

de mos

Jaargang 23
Juli 2007

ISSN 0169-1473

Een uitgave van het
Nederlands
Interdisciplinair
Demografisch
Instituut

Bulletin
over
Bevolking
en
Samenleving

6

NIDI

inhoud

- 1 **De twee polen van arbeidsmigratie**
- 2, 3 Demodata
- 4, 5 Demodata
- 6 **Gezondheidszorg 'Made in China'**
- 6, 7 Demodata
- 9 Demodata
- 11 **Leve de zomer, leve de zon**



Foto: Morguefile/Taliesin

De twee polen van arbeidsmigratie

PAUL DE BEER

Zal het openen van de grenzen voor Oost-Europese arbeidsmigranten ten koste gaan van de Nederlandse werknemers of zal Nederland er juist sterk van profiteren? Noch de economische theorie, noch de ervaringen uit het verleden of van andere landen geven een eenduidig antwoord.

Nu op 1 mei 2007 de grenzen van Nederland ook voor de Polen zijn opengegaan, zijn we weer een stap dichterbij één Europese arbeidsmarkt. Op zo'n Europese arbeidsmarkt zou het verkeer van arbeidskrachten tussen de lidstaten even gemakkelijk moeten verlopen als binnen de lidstaten. De opvattingen over de effecten hiervan op de nationale arbeidsmarkten lopen sterk uiteen. De ene pool van het spectrum aan meningen wordt gevormd door degenen die vrezen dat ons land zal worden overspoeld door buitenlanders, die onze banen wegkapen, Nederlandse werknemers verdringen, de arbeidsvoorwaarden onder druk zetten en op termijn een grote belasting voor onze verzorgingsstaat zullen vormen. Aan de andere pool treffen we de opvatting aan dat arbeidsmigratie een win-win-situatie oplevert waarvan zowel de migranten als wijzelf profiteren, dat we migranten hard nodig hebben om de gevolgen van de vergrijzing op te vangen en om in tekorten op de arbeidsmarkt te voorzien en dat uiteindelijk alleen landen die de meest getalenteerde arbeidskrachten weten te lokken zich in de internationale concurrentiestrijd zullen weten te handhaven.

Wat weten we eigenlijk over de effecten van arbeidsmigratie op de nationale arbeidsmarkt? Hier wordt een overzicht gegeven van de effecten die volgens de economische theorie zullen optreden en worden deze effecten geconfronteerd met de ervaring die is opgedaan met immigratie in het verleden en met internationaal vergelijkend onderzoek naar de effecten van immigratie. Geen van deze bronnen levert echter een ondubbelzinnig antwoord op op de vraag wat de gevolgen van ar-



Foto: Morguefile/Jusben

demodata

In het eerste kwartaal van dit jaar is de immigratie toegenomen. Bijna 26.000 mensen kwamen Nederland binnen. Het gaat om mensen die zich voor langere tijd in Nederland vestigen en zich bij een gemeente hebben ingeschreven. In dezelfde periode vorig jaar waren dit er nog 23.000. De stijging van het aantal immigranten zet daarmee door. Het zijn er nu evenveel als begin 2003. Het betreft vooral Europeanen en terugkerende Nederlanders (Centraal Bureau voor de Statistiek).

In 2006 werden 31.700 huwelijken beëindigd door echtscheiding, vrijwel evenveel als het jaar ervoor. Daarnaast kozen 3.900 echtparen voor ontbinding van het huwelijk door een flitsscheiding. Samen was dat 35.600. Het verschijnsel flitsscheiding bestond in 2001 nog niet. Toen liet het aantal echtscheidingen een piek zien van 37.000. Na de invoering van de flitsscheiding in dat jaar daalde het aantal echtscheidingen. Het aantal echtscheidingen plus het aantal flitsscheidingen bleef echter op ongeveer hetzelfde niveau. In 2006 daalde het totale aantal echt- en flitsscheidingen licht. Sinds 2003 worden jaarlijks tussen de 31.000 en 32.000 huwelijken verbroken door echtscheiding. Dit betekent dat van elke 1.000 echtparen er jaarlijks negen door echtscheiding uit elkaar gaan. Jaarlijks zijn daar ongeveer 33.000 minderjarige kinderen bij betrokken. In 2006 eindigden 800 minder huwelijken in een flitsscheiding dan in 2005. Toen daalde het aantal flitsscheidingen met 300 ook al licht. De populariteit van de flitsscheiding lijkt hiermee over zijn hoogtepunt heen te zijn. Meer dan de helft van de vrouwen betrokken bij een flitsscheiding had thuiswonende kinderen (Centraal Bureau voor de Statistiek).

beidsmigratie voor het ontvangende land zijn. Die gevolgen blijken onder meer af te hangen van het soort immigranten en van de instituties in het ontvangende land.

Hier wordt niet ingegaan op de te verwachten omvang van de immigratiestromen vanuit Oost-Europa naar Nederland. Schattingen daarvan lopen sterk uiteen en zijn nog meer een kwestie van koffiedikkijken dan de beoordeling van de effecten van die migratie. Evenmin wordt ingegaan op de gevolgen van arbeidsmigratie voor de herkomstlanden. Ook daarover lopen de meningen uiteen. Sommigen vrezen voor een *brain drain*, anderen wijzen op het positieve effect van de geldzendingen van migranten en op de kennis die zij meebrengen als zij terugkeren. Het voert echter te ver om daarop in dit artikel verder in te gaan.

Inzichten uit de economische theorie

Allereerst wordt bezien wat de economische theorie ons kan leren over de effecten van arbeidsimmigratie. Ogenscheinlijk leidt deze tot een heldere conclusie. De komst van arbeidsmigranten betekent een stijging van het aanbod van arbeid in het ontvangende land. Als de arbeidsmarkt goed functioneert, zal een groter aanbod resulteren in een lagere prijs van arbeid (lees: loon en andere arbeidsvoorwaarden), waardoor ook de vraag naar arbeid (de werkgelegenheid) stijgt en vraag en aanbod van arbeid weer in evenwicht komen. Arbeidsmigratie leidt dan tot meer werkgelegenheid en lagere lonen. Als de arbeidsmarkt niet goed functioneert en het loon niet daalt, zal het grotere arbeidsaanbod echter resulteren in onvrijwillige werkloosheid. Immigratie leidt dus tot hetzelfde lagere lonen, hetzelfde meer werkloosheid. Van hogere werkloosheid gaat vervolgens ook weer een drukkend effect op de lonen uit. Op grond van deze analyse is het haast onvermijdelijk om tot een negatief oordeel over arbeidsimmigratie te komen – althans voor de overgrote meerderheid van de bevolking die voor haar inkomen afhankelijk is van arbeid. Voor het bedrijfsleven is immigratie in deze analyse wel gunstig, aangezien er meer arbeidskrachten beschikbaar komen

voor een lagere prijs, zodat het rendement op kapitaal stijgt.

Deze analyse van het effect van arbeidsmigratie kan echter eveneens worden toegepast op iedere andere stijging van het arbeidsaanbod. Ook als meer vrouwen of jongeren de arbeidsmarkt betreden, zou dit dus in lagere lonen of hogere werkloosheid moeten resulteren. In algemene zin is deze conclusie onzin. Dit komt doordat de vraag naar arbeid geen gegeven is. De komst van arbeidsmigranten – of de groei van het aantal werkende vrouwen of schoolverlaters – gaat gepaard met meer bestedingen die op hun beurt de vraag naar arbeid stimuleren. Polen die hier komen werken, zullen een deel van hun inkomen besteden aan huisvesting, eten, etc. en daarmee de Nederlandse economie en werkgelegenheid stimuleren. Op langere termijn mag worden aangenomen dat de vraag naar arbeid zich aanpast aan het aanbod, zodat geen structureel negatief effect van immigratie hoeft te worden verwacht. Hoe ver weg die ‘lange termijn’ is, is echter niet duidelijk. Het maakt natuurlijk nogal wat uit of de aanpassing zich binnen een jaar voltrekt of dat we pas na een jaar of tien een nieuw evenwicht bereiken. In de overgangsfase kan zich wel degelijk een aanzienlijke verstoring van de arbeidsmarkt voordoen die gepaard gaat met forse werkloosheid of een loonsverlaging voor de autochtone beroepsbevolking.

