Ruger et al. 2001.

kan vervolgens voor een hoger nationaal inkomen zorgen.

Verbetering van de gezondheidsomstandigheden betekent ten slotte een lagere zuigelingen- en kindersterfte die aanvankelijk een geboortegolf tot gevolg heeft. Als reactie besluiten ouders vervolgens om onder het lage-sterfte-regime minder kinderen te nemen: de vruchtbaarheid daalt. Een babyboom is daarom uniek en heeft een diepgaande invloed op de economie op het moment dat zij onderwijs gaat volgen, een baan gaat zoeken, gaat sparen voor de oude dag en, ten slotte, de arbeidsmarkt verlaat. De geboortecohorten van voor en na de babyboom zijn veel kleiner van omvang.

De omvang van het effect

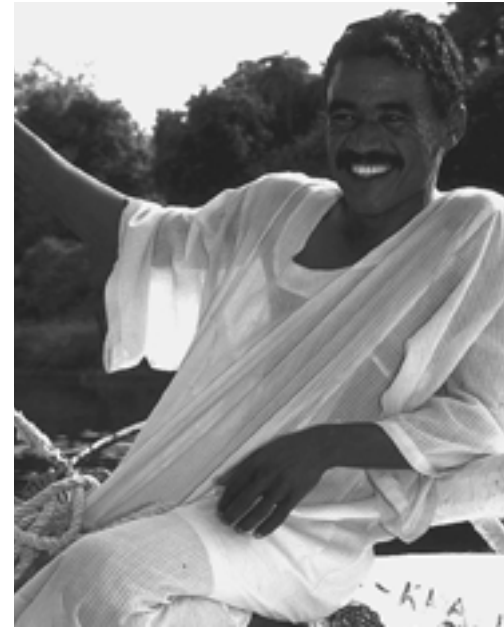
Op basis van de resultaten van vergelijkend onderzoek tussen landen kan worden geconcludeerd dat gezondheid één van de belangrijkste verklarende factoren is van de economische groei in een land, naast het aanvankelijke nationale inkomen, geografische ligging, institutionele factoren, het economisch beleid en investeringen in het onderwijs. Een stijging van de levensverwachting met één jaar leidt tot een groei van het nationaal inkomen per hoofd van de bevolking van vier procent, zo blijkt uit onderzoek van de universiteit van Harvard. Dit effect hoeft echter niet voor elk land hetzelfde te zijn. Uit onderzoek van de universiteit van Houston blijkt dat de invloed van gezondheid op de economie groter is in lage-lonen-landen dan in landen met hoge lonen. Andere studies laten zien dat een verbeterd gezondheidsniveau een grotere invloed heeft op de economische prestaties in landen met goed economisch beleid, zoals een grote handelsvrijheid en een goed bestuur. Harvard toonde in dat verband aan dat de enorme economische groei in Oost-Azië de uitkomst is van een proces waarbij verbeteringen in de gezondheid een leidende rol hebben gespeeld in de context van een over het algemeen gunstig economisch beleid.

Economie beïnvloedt gezondheid

Een betere gezondheid van de bevolking kan dus een gunstige invloed hebben op de economische situatie in een land. Omgekeerd kan de economische situatie ook de gezondheid beïnvloeden. Het effect is cumulatief wanneer een betere gezondheid zorgt voor economische groei die vervolgens bijvoorbeeld meer investeringen in de gezondheidszorg mogelijk maakt. Dit proces kan zich over langere tijd voltrekken, maar wordt onderbroken als extra investeringen in de gezondheidszorg niet meer leiden tot een substantiële verlenging van de levensverwachting en demografische transitie leiden tot een vergrijzende bevolking. Aan de andere kant kan een verslechterende gezondheid leiden tot verarming, en dat weer tot een nog slechtere gezondheid. Dat is bijvoorbeeld het geval in de voormalige Sovjetunie waar de levensverwachting van mannen sterk is gedaald in de overgangperiode van een planeconomie naar een economie waarin marktmechanismen vrij spel hebben en in Sub-Sahara Afrika waar de