In meer verfijnde economische analyses gaat het niet alleen om het aantal immigranten, maar ook om hun opleidingsniveau. Als immigranten laagopgeleid zijn, zullen zij vooral concurreren met laagopgeleide autochtone werknemers. Hoogopgeleide autochtone werknemers profiteren juist van de komst van deze immigranten, omdat zij gebruik maken van hun diensten maar geen concurrentie van hen ondervinden. Immigratie zou dan tot lagere lonen of meer werkloosheid onder laagopgeleiden leiden, maar geen of zelfs een positief effect hebben op de arbeidsmarktpositie van hoogopgeleiden. Zijn immigranten vooral hoog opgeleid, dan zouden de effecten precies omgekeerd zijn: de laagopgeleide autochtone werkenden zouden

profiteren, terwijl de arbeidsmarktpositie van hoogopgeleiden zou verslechteren.

Lessen uit het verleden

Wat leert de ervaring met migratie in het verleden ons? Deze ervaring lijkt vooral de pessimistische beoordeling van migratie te voeden. Hét voorbeeld van een niet-geslaagde arbeidsmigratie is die van Turken en Marokkanen in de jaren zestig en zeventig. Destijds werden welbewust laaggeschoolde 'gastarbeiders' uit rurale gebieden naar Nederland gehaald om het eenvoudige en zware werk te doen waarvoor de Nederlanders hun neus ophaalden. Toen dat werk in de jaren tachtig als gevolg van een ingrijpende sanering van de Nederlandse industrie grotendeels verdween, bleken de migranten zich hier echter definitief te hebben gevestigd, hun gezinsleden hierheen te halen en massaal een beroep te doen op de voorzieningen van de verzorgingsstaat. Deze ervaringen zijn een belangrijke reden waarom bijvoorbeeld het Centraal Planbureau een pessimistisch beeld schetst van de opbrengsten van migratie voor de Nederlandse economie. Als de productiviteit van migranten onder het gemiddelde van de gevestigde beroepsbevolking ligt en zij een bovengemiddeld gebruik maken van publieke voorzieningen, zal hun nettobijdrage aan de Nederlandse economie negatief zijn. Anders gezegd, de gevestigde bevolking zal dan op langere termijn per saldo een prijs betalen voor de komst van migranten.

De vraag is natuurlijk in hoeverre de ervaring met de Turkse en Marokkaanse gastarbeiders ons iets leert over de effecten van toekomstige migratie. De Nederlandse geschiedenis kent immers ook andere, meer positieve ervaringen met immigratie. Denk aan de Indische Nederlanders die na de Tweede Wereldoorlog en de onafhankelijkheid van Indonesië naar Nederland kwamen en zich voor het grootste deel tamelijk geruisloos in de arbeidsmarkt hebben gevoegd. Of denk aan de Italianen, Grieken en Spanjaarden die in de jaren zestig ook als gastarbeider naar Nederland kwamen, maar van

Foto: Wim de Jonge



wie de meesten weer naar hun moederland terugkeerden toen het daar economisch beter ging. En zelfs valt te denken aan de Surinamers, die in de eerste helft van de jaren negentig nog golden als de meest problematische groep migranten, maar die inmiddels hun arbeidsmarktpositie zozeer hebben verbeterd, dat ze nog slechts zelden figureren in het debat over het 'multiculturele drama'.

Polen

De vraag is nu op wie de toekomstige arbeidsimmigranten het meest zullen lijken. Als we ons richten op de Polen, waarvoor momenteel de meeste aandacht bestaat, dan moeten we voorsnog constateren dat zij met geen van de genoemde groepen zijn te vergelijken. De meeste Poolse arbeidskrachten vestigen zich immers niet voor langere tijd in Nederland, maar komen hier tijdelijk, vaak slechts voor een aantal maanden, werken om vervolgens terug te keren naar hun eigen land. Van de ruim honderddui-



Foto: Morguefile/Kahle

zend Polen die in 2004 op enig moment legaal in Nederland werkten, woonde slechts een op de tien in Nederland (dat wil zeggen dat zij zich hadden ingeschreven in het bevolkingsregister). Daarmee zijn zij onvergelijkbaar met de Turkse en Marokkaanse gastarbeiders, maar bijvoorbeeld ook met de Indische Nederlanders. Dat zij hier slechts kort blijven is enerzijds reden om ons weinig zorgen te maken over een toekomstig beroep op de sociale zekerheid. Daarvoor bouwen zij eenvoudigweg onvoldoende rechten op. Anderzijds betekent het ook dat zij het geld dat zij hier verdienen voor een groot deel in hun eigen land besteden, zodat dit weinig bijdraagt aan het scheppen van extra werkgelegenheid in Nederland. Daarmee is het gevaar van verdringing van Nederlandse arbeidskrachten ook groter. Dit geldt echter alleen als het gaat om banen waarvoor ook voldoende Nederlandse arbeidskrachten beschikbaar zijn. Voor zover Polen door werkgevers



Foto: Wim de Jonge

demodata

De aandacht voor de economische en politieke situatie in het Midden-Oosten en Noord-Afrika, de MENA-landen, is groot in relatie tot het aantal inwoners. De olie is daar mede debet aan. Het gebied telt 432 miljoen mensen, en is daarmee één van de minst volkrijke regio's van de wereld. Behalve in Afrika bezuiden de Sahara groeit de bevolking nergens zo hard. Vooral het aantal jongeren neemt sterk toe. Eén op de drie inwoners is tussen de 10 en 24 jaar oud. Sinds 1950 is de bevolking verviervoudigd. Voor 2050 wordt het aantal geschat op 700 miljoen, meer dan in Europa tegen die tijd. De bevolking en dan vooral het aantal jongeren groeit het snelst in landen die economisch gezien het slechtst zijn voorbereid: Irak, de Palestijnse Autoriteit en Yemen. Of die jongeren een productieve bijdrage aan de samenleving zullen leveren hangt af van de mate waarin de betrokken landen de sociale, economische en politieke voorwaarden daarvoor kunnen scheppen. Of ze kunnen voorzien in de toekomstige behoefte aan arbeidsplaatsen, aan opleidingsfaciliteiten, aan woonvoorzieningen en aan gezondheidszorg. De jeugdwerkloosheid is nu al hoog, de arbeidsmarkt stelt eisen aan opleiding en ervaring waaraan de jongeren niet kunnen voldoen, de overheid verleent financiële steun op grote schaal en de politieke situatie is instabiel. De inwoners in de Golfstaten moeten op de arbeidsmarkt concurreren met buitenlanders die in die landen de helft of meer van de beroepsbevolking uitmaken (Population Reference Bureau).

Terwijl de sterfte ten gevolge van infectieziekten (bijvoorbeeld HIV/AIDS en tuberculose), ondervoeding en andere traditionele killers in de ontwikkelingslanden daalt, eisen chronische ziekten ook daar steeds meer slachtoffers. Diabetes, hart- en vaatziekten en kanker zijn in de hele wereld behalve in Zuid Azië en Afrika ten zuiden van de Sahara inmiddels de grootste doodsoorzaken. Chronische ziekten zijn in Europa en Centraal Azië voor 84 procent verantwoordelijk voor de sterfte, in Oost Azië en de Pacific voor 71 procent, in Latijns Amerika en het Caraïbisch Gebied voor 67 procent en in het Midden Oosten en in Noord Afrika voor 65 procent. In Zuid Azië en Afrika ten zuiden van de Sahara gaat het om respectievelijk 47 en 21 procent van de sterfte. De verschuiving wordt veroorzaakt door verbetering van leefomstandigheden, scholing, voeding, sanitair, gezondheidszorg en medische zorg. Verder vergrijzen ook de ontwikkelingslanden en ouderen zijn bevattelijker voor chronische ziekten (Population Reference Bureau).

worden aangenomen omdat zij goedkoper zijn dan Nederlandse arbeidskrachten – hetzij doordat zij genoeg nemen met een lager loon, hetzij doordat zij harder werken – kan dit inderdaad leiden tot verdringing en dus tot een hoger aantal werklozen onder de gevestigde beroepsbevolking. Worden Polen daarentegen tewerkgesteld omdat er geen geschikt aanbod is van Nederlandse arbeidskrachten – hiervan lijkt in de land- en tuinbouw vaak sprake te zijn –, dan heeft dit geen negatieve effecten voor de Nederlandse beroepsbevolking. Het zal eerder een positief effect hebben, omdat de betreffende ondernemers hierdoor minder reden hebben om hun activiteiten naar een ander land te verplaatsen.

Het gaat bij toekomstige arbeidsmigranten echter niet alleen om Polen en andere Oost-Europeanen. Een potentieel steeds belangrijker groep is die van hoogopgeleide ‘kennisswerkers’ die van over de hele wereld hierheen worden gelokt omdat hun deskundigheid een belangrijke bijdrage kan leveren aan onze economie. Als het gaat om deskundigheid die in Nederland niet of onvoldoende beschikbaar is, vormen deze immigranten geen concurrentie voor gevestigde arbeidskrachten maar dragen zij wel bij aan de ontwikkeling van de Nederlandse economie. Van deze immigranten mogen we dan ook voornamelijk positieve effecten verwachten, hetgeen verklaart waarom er brede overeenstemming onder de sociale partners bestaat om de toelatingsprocedures voor deze kennisswerkers te versoepelen.

Ervaringen van andere landen

Wat kunnen we, ten slotte, opsteken van de ervaringen van andere landen, en vooral van landen met een rijke migratiegeschiedenis? Het is niet toevallig dat juist in typische immigratielanden als de Verenigde Staten, Canada en Australië het nodige onderzoek is gedaan naar de effecten van immigratie. Ook daaruit zijn evenwel niet zo gemakkelijk algemene lessen te trekken. Weliswaar is het zonneklaar dat deze immigra-

tielanden hun huidige welvaart voor een groot deel hebben te danken aan de immigranten. Hoewel het speculeren is hoe de Verenigde Staten er zou hebben voorgestaan als het nog steeds uitsluitend door de autochtone bevolking – de Indianen – was bevolkt, is het erg onwaarschijnlijk dat het dan net zo welvarend zou zijn geweest als nu het geval is. Hetzelfde geldt voor landen als Canada en Australië. Het is echter twijfelachtig of deze ervaringen enige relevantie hebben voor de huidige immigratie naar een rijk land als Nederland.

Daarvoor kan beter de aandacht worden gericht op meer recente ervaringen van de Verenigde Staten met de komst van specifieke groepen immigranten. Naar de effecten daarvan is het nodige onderzoek verricht, maar helaas heeft ook dat geen ondubbelzinnige conclusies opgeleverd. Longhi, Nijkamp en Poot analyseerden de resultaten van 18 onderzoeken en concludeerden op grond daarvan dat het effect van immigratie op het loon klein is, maar wel statistisch significant en negatief. Als het aandeel immigranten in de beroepsbevolking met één procentpunt toeneemt (in Nederland zou dit neerkomen op ca. 70.000 extra immigranten), zou het gemiddelde loon met 0,1 procent dalen. In de praktijk valt een dergelijk effect echter in het niet bij andere factoren die van invloed zijn op de loonontwikkeling, zoals de inflatie en de productiviteitsstijging.

Zoals opgemerkt kunnen de effecten echter uiteenlopen tussen verschillende opleidingscategorieën. Het negatieve effect op het loon van laagopgeleiden zou dan ook beduidend groter kunnen zijn, al is het gemiddelde effect voor deze groep in de onderzoeken die Longhi c.s. hebben geanalyseerd toch niet groter dan 0,2 procent (bij 1 procent extra immigranten). Hoogopgeleiden zouden hun loon daarentegen met gemiddeld 0,15 procent zien stijgen. Al met al biedt het internationaal vergelijkende onderzoek weinig grond voor stellige uitspraken over de effecten van immigratie op de arbeidsmarkt van het gastland.

Foto: Wim de Jonge



Foto: Wim de Jonge



Conclusie

Het voorgaande overzicht van de inzichten uit de economische theorie, de lessen uit het verleden en de ervaringen in andere landen, biedt zowel munitie voor degenen die willen wijzen op de gevaren van arbeidsimmigratie als voor degenen die van immigratie veel goeds verwachten. Daarvoor moet dan echter wel selectief worden gewinkeld. Wie zich een zo evenwichtig mogelijk beeld probeert te vormen van de effecten van arbeidsimmigratie voor het ontvangende land, zal tot de conclusie komen dat deze effecten verre van eenduidig zijn. De meest algemene conclusie die getrokken kan worden is dat de effecten van immigratie op de arbeidsmarkt, zowel in termen van loon als van werkloosheid, niet erg groot zijn en vaak in het niet vallen bij de invloed van andere factoren. Een andere algemene conclusie luidt evenwel dat de effecten van immigratie aanzienlijk uiteen kunnen lopen. Die verschillen hangen enerzijds samen met de kenmerken van de groep immigranten en anderzijds met de omstandigheden in het gastland.

Naarmate de arbeidsmigranten lager zijn opgeleid is het risico op negatieve effecten groter. Dat komt, ten eerste, doordat er dan meer kans is op verdringing van gevestigde laagopgeleide arbeidskrachten of op een neerwaartse druk op de onderkant van het 'loongebouw'. Ten tweede is bij laagopgeleide migranten de kans groter dat zij op termijn een beroep zullen doen op collectieve voorzieningen en daardoor het ontvangende land meer kosten dan opleveren. Dit geldt te meer indien zij ook hun echtgeno(o)t(e) en eventuele kinderen uit hun herkomstland laten overkomen.

In welke mate deze effecten optreden hangt echter ook af van de instituties in het gastland. Het gaat hierbij onder meer om de flexibiliteit van de arbeidsmarkt en de toegankelijkheid van de verzorgingsstaat. Een flexibele arbeidsmarkt, met een laag minimumloon, weinig ontslagbescherming en een geringe dekkingsgraad van CAO's – zoals in veel traditionele immigratielanden het geval is –, kan een forse instroom van migranten gemakkelijker absorberen dan een starre arbeidsmarkt met veel instituties die de belangen van de gevestigde werknemers beschermen. Op een flexibele arbeidsmarkt zullen laagopgeleide werknemers echter in eerste instantie een sterker negatief effect op hun loon ondervinden.

Hier manifesteert zich een dilemma. Naarmate de gevestigde arbeidskrachten door wettelijke regels en CAO's beter zijn beschermd tegen de concurrentie van migranten is het voor die migranten moeilijker om zich een vaste positie op die arbeidsmarkt te verwerven. Als het om migranten gaat die van plan zijn om weer snel naar hun vaderland terug te keren, zoals bij de meeste Polen het geval is, is dit niet werkelijk een probleem. Als de migranten hier blijven, neemt de kans echter toe dat zij een beroep zullen doen op de verzorgingsstaat, zeker als die relatief geneueus is en lage toetredingsdrempels heeft.

Dit betekent dat het best een gedifferentieerd en selectief arbeidsmigratiebeleid kan worden gevoerd, zoals ook de Sociaal-Economische Raad in zijn recente advies bepleit. Voor laagopgelei-



Foto: Morguefile/Stoker

de immigranten betekent dit dat zorgvuldig wordt gecontroleerd of zij onder dezelfde arbeidsvoorwaarden worden tewerkgesteld als gevestigde werknemers en dat hun aanspraken op een uitkering als zij hun werk verliezen, worden beperkt. Voor hoogopgeleide immigranten, en vooral diegenen die over schaarse kwalificaties beschikken, kan een soepeler beleid worden gevoerd, waarbij ook langdurige of definitieve vestiging in Nederland tot de mogelijkheden behoort. Op deze wijze kan arbeidsmigratie Nederland wel degelijk voordelen opleveren, zonder dat deze echter het wondermiddel zal zijn dat al onze sociaal-economische problemen oplost.

LITERATUUR:

- Corpeleijn, André (2007), *Werknemers uit de nieuwe EU-lidstaten*, *Tijdschrift voor Arbeidsvraagstukken* 23(2), pp.178-185.
- Roodenburg, Hans, Rob Euwals en Harry ter Rele (2003), *Immigration and the Dutch economy*. Bijzondere publicatie 47. Den Haag: Centraal Planbureau.
- Longhi, Simonetta, Peter Nijkamp en Jacques Poot (2005), A meta-analytical assessment of the effect of immigration on wages. *Journal of Economic Surveys*, 19(3), pp. 451-477.
- SER (2007), *Advies arbeidsmigratiebeleid*. Den Haag: Sociaal-Economische Raad.