demodata

Het aantal asielaanvragen door zogenaamde Alleenstaande Minderjarige Asielzoekers (AMAs) laat een dalende trend zien. Voor de EU-12 (Oostenrijk, België, Denemarken, Finland, Duitsland, Griekenland, Ierland, Nederland, Portugal, Spanje, Zweden en het Verenigd Koninkrijk), daalde het van 11.358 asielaanvragen (4,4% van het totaal) in 2000, naar 6.419 in 2003 (3,7%). Voor 2001 en 2002 zijn de cijfers respectievelijk 12.041 (4,7%) en 11.614 (4,8%). De landen met het hoogste absolute aantal asielaanvragen van AMAs in 2003 zijn het Verenigd Koninkrijk (2.800), Oostenrijk (2.049), Zwitserland (1.324) en Nederland (1.216). Als percentage van het totaal aantal asielaanvragen scoort Nederland het hoogst (9%), gevolgd door Oostenrijk en Zwitserland (6%). In enkele Oost Europese landen is het aantal AMA aanvragen proportioneel relatief hoog: Bulgarije (10%), Hongarije (8%) en Slowakije (7%), maar zijn de absolute aantallen minder. Voor Europa als geheel kwamen de meeste aanvragen van jonge mannen rond de 15-17 jaar oud, veelal uit Irak en Afghanistan. In Nederland echter zijn de meeste aanvragen in 2003 van AMAs afkomstig uit Angola (2.991), Sierra Leone (1.181), Guinee (937), China (640), Afghanistan (410) en Somalië (410) (UNHCR).



Foto's: IMSI Masterclips

HIV/AIDS-epidemie een grote stijging van de sterfte heeft veroorzaakt.

Verschillende graadmeters voor economische prestaties

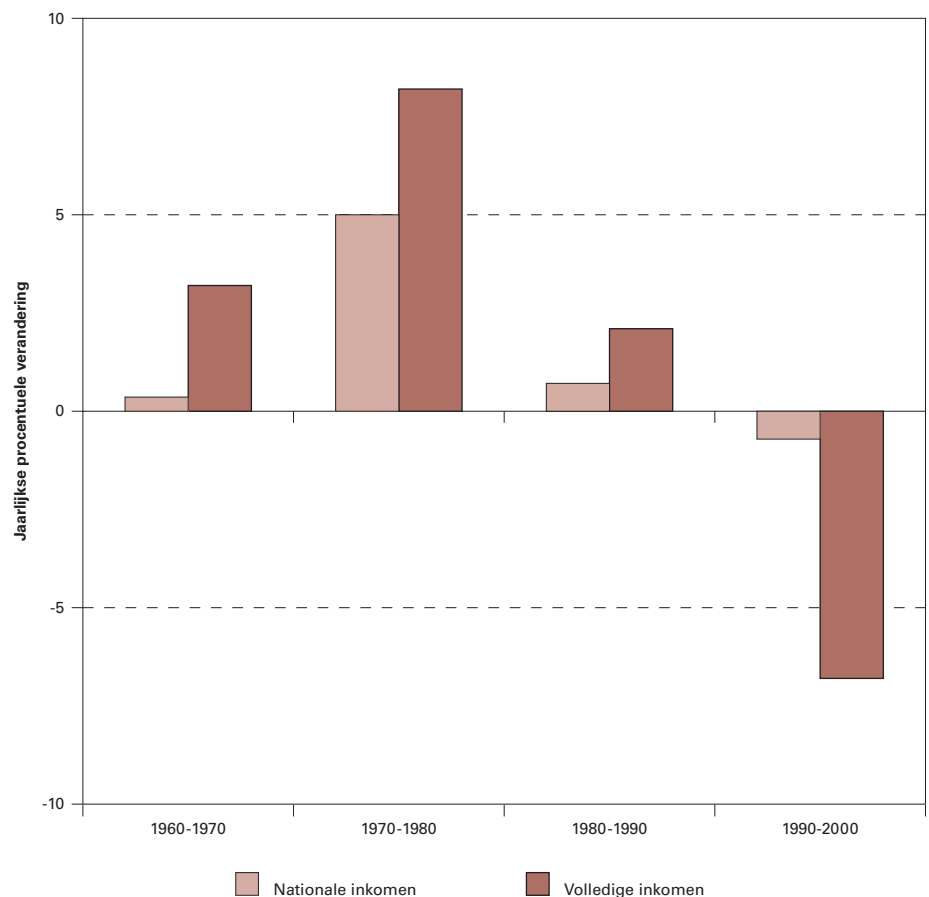
Het beoordelen van de economische prestaties van landen door alleen naar het inkomen per hoofd van de bevolking te kijken houdt geen rekening met gezondheidsverschillen tussen landen. Je zou immers kunnen stellen dat een land waarvan de inwoners lang en in gezondheid leven duidelijk beter presteert dan een land met weliswaar hetzelfde inkomen per hoofd, maar waarvan de inwoners vaak ziek zijn en gemiddeld minder oud worden. Hoewel schattingen van het nationale inkomen vaak rekening houden met de uitgaven aan de gezondheidszorg bevatten zij geen informatie over de waarde van veranderingen van de levensverwachting. Dan Usher van de Queen's University in Canada was de eerste die de waarde van een hogere levensverwachting opnam in analyses van nationale rekeningen. Hij analyseerde de groei van het 'volledige inkomen' in een aantal landen. Het volledige inkomen meet naast het nationale inkomen ook de waarde van de (toegenomen) levensverwachting in een land. De vraag is hoe de waarde van iemands levensverwachting in geld kan worden uitgedrukt. Men zou dit kunnen schatten door aan de desbetreffende persoon te vragen voor hoeveel geld deze bereid is om een bepaald levensbedreigend risico te lopen. De waarde van de levensverwachting van een werknemer die bereid is om voor 500 euro extra een jaar lang gevaarlijke werkzaamheden te verrichten, waarbij de kans dat hij om het leven komt 1 op 10.000 is, zou men kunnen vaststellen op $500 / (1/10.000)$ dat wil zeggen 5.000.000 euro. Een tekortkoming van het concept volledig inkomen is dat het niet de waarde van *gezonde* levensjaren meet.