Prof. dr. P.T. de Beer, Henri Polak hoogleraar voor arbeidsverhoudingen aan de Universiteit van Amsterdam, verbonden aan het Amsterdams Instituut voor ArbeidsStudies (AIAS) en De Burcht (Centrum voor Arbeidsverhoudingen). E-mail: P.T.deBeer@uva.nl

demodata

In 2006 consulteerde 54 procent van de 50-80-jarigen ten minste een keer een medisch specialist. In 1997 was dat nog 50 procent. Bij oudere vrouwen steeg dat percentage van 50 naar 57. Het gemiddelde aantal contacten van ouderen met de specialist steeg van 2,4 tot 2,8. Ouderen gingen ook meer naar de fysiotherapeut: in 1997 deed 21 procent dat minstens een keer, in 2006 24 procent. Vorig jaar bezocht 28 procent van de 50-80-jarige vrouwen de fysio. Bij de mannen was dat 19 procent. Het aantal contacten met de fysiotherapeut steeg vooral bij de oudere mannen fors van gemiddeld 2,6 naar 3,4 bezoeken. In 2006 ging 80 procent van de 50-80-jarigen ten minste een keer naar de huisarts. Dat is iets minder dan tien jaar geleden. Bij oudere vrouwen daalde dat percentage van 87 naar 83. Het gemiddelde aantal contacten met de huisarts nam bij oudere vrouwen af van 6,2 in 1997 tot 5,4 in 2006. Bij de mannen steeg dit juist van 3,9 naar 4,4 (Centraal Bureau voor de Statistiek).

Gezondheidszorg 'Made in China'

HARRY VAN DALEN

Lessen in ontspoorde marktwerking

In het verleden was de kwaliteit van de Chinese gezondheidszorg in hoge mate verantwoordelijk voor een verhoging van de levensverwachting. Vooral het terugdringen van de kindersterfte en het uitroeien van besmettelijke ziektes waren zaken waar China trots op was. Met een blind vertrouwen in marktwerking is de gezondheidszorg in China op ieder niveau ontspoord en staat hervorming op dit terrein hoog op de agenda. De werking van verzekeringen wordt ontkracht door buitensporig hoge zorgkosten. Ziekte stort menig huishouden in armoede doordat 60 tot 90 procent van de hoge zorgkosten uit eigen zak moeten worden betaald en de kwaliteit van de zorg loopt voor de overgrote meerderheid van de bevolking zienderogen achteruit. Averechts werkende prikkels in de zorg liggen hieraan ten grondslag.



Foto: ANP Photo/AFP Photo/Chai Hin Goh

demodata

Het aandeel alleenstaanden zal in Nederland blijven toenemen van 15 procent in 2006 naar ruim 20 procent in 2050. De meeste mensen wonen echter in een huishouden met kinderen, hetzij als ouder, hetzij als kind. In 2006 was dat 56 procent, maar dat aandeel zal dalen tot ruim 50 procent in 2050. Nederland telde in 2006 2,5 miljoen huishoudens met thuiswonende kinderen. Voor het grootste deel, 2,1 miljoen, waren dit (echt)paren met kinderen. Daarnaast waren er nog 450.000 eenoudergezinnen. Het aantal huishoudens met kinderen zal naar verwachting afnemen tot 2,4 miljoen in 2050. Vooral het aantal paren met kinderen daalt, terwijl het aantal eenoudergezinnen zal stijgen tot 487.000 (Centraal Bureau voor de Statistiek).

60 procent van de gezondheidskosten uit eigen zak. Op het platteland is dat zelfs 90 procent waardoor veel huishoudens in armoede vervallen. Het zijn vooral de armsten in de Chinese samenleving die niet alleen nog verder in financiële problemen raken maar van wie ook de gezondheid verslechtert. Na jaren van vooruitgang is volgens een rapport van de WHO de kindersterfte sinds 2003 in de armste regio's van China zelfs toegenomen. De ongelijkheid in inkomen en gezondheid is de laatste jaren volgens het rapport sterk gegroeid.

Op het oog lijkt dit een aangelegenheid die alleen China aangaat, maar, zoals Russell al aangaf, zo'n groot deel van de mensheid ontsnapt aan niemands aandacht. Daar komt nog bij dat een goed gezondheidszorgsysteem in zo'n groot land als China in het belang van de hele wereldgemeenschap is. Besmettelijke ziektes als SARS en de gevreesde vogelgriep moeten snel kunnen worden gestopt als deze aan het licht komen.

Van Mao tot markt

Om de huidige toestand in China goed te kunnen begrijpen is enig besef van geschiedenis van belang. China heeft decennia lang de wereld verbaasd met zijn gezondheidszorgsysteem. De abrupte stijging van de levensverwachting in de jaren vijftig en zestig wekte bij menigeen de indruk dat het communisme nog niet zo slecht werkte. Het begon allemaal vlak na de Tweede Wereldoorlog toen China door een burgeroorlog in een deplorabele staat verkeerde. Nadat Mao Tse-tung en de Communistische partij in 1949 in China de macht grepen werd al snel een gezondheidszorgsysteem ontworpen dat volledig door de staat werd bestuurd. Het land lag in puin en werd beheerst door armoede, ondervoeding en ziektes. De kindersterfte was onwaarschijnlijk hoog: één op de vier kinderen (onder de vijf jaar) stierf. Om hier verandering in te brengen werd door Mao een grootscheepse sociale en economische revolutie in gang gezet. De commune verving in het vervolg de familie als eenheid van zorg en productie en iedereen kon terugvallen op basisgezondheidszorg waarin sterk de nadruk werd gelegd op preventieve zorg. Mede daardoor maar ook door de stabiliteit na jaren van oorlog en de economische groei nam de

sterfte in de jaren vijftig en zestig af en werden minder mensen ziek. Massieve inentingscampagnes werden op touw gezet en bordelen werden gesloten. Verder werd de strijd aangebonden met de zogenaamde Vier Pesten: vliegen, muskieten, ratten en mussen. Deze pesten moesten volledig worden geëlimineerd en dat ging gepaard met alle onbedoelde desastreuze effecten van dien. De mussen waren het doelwit omdat ze het graan opaten, maar door ze te doden werden de insecten niet langer door de vogels opgegeten en aten zij het graan. Echter, hoe buitensporig en soms krankzinnig het beleid ook was, de resultaten waren opzienbarend. Veel besmettelijke ziektes werden praktisch uitgeroeid. De spaarzame cijfers suggereren dat de stijging van de levensverwachting in de jaren vijftig spectaculair was (zie de figuur). Als de levensverwachting een indicator is van welvaart dan maakte China in die decennia een grote sprong van ontwikkelingsland naar ontwikkeld land.

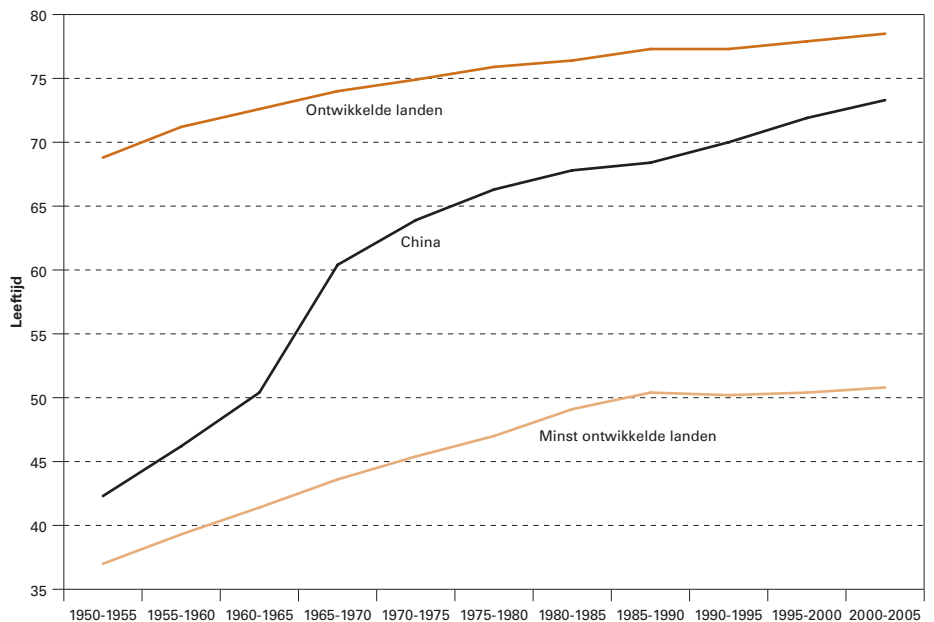
De problemen begonnen pas echt toen Mao de kracht van het communistische systeem wilde bewijzen door een grootscheepse expansie van de industrie. Daar moest alles voor worden opgeofferd. Deze Grote Sprong Voorwaarts (1958-1960) leidde uiteindelijk tot enorme misoogsten en misallocatie van talenten. Het aantal mensen dat stierf als gevolg van honger wordt geschat op 20 tot 50 miljoen, en de kindersterfte steeg weer aanzienlijk: drie op de tien kinderen stierf in het eerste levensjaar.

De Culturele Revolutie van 1966-1976 zou geen keer ten goede brengen. De achterdocht van Mao voor samenspanningen binnen de partij werd groter en zijn dictatoriale neigingen werden sterker en sterker. Universiteiten en gespecialiseerde afdelingen in ziekenhuizen werden gesloten. Dokters en specialisten werden vervolgd en gemarteld door het Rode Leger. Artsen in opleiding moesten verplicht op het platteland werken. Als zij geluk hadden konden zij echter hun professe uitoefenen en boeren in een half jaar en soms in een maand tijd opleiden tot 'barefoot doctors'. De enige positieve kant aan deze ontwikkeling was dat hierdoor medische kennis op grote schaal werd verbreid. Met hun basis-kennis gezondheidszorg en medicijnen kwamen de 'barefoot doctors' op het platteland waar normaal gesproken nooit dokters zouden komen.

De dood van Mao in 1976 luidde het einde van de Culturele Revolutie in. Zijn opvolger, Deng Xiao Ping, realiseerde zich dat het dictatoriale regime een desastreus effect had gehad op de Chinese economie. Het communistische systeem werd vervangen door een systeem waarin marktwerking een kans moest krijgen.

Begin jaren tachtig werd het bestaande, redelijk succesvolle, Chinese gezondheidszorgsysteem ontmanteld. De marktwerking werd in de gezondheidszorg geïntroduceerd. In China gebeurt niets halfslachtig en zo ook niet de introductie van marktwerking in de gezondheidszorg. Dit grootschalige marktexperiment of, beter gezegd, het naïeve geloof in volledig vrije marktwerking ligt ten grondslag aan de misère waarin de huidige Chinese gezondheidszorg zich bevindt. Maar wat gebeurde er precies?

Levensverwachting bij de geboorte van vrouwen, 1950-2005, China



Bron: UN (2004).

Financiering overheid teruggedraaid

Allereerst werd de financiering van de gezondheidszorg door de overheid drastisch verlaagd. De publieke ziekenhuizen moesten worden geprikkeld: de overheid stelde een lager vast budget beschikbaar in plaats van een flexibel budget dat, zoals in het verleden, alle kosten dekte. Tussen 1978 en 1999 daalde het aandeel van de centrale overheid in de kosten van de gezondheidszorg van 32 naar 15 procent. De (financiële) verantwoordelijkheid kwam voor een groot deel bij de provinciale en lokale overheden te liggen die voor de bekostiging belastingen verhoogden. Lokale publieke zorgverleners kregen het recht om het verloren (belasting)inkomen te compenseren door zorghandelingen van een prijskaartje te voorzien. Met deze gedwongen privatisering werden publieke ziekenhuizen en klinieken winstgeoriënteerde organisaties. Lokale publieke zorginstanties konden ook extra inkomen verdienen door publieke diensten aan te bieden zoals inspectie van restaurants en hotels op sanitaire voorzieningen of naleving van milieuregulering voor bedrijven. Door deze extra profijtelijke bron werd de niet profijtelijke preventieve zorg verwaarloosd. Door de maatregelen van de centrale overheid ging het vermogen om risico's te spreiden en de solidariteit tussen rijke en arme provincies verloren.

Perverse prikkels

In de tweede plaats versterkte de Chinese overheid de privatisering van de gezondheidszorg door een strikte prijsregulering op standaard procedures of medicijnen met alle averechts werkende prikkeffecten van dien. Zij wilde op die manier de toegang tot de basiszorg garanderen. In de praktijk bleken de tarieven voor medische handelingen de kosten gemiddeld slechts voor de helft te dekken. Door zich strikt aan de regels te houden zou een ziekenhuis binnen de kortste keren failliet gaan. De meeste ziekenhuizen in China zijn voor 80 à 85 procent afhankelijk van inkomsten uit tarieven. Vóór de markthervormingen paste de overheid het geld



Het aantal honderdplussers in Nederland nam van 1950 tot nu fors toe van nog geen 40 in 1950 via meer dan 100 in 1965 en meer dan 1.000 in 1997 tot 1.395 op 1 januari 2007. De oudste inwoner van Nederland was op die datum een vrouw van 110 jaar. Vrouwen zijn tegenwoordig sterk oververtegenwoordigd onder de honderdplussers. Per 1 januari 2007 zijn er bijna zes keer zoveel vrouwen van honderd jaar en ouder als mannen. Begin jaren tachtig was dat aantal nog ongeveer tweemaal zo hoog (Centraal Bureau voor de Statistiek).

Tabel 1. Vergelijking tarieven voor medische handelingen, gereguleerd versus daadwerkelijk in rekening gebracht, provincie Shandong, China

Medische handelingen	Door overheid gereguleerd tarief als % kosten	Daadwerkelijk tarief als % kosten
Blindedarmoperatie	48	117
Keizersnede	53	122
Bloedonderzoek	18	100
Urineonderzoek	24	120
Vervanging heupprothese	55	285
Heupoperatie	55	145
Prostaatoperatie	41	130
Röntgenfoto	34	67
Abortus	84	102
Normale bevalling	30	160
Leverfunctieonderzoek	41	43
Maagoperatie	46	121

Bron: Liu et al. (2000).

bij om het gat te dekken, maar na de hervormingen moesten de ziekenhuizen hun eigen broek ophouden. Welk gevolg dat had laat tabel 1 zien waarin een overzicht wordt gegeven van de daadwerkelijke gehanteerde tarieven als percentage van de gemiddelde kosten. Uit de tabel blijkt dat de ziekenhuizen vaak veel en veel meer gingen vragen dan het officiële tarief en veel meer dan wat een handeling gemiddeld kost. Zij bereikten dit door te ‘ontbundelen’: een medische handeling wordt opgesplitst in allerlei subhandelingen die elk een eigen prijskaartje kennen. Zo is de gereguleerde prijs voor een blindedarmoperatie, inbegrepen de anesthesie, de ontsmetting, de operatie, de materialen en de medicijnen, 70 yuan. In de praktijk worden al deze subhandelingen apart in rekening gebracht en is de 70 yuan alleen voor de arbeidskosten. Toezichthouders doen hier niets aan omdat zij vaak (mede)eigenaren zijn van de ziekenhuizen. De prijsregulering is daarmee een wassen neus gebleken.

Daarnaast kregen de ziekenhuizen van de Chinese overheid de mogelijkheid om winsten te genereren door een opslag van 15 procent te vragen voor nieuwe medicijnen of nieuwe tech-

nologie. Verder werd het beloningssysteem voor artsen aangepast. Zij ontvangen een bonus afhankelijk van de omzet die zij genereren en die omzet is afhankelijk van de verkoop van nieuwe medicijnen en het gebruik van nieuwe technologieën. Zo werd door ziekenhuizen meer CT-scanapparatuur aangeschaft dan nodig was omdat ze daarmee een behoorlijke marge konden halen, vooral bij verzekerde patiënten, die voor dezelfde handeling het dubbele tarief moesten betalen. Daarnaast blijken patiënten in de praktijk artsen in ziekenhuizen zwart te moeten bijbetalen willen deze tot behandeling overgaan. Wie over de handelwijze van dergelijke Chinese artsen hoort kan niet anders dan de cynische woorden van Bernard Shaw beamen: “Doctors are just like other [...]men: most of them have no honor and no conscience.”

Ontmanteling communes

Een derde stap was de volledige ontmanteling van de communes waarmee de landbouw de facto werd geprivatiseerd. Dat betekende onder meer het einde van het Coöperatieve Medische Systeem dat in feite iedereen op het platteland een verzekering bood. Van de ene dag op de andere waren 900 miljoen mensen, meest arme boeren, onverzekerd. De ‘barefoot doctors’ die op het platteland functioneerden werden ook werkloos en werden private zorgverleners. Omdat het preventieve zorgwerk niet werd beloond gingen zij profijtelijke medicijnen verkopen en diensten aanbieden waarvoor ze niet gekwalificeerd waren. De kwaliteit van de zorg op het platteland ging dan ook zienderogen achteruit.