De levensverwachting en het volledige inkomen

Usher deed onderzoek naar tijdreeksen van het volledige inkomen in zes landen (Canada, Chili, Frankrijk, Japan, Sri Lanka en Taiwan)

in de decennia halverwege de 20^{ste} eeuw. Hij concludeerde dat voor de landen uit deze groep met een hoog inkomen mogelijk 30 procent van het volledige inkomen was toe te schrijven aan de stijging van de levensverwachting. Voor de minder ontwikkelde landen, die te maken hadden met sterk dalende sterftcijfers in deze periode, was het aandeel van de stijging van de levensverwachting nog groter. William Nordhaus van de Universiteit van Yale heeft een schatting gemaakt van de groei van het volledige inkomen in de Verenigde Staten in de 20^{ste} eeuw. Hij concludeerde dat iets meer dan de helft van de groei van het

Figuur 2. Het nationale en het volledige inkomen per inwoner, Kenia



Bron: Jamison et al. 2001.

volledige inkomen in de eerste helft van deze eeuw werd veroorzaakt door dalende sterftcijfers. In de tweede helft namen de dalende sterftcijfers iets minder dan de helft van de groei voor hun rekening. In de onderzochte periode verzesvoudigde het reële inkomen in de Verenigde Staten en steeg de levensverwachting met iets meer dan 25 jaar. De Wereld Gezondheidsorganisatie (WHO) en het Internationale Monetaire Fonds (IMF) hebben onderzoek verricht naar de invloed van de HIV/AIDS-epidemie op het volledige inkomen in Sub-Sahara Afrika. Uit beide studies bleek dat de HIV/AIDS-epidemie veel verdergaande negatieve economische consequenties heeft dan men louter op basis van de invloed op het nationale inkomen zou veronderstellen (zie figuur 2).