Ziek zijn is kiezen uit twee kwaden

Tot nu toe werd vooral de aanbodkant van het Chinese zorgstelsel – de artsen, de ziekenhuizen en de overheid als financier – besproken. Hoe staat het echter met de vraagkant – de burgers – en welke rol spelen zorgverzekeringen?

Door burgers te bevragen over de acties die zij hebben ondernomen in geval van ziekte of ongeval kan inzicht worden verkregen in de manier waarop ze omgaan met het huidige zorg-

Foto: ANP Photo/EPA/Wu Hong



Tabel 2. Hoe complete dekking van de bevolking verzekering gezondheidsbeslissingen beïnvloedt – voorspelde waarschijnlijkheden^a

De ziekte/het ongeval is	Kans dat men de volgende handelingen onderneemt:							
	Niets doen/hegeren		Zelf behandelen		Kliniek bezoeken		Ziekenhuis bezoeken	
	Percentages							
	Platteland	Stad	Platteland	Stad	Platteland	Stad	Platteland	Stad
<i>Licht</i>								
Status quo	16	15	29	49	36	17	19	19
+ Iedereen verzekerd	14	13	31	51	33	15	22	21
+ Geen financiële drempels	11	13	34	49	31	18	25	20
Totale verandering	-5	-2	+5	0	-5	+1	+6	+1
<i>Enigszins zwaar</i>								
Status quo	11	11	24	40	34	17	32	32
+ Iedereen verzekerd	9	9	25	41	31	16	36	34
+ Geen financiële drempels	7	9	26	40	28	17	39	34
Totale verandering	-4	-2	+2	0	-6	0	+8	+2
<i>Zwaar</i>								
Status quo	4	3	13	22	30	17	53	58
+ Iedereen verzekerd	3	3	14	22	25	15	58	61
+ Geen financiële drempels	2	3	14	22	21	15	64	61
Totale verandering	-2	0	+1	0	-9	-2	+11	+3

^(a) De scenario's 'iedereen verzekerd' en 'Geen financiële drempels' zijn geconstrueerd door te veronderstellen dat iedereen een verzekering heeft, respectievelijk dat de effecten van (financieel) vermogen geen effect hebben op het nemen van gezondheidsbeslissingen.

Bron: Van Dalen (2006).

stelsel. Het dilemma voor Chinese burgers is momenteel groot en wel op twee fronten: moeten zij zich verzekeren en wat te doen als ze ziek worden?

Om na te gaan hoe Chinese burgers zich gedragen worden de resultaten van de China Health and Nutrition Survey gebruikt: een enquête van de Universiteit van California in samenwerking met twee Chinese gezondheidsorganisaties die sinds 1989 om de drie à vier jaar wordt gehouden in negen Chinese provincies, die variëren in ontwikkeling en urbanisatiegraad. De enquête bevat vragen over voeding en gezondheid. Momenteel bevat het databestand gegevens over 4.400 huishoudens, die gezamenlijk 16.000 personen vertegenwoordigen.

Verzekering

Allereerst moeten mensen in China beslissen of ze een verzekeringscontract afsluiten. Zoals gezegd is er in China een groot verschil tussen de stad en het platteland. Doordat de communes werden afgeschaft zijn mensen op het platteland in hoge mate onverzekerd. Mensen kunnen zich vrijwillig verzekeren. De praktijk van het platteland wijst uit dat er zelfselectie optreedt: vooral zij die verwachten veel gebruik te zullen maken van gezondheidszorg, zoals ouderen en chronisch zieken, hebben een verzekering. In stedelijke gebieden draagt een verzekering in hoge mate een verplicht karakter en wordt deze door de overheid gesubsidieerd. Een fundamenteel probleem van stedelijke verzekeringen is dat ieder bedrijf een deel van de loonsom in een fonds moet storten waaruit vervolgens de gezondheidszorgkosten voor de werknemers worden betaald. Door de gebrekkige risicospreiding kunnen verliesgevende bedrijven hun verplichtingen echter niet nakomen en is de zogenaamde verzekering de facto niets

waard. De stedelijke gebieden tellen daarom ook veel onverzekerden. Kleine bedrijven bieden op vrijwillige basis een verzekering aan. Voor veel private bedrijven betekent de ziektekostenpremie een rem op concurrentiekracht en wordt ervan afgezien. In 2004 had 45 procent van de stedelijke bevolking en 13 procent van de plattelandsbevolking een verzekering, maar achter deze gemiddelden gaan grote verschillen tussen provincies schuil. In een rijke provincie als Jiangsu is 75 procent van de bevolking verzekerd, in een arme provincie als Guangxi is dat slechts één à twee procent van de plattelandsbevolking.

Zorgkeuzes in de praktijk

De vraag is wat mensen in China doen als ze onverhoopt ziek worden of gewond raken. In feite moeten ze kiezen uit twee kwaden: of de ziekte/verwonding laten behandelen met als risico dat ze volledig financieel worden uitgekleeft, of deze op z'n beloop laten en hopen dat de tijd de wonden geneest. In de China Health and Nutrition Survey werd aan Chinezen gevraagd wat ze deden nadat ze door een ziekte of ongeval werden getroffen: (1) niets doen of de ziekte negeren; (2) zelf behandelen; (3) bezoek aan een dokter bij een lokale kliniek; of (4) bezoek aan een arts/dokter in een ziekenhuis (zie tabel 2). Veel hangt natuurlijk af van de ernst van de ziekte of verwonding. Wie een griep of een ontsteking heeft zal in veel gevallen zelf handelen en niet meteen een arts bezoeken. Geheel anders ligt het bij ernstige ziektes of ongevallen. Verwacht wordt dat mensen in dat geval eerder een bezoek aan een arts zullen brengen. De resultaten komen ongeveer met die verwachting overeen. De kans dat iemand die door een minder ernstige ziekte wordt getroffen zelf de ziekte behandelt is 49 procent in de stad en 29 procent op



In 2008 zal voor het eerst meer dan de helft van de mensheid, 3,3 miljard in totaal, in de stad wonen. Tot 2030 zal dat aantal naar verwachting toenemen tot vijf miljard. In Afrika en Azië zal de stedelijke bevolking tussen 2000 en 2030 verdubbelen: in Azië van 1,36 tot 2,64 miljard en in Afrika van 294 tot 742 miljoen. In Latijns Amerika en het Caraïbisch gebied stijgt het aantal van 394 tot 609 miljoen. Van de huidige stedelingen leeft één miljard in sloppenwijken, 90 procent van hen in ontwikkelingslanden (UNFPA, Bevolkingsfonds van de VN).



Onderzoek naar SARS

Foto: ANP Photo/Science Photo Library

het platteland. Op het platteland is de kans groter dat mensen even naar de lokale kliniek gaan (39 procent). Dat is nog een erfenis uit de tijd van de 'barefoot doctors' toen mensen voor kleine en grote zaken advies inwonen bij deze 'mobiele huisartsen'. Bij de lokale klinieken kunnen nog traditionele Chinese artsen worden geconsulteerd. In geval van een zware ziekte of ongeval zijn mensen inderdaad eerder geneigd om een arts bij een lokale kliniek of ziekenhuis te bezoeken. Het is echter verontrustend dat op het platteland vier procent van hen en in de stad drie procent van hen niets doet en dat het percentage mensen dat 'zelf' gaat 'dokteren' respectievelijk 13 en 22 procent is.

Heeft verzekeren zin?

Om een idee te krijgen van de mate waarin verzekeren helpt is een simulatie gemaakt waarbij wordt verondersteld wat er gebeurt als alle Chinezen een verzekering hebben. Daarbovenop is een extra simulatie gemaakt waarbij geld (vermogen) geen rol speelt bij het nemen van zorgbeslissingen. Verzekeringen verschillen namelijk sterk naar het pakket aan medische handelingen dat wordt vergoed. In de tabel is de laatste optie vertaald met 'geen financiële drempels' omdat dit hoogstwaarschijnlijk de belangrijkste reden is waarom geld wel een rol speelt in de zorg. Het percentage dat mensen uit eigen zak moeten betalen, zelfs met verzekering, is bijzonder hoog. Voor mensen op het platteland komt dat zelfs in de buurt van de 90 procent. Deze extra simulatie kan worden geïnterpreteerd als een situatie waarin iedereen hetzelfde pakket heeft.

Hoe verzekeringen gezondheidskeuzes beïnvloeden wordt duidelijk uit tabel 2. Deze simulatie levert twee opvallende conclusies op. Allereerst blijkt een grotere dekking van verzekeren en het terugdringen van financiële drempels niet of nauwelijks invloed te hebben op het percentage mensen dat niets doet of overgaat tot zelfbehandeling, ook bij zware ziektes. Ten tweede zet een betere verzekering vooral mensen op het platteland er toe aan om direct naar een ziekenhuis te gaan en de lokale

kliniek links te laten liggen. Die keuze heeft alles te maken met de slechte kwaliteit van de huidige zorg op het platteland. Voor toekomstige hervormingen zou het betekenen dat alleen maar werken aan het verbeteren van verzekeringen meer druk op ziekenhuizen legt en dat het fundamentele probleem, betere zorg tegen een betaalbare prijs, blijft liggen.

Conclusies

China is een land dat bijna niet valt te bevatten. Eén provincie telt soms meer inwoners dan heel Europa. De rijkdom in Sjanghai of Beijing grenst aan Westerse normen terwijl de armoede op het platteland schrijnend is. Het bieden van gezondheidszorg voor 1,3 miljard inwoners is daarmee een complexe taak en in het verleden kon dat alleen maar met sterke sturing of dwang van bovenaf worden opgelost. Met de introductie van marktwerking zijn er positieve krachten losgekomen die maken dat het Chinees nationaal inkomen jaarlijks acht à tien procent groeit. De marktwerking in de gezondheidszorg valt echter te betitelen als een Grote Sprong Achterwaarts. De gezondheid van de Chinese bevolking holt achteruit met alle consequenties voor het arbeidsaanbod. In 1991 vond nog 27 procent van de bevolking zichzelf matig tot slecht gezond, in 2004 was dat 41 procent. De tweedeling is ook enorm: een klein, rijk gedeelte van de Chinese maatschappij kan gebruik maken van hi-tech gezondheidszorg op Westers niveau, terwijl een steeds groter deel van de maatschappij zich enige gezondheidszorg nauwelijks kan veroorloven. Na jarenlang de problemen te hebben genegeerd, hebben de Chinese autoriteiten nu ook door dat het Chinese gezondheidszorgsysteem failliet is en dat grootscheepse hervormingen noodzakelijk zijn. Daarbij heeft het geen zin om maar één onderdeel van het stelsel te veranderen, zoals het bieden van een betaalbare verzekering, omdat dit het fundamentele probleem niet aanpakt: de buitensporig hoge kosten voor in veel gevallen slechte zorg; kosten die zelfs met verzekering bijna allemaal door patiënten zelf moeten worden betaald. Ongetwijfeld zal China daarbij tot de ontdekking komen dat een hoogwaardige en voor iedereen toegankelijke gezondheidszorg zijn prijs kent. Actieve overheidsbemoeienis is bijna onontkoombaar door het karakter van gezondheidszorg waar marktfalen meer regel dan uitzondering is. Vooralsof lijkt in China het ouderwetse kapitalisme echter hoogtij te vieren waarin het falen van de markt niet wordt erkent of herkent. De explosieve groei kan momenteel nog het falen toedekken. Maar het lijkt slechts een kwestie van tijd voordat de schaduwzijden van de explosieve economische groei en slecht vormgegeven overheidsingrijpen een rem zetten op de Chinese vooruitgang. Het meenemen van al deze effecten betekent immers een verhoging van de kostprijs van Chinese producten en daarmee wordt de concurrentiekracht aangetast. Het is de vraag of China die harde lessen onder ogen wil zien.

Dr. H.P. van Dalen, NIDI en Erasmus Universiteit Rotterdam. E-mail: dalen@nidi.nl

REFERENTIES:

- Blumenthal, D. en W. Hsaio (2005), Privatization and Its Discontents – The Evolving Chinese Health Care System, *New England Journal of Medicine*, 353. pp. 1165-1170.
- Dalen, H.P. van (2006), When health care insurance does not make a difference – The case of health care 'Made in China'. Discussion Paper. Amsterdam/Rotterdam: Tinbergen Institute.
- Liu, X., Y. Liu en N. Chen (2000), The Chinese experience with hospital price regulation, *Health Policy and Planning*, 15. pp. 157-163.
- Liu, Y. (2004), Development of the rural health insurance system in China, *Health Policy and Planning*, 19. pp. 159-165.
- WHO (2005), *China, health, poverty and development*, World Health Organization, Beijing

Aan gezondheidspromotie hangt een geur van moralisme. Goede bedoelingen hoeven geen bewijs. De strijd tegen de zon veroorzaakte daarbij cognitieve dissonantie tussen adviezen en eigen ervaringen. Fatale huidkanker is zeldzaam, de zon voelt weldadig aan. Gezondheid is een complex systeem: wat slecht is voor het ene, is goed voor het andere. We zijn goed aangepast aan de zon, het vele binnenzitten is ongezond. Intens bakken en braden op een zuidelijk strand gedurende een korte vakantie hakt dan in op een gevoelige, bleke huid. Er is recent veel nieuw bewijs vergaard dat oude inzichten en eigen ervaringen over het nut van zonblootstelling heeft bevestigd. Verbranden blijft dom, maar verder had oma groot gelijk. Ga buiten spelen, de zon is gezond.

Biologie wordt enkel goed begrepen in het licht van de natuurlijke evolutie. In de drie-dimensionele schemerwereld van het woud kenden de chimpansees weinig natuurlijke vijanden, maar de mensen kozen voor een gevaarlijk leven op de zonovergoten savanne. De grote katten jagen in de schemering, de mens zocht en vond zijn niche als grote dagjager. Rechtop op twee benen had hij een ruimer overzicht en hij liep zeer energie-efficiënt. Hij ving minder zon dan viervoeters, en voor een krachtiger koeling behield hij enkel zijn hoofdhaar. Weinig dieren waren bestand tegen het uithoudingsvermogen van de luchtgekoelde marathonloper over de hete savanne.

Adam en Eva waren lang, mager en gitzwart. Huidkanker veroorzaakt weinig selectiedruk (de sterfte treedt te laat op), maar zonlicht beschadigt in de onderhuidse bloedvaten belangrijke vitamines. Pigmentatie moest de naakte jager daartegen beschermen. De uiterst succesvolle jager verspreidde zich over de hele wereld. Op hogere breedtegraden ontving hij minder zon, en die had hij (en zij nog meer) nodig, onder andere voor het vitamine-D-metabolisme. Daarom werd hij bleker. Bleke afstammelingen die terugkeerden naar de tropen werden weer zwart: de dravidische rassen in Indië, afkomstig van blanke kaukasiërs of de aboriginals in Australië, afkomstig van mongolen.

De correlatie van de huidskleur aan effectieve blootstelling aan de zon is sterk en pleit voor scherpe selectie. Vrouwen zijn steeds bleker dan mannen, in alle natuurvolkeren, omdat de zon meer vitamines moet helpen aanmaken voor hun vrucht. Gezien onze nauwkeurige adaptatie aan de effectieve blootstelling aan de zon, is uit de zon blijven niet goed voor ons.

Zon, de huid en huidkanker

Er bestaan twee soorten huidkanker: 'gewone' huidkanker (basaalcel en plaveiselcelcarcinomen), die doorgaans goed behandelbaar is en slechts na langdurige verwaarlozing van ernstige letsels aanleiding kan geven tot sterfte. Deze huidkanker komt zeer veel voor, maar sterfte is zeer zeldzaam. Het betreft typische verouderingskankers, ontstaan door sleet: hoe meer blootstelling aan de zon, hoe meer kanker. Jonge vrouwen die graag zonnen, moeten weten dat ze hun mooie bruine snoetje later zullen af-

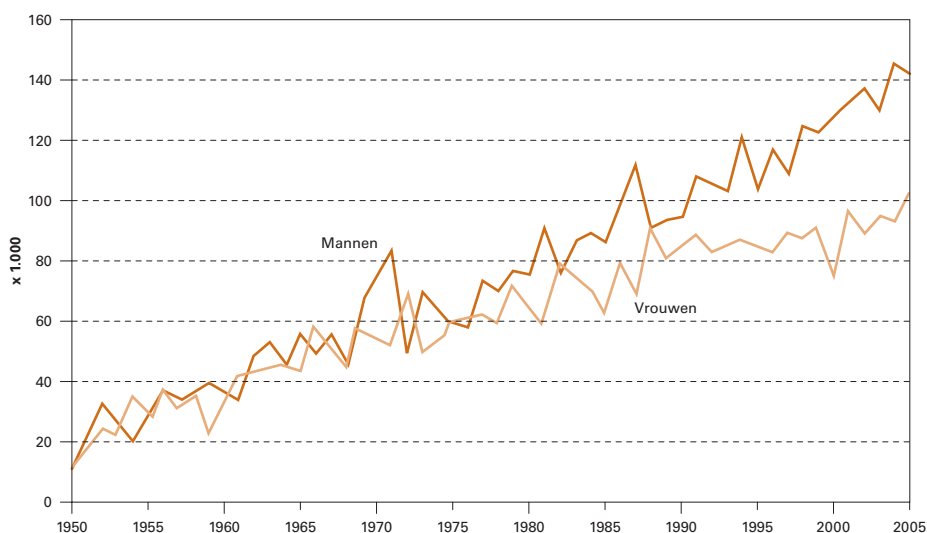


Foto: Morguefile/Lucasmalta

betalen met een karakterkop van gerimpeld krokodillenvel.