Conclusie

De sterke daling van de sterftcijfers vanaf ongeveer 1850 - en hun stijging als gevolg van de HIV/AIDS-epidemie in Sub-Sahara Afrika na 1990 - hadden grote economische gevolgen en zullen die waarschijnlijk ook in de toekomst hebben. De invloed van de gezondheid van de bevolking op het nationale inkomen is aanzienlijk. Zo is bijvoorbeeld geschat dat een stijging van de levensverwachting met één jaar gepaard gaat met een stijging van het inkomen per hoofd van de bevolking met vier procent. De invloed van de gezondheid op het volledige inkomen, een concept dat naast het binnenlands product ook de economische waarde van de levensverwachting meet, is zelfs nog groter. Wat zijn nu de implicaties van deze bevindingen voor ontwikkelingsstrategieën en kosten-baten analyses van mogelijke investeringen in de publieke sector? Het gebruik van het volledige inkomen in kosten-baten analyses van investeringen in de gezondheid van de bevolking zou ertoe leiden dat schattingen van de baten (en dus ook van de netto opbrengst) drastisch hoger uitvallen. Tegenwoordig wordt slechts ongeveer tien procent van de door staten gegeven ontwikkelingshulp direct besteed aan het verbeteren van de gezondheid. Het verbeteren van de gezondheid in gebieden met een hoge morbiditeit en mortaliteit is vaak erg effectief met vrij bescheiden middelen. Een nauwkeurige kwantitatieve herschatting van de kosten en baten van verschillende met elkaar om financiële middelen concurrerende vormen van ontwikkelingshulp zal dan ook waarschijnlijk aantonen dat ontwikkelingshulp, die een directe verbetering van de gezondheid nastreeft, een groter deel van het totale budget verdient.

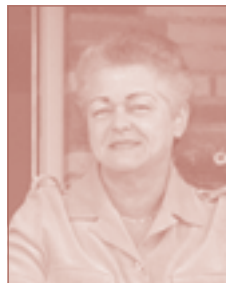
Een uitgebreidere versie van dit artikel is onder de oorspronkelijke titel 'Health, Wealth and Welfare' gepubliceerd in *Finance and Development* (March 2004, pp. 10-15). De tekst is vertaald en bewerkt door Roel Jennissen en Alinda Bosch, NIDI.

LITERATUUR

- Bloom, David E., David Canning, and Pia Malaney (2000), Demographic Change and Economic Growth in Asia, Supplement to *Population and Development Review*, Vol. 26, pp. 257-90.
- Bloom, David E., David Canning, and J. Sevilla (2004), The Effect of Health on Economic Growth: A Production Function Approach, *World Development*, Vol. 32 (January), pp. 1-13.
- Crafts, Nicholas, and Markus Haacker (2003), *Welfare Implications of HIV/AIDS*, IMF Working Paper No. 03/118 (Washington: International Monetary Fund).
- Nordhaus, William (2003), The Health of Nations: The Contribution of Improved Health to Living Standards. In: Kevin H. Murphy and Robert H. Topel (eds.), *Measuring the Gains from Medical Research: An Economic Approach*, Chicago: University of Chicago Press.
- Usher, Dan (1973), An Imputation to the Measure of Economic Growth for Changes in Life Expectancy. In: Milton Moss (ed.), *The Measurement of Economic and Social Performance*, New York: Columbia University Press for National Bureau of Economic Research.
- World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health (2001), *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*. Geneva: WHO.

Prof. D.E. Bloom, prof. D. Canning, HARVARD SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, EN **prof. D.T. Jamison**, UNIVERSITY OF CALIFORNIA

DEMOS verschijnt 10 x per jaar en beoogt de kennis en meningsvorming over bevolkingsvraagstukken te bevorderen. Inlichtingen over toezending van kopij kunnen worden ingewonnen bij de redactie



Gehele of gedeeltelijke overname van artikelen met bronvermelding is toegestaan. Toezending van bewijs-exemplaren wordt op prijs gesteld.

Het NIDI is een instituut van de KNAW dat zich bezighoudt met onderzoek naar ontwikkelingen in de omvang en samenstelling van de bevolking

colofon

Demos	is een uitgave van het Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (NIDI).
Redactie	Harry Bronsema, eindredacteur dr. Harry van Dalen ir. Hanna van Solinge dr. Ernst Spaan
Adres	NIDI/DEMOS Postbus 11650 2502 AR 's-Gravenhage
Telefoon	(070) 356 52 00
E-mail	demos@nidi.nl
Internet	http://www.nidi.nl/public/demos/
Abonnementen	gratis
Basisontwerp	Harmine Louwé
Druk	Drukkerij Repko, Voorburg

Foto: IMSI Masterclips