De kwaadaardige, potentieel fatale, kankers zijn melanomen. Hier is de relatie niet lineair. Chronische blootstelling aan de zon beschermt, door het tijdig bruinen en verdikken van de huid. Observatieve studies suggereren dat verbranden op jonge leeftijd de belangrijkste oorzaak is van fatale huidkanker.

Figuur 1. Sterfte aan melanoom, 1950-2005



Dit geldt evengoed voor zonnebanken. Buiten huidveroudering is er geen bewijs dat deze zonnebanken kanker veroorzaken, anders dan door verbranden na te intensieve blootstelling.

Recente trends in melanomen en melanoomsterfte

Het aantal gevonden melanomen is sterk toegenomen, maar dat zijn in overmaat oppervlakkige, redelijk goedaardige letsels. Toenemende kankerincidenties worden zelden veroorzaakt door meer kanker, steeds door meer diagnoses van kanker door meer en vroegtijdiger opsporing. De sterfte door melanomen is echter ook blijven toenemen (zie figuur 1). De hoofdreden is paradoxaal minder chronische blootstelling aan de zon door minder buitenleven. Het kortstondige hevig zonnen, vaak op zuidelijke breedtegraden, hakt dan in op een gevoelige, bleke huid. Vooral oudere mannen sterven meer door melanomen dan vrouwen (zie figuur 2), vermoedelijk door het minder bewust omgaan met vroege huidletsels. De sterfte is wel toegenomen, doch blijft beperkt: de cumulatieve kans om voortijdig (voor de 75^{ste} verjaardag) te overlijden aan een melanoom was in 2006 0,27 procent voor mannen en 0,19 procent voor vrouwen. Een gemiddelde huisarts verwacht één voortijdig sterfgeval in 15 jaar.

Meer voordelen dan nadelen

De meeste personen lieten zich (gelukkig?) weinig gelegen aan de adviezen om uit de zon te blijven. Er is daarom geen rechtstreeks bewijs over de schadelijkheid van deze adviezen, en nog minder over het nut. Kwetsbare individuen kunnen gezondheidsproblemen krijgen door te weinig blootstelling aan de zon. Zonlicht beschermt tegen bot- en spierziekten door vitamine-D-gebrek, zoals rachitis en osteoporose. Vooral ouderen en allochtone vrouwen met een donkere huid, die zich bovendien buitenshuis ruim bedekken, lopen een reëel risico. Kinderen moeten zonder meer veel buiten spelen, zwaarlijvigheid bij kinderen is een veel groter probleem dan huidkanker. De zon is daarbij goed voor ons welbevinden en onze geestelijke gezondheid.

De evidence dat zonlicht beschermt tegen velerlei en frequent voorkomende kankers is nu zo sterk dat het geen kwestie meer is 'of' maar 'hoeveel' zonlicht beschermt tegen kanker. Prostaat-, borst-, dikke darm- en eierstokkanker worden daarbij het meeste genoemd. Er overlijden jaarlijks ongeveer 11.500 mensen ten gevolge van deze kankers, te vergelijken met 650 sterfgevallen door melanoom. Andere aandoeningen waarbij aanwijzingen bestaan voor een preventief effect van zonlicht zijn multiple sclerose en diabetes mellitus type 1. Doorgaans worden in gebieden met meer zon minder MS en juveniele diabetes waargenomen.

De theorieën die deze waarnemingen ondersteunen zijn van tweeërlei aard. Het belang van de zon voor het vitamine-D-metabolisme en het belang van vitamine D in de preventie van velerlei aandoeningen is al lang bekend. Vitamine D is het enige vitamine, niet getest in

grootschalig experimenteel preventief onderzoek (grote gerandomiseerde trials): het is daar hoog tijd voor. Gezien de veelheid van relaties en aandoeningen is vitamine D alleen vermoedelijk onvoldoende. Immunologische modulatie door UV-blootstelling is zeker belangrijk, er is mogelijk ook een rol weggelegd is voor de invloed van de zon op circadiane neurobiologische systemen (dag- en nachtritme).

Conclusie

Zonnebrand blijft geen goed idee, zeker niet voor kleine kinderen. Screening op huidkanker is evenmin verstandig, gezien de potentie van overdiagnose en overbehandeling van goedaardige letsels. Daarentegen moeten 'moedervlekken' die van aard veranderen (onregelmatig of groot worden, ontsteken, van kleur veranderen) aanleiding geven tot een visite bij de huisarts, en indien nodig bij de dermatoloog.

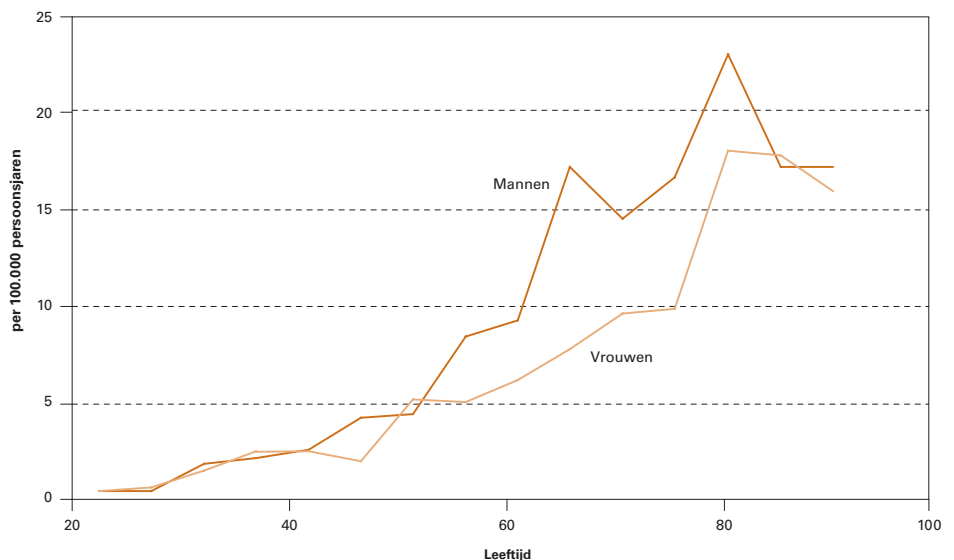
De vele gunstige effecten van zonlicht stellen de nadelen ver in de schaduw. Gelukkig hebben de mensen steeds hun intuïtie gevolgd, en niet de adviezen van experts. Gezondheid is een complex systeem, geoptimaliseerd over talrijke balansen tussen voor- en nadelen. Helaas dringt deze les nog te weinig door. Zoals onze voorouders moet de volksgezondheid durven rechtop lopen en het ruime overzicht cultiveren.

LITERATUUR

- Rhee, H.J. van der, E. de Vries, J.W. Coebergh (2007), Gunstige en ongunstige effecten van zonlichtexpositie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 151(2). pp. 118-22.
- U.S. Preventive Services Task Force (2003), Skin Cancer Counseling. October 2003. <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/uspsskco.htm>.
- Sackett, D.L. (2002), The arrogance of preventive medicine. *Canadian Medical Association Journal* 167(4). pp. 363-364.
- Ness, A.R. S.J. Frankel, D.J. Gunnell, G. Davey Smith (1999), Are we really dying for a tan? *British Medical Journal* 319(7202). pp. 114-116.

Dr. L. Bonneux, NIDI. E-mail: bonneux@nidi.nl

Figuur 2. Sterfte aan melanoom in Nederland, 2006



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 drs. Joop de Beer drs. Gijs Beets dr. Luc Bonneux
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	Nadorp Druk b.v., Poeldijk