

Preventie minder noodzakelijk dankzij betere zorg?

NAAR EEN DOELMATIGE INZET VAN PREVENTIE EN CURATIE

Pieter van Baal

Regelmatig pleiten wetenschappers en politici voor meer investeringen in preventie. Dit zou, naast verbeteringen in de volksgezondheid, leiden tot besparingen in de zorg. In dit perspectief bespreek ik 2 mechanismen die relevant zijn voor de discussie over het rendement van preventie. Het eerste mechanisme betreft de extra vraag naar zorg die het gevolg is van langer leven. Het tweede mechanisme betreft de impact die verbeteringen in de curatieve zorg hebben op de opbrengsten van preventie. Beide mechanismen illustreren dat preventie en curatieve zorg niet los van elkaar kunnen worden gezien. Daarom zouden beslissingen over investeringen in de curatieve en preventieve zorg idealiter vanuit hetzelfde beslissingskader genomen moeten worden. Ik concludeer dat een doelmatige inzet van preventie en zorg gebaat is bij economische evaluaties waarbij een zo compleet mogelijk beeld wordt geschetst van zowel opbrengsten als kosten van nieuwe interventies.

Regelmatig pleiten wetenschappers en politici voor meer investeringen in preventie, onder meer omdat dit zou leiden tot besparingen in de zorg. Preventie heeft inderdaad bijgedragen aan enorme verbeteringen in de volksgezondheid.¹ Dit begon met verbeteringen in de hygiëne en de preventie van infectieziekten. Van recentere datum zijn de maatregelen die gericht zijn op de preventie of het vroeg opsporen van chronische ziekten als diabetes mellitus, hart- en vaatziekten en diverse vormen van kanker. Ook werd betoogd dat preventie van darmkanker door screening tot grote besparingen in de zorg kan leiden omdat de kosten voor de behandeling van darmkanker naar verwachting in de toekomst sterk zullen stijgen.²

De baten van preventie hangen sterk af van de effectiviteit van de zorg. Zo heeft het vroeg opsporen van diabetes mellitus zin omdat er goede behandelingen zijn voor diabetes. En de preventie van infectieziekten op jonge leeftijd levert een gezondheidswinst die nog verder kan stijgen dankzij een goede behandeling van chronische ziekten op hoge leeftijd. Dit heeft natuurlijk wel gevolgen voor de vraag naar zorg.

PREVENTIE, LANGER LEVEN EN DE VRAAG NAAR ZORG

Twee decennia geleden voerden Luc Bonneux en collega's een invloedrijk onderzoek uit naar de relatie tussen preventie, langer leven en de vraag naar zorg.³ Zij vroegen zich af wat er zou gebeuren met de levensverwachting en zorguitgaven in de hypothetische situatie dat bepaalde ziekten uit Nederland zouden verdwijnen.³ Dit deden zij met behulp van sterftetafels en data afkomstig van de Nederlandse Kosten van Ziektenstudie (www.kostenvanziekten.nl). De resultaten druisten in tegen de intuïtie dat het wegnemen van een ziekte leidt tot een besparing.

Wanneer eliminatie van een ziekte leidt tot een grote stijging van de levensverwachting, dan leidt dat ook tot stijgende zorguitgaven, zo ontdekten Bonneux en collega's. Het uitbannen van kanker en hart- en vaatziekten bijvoorbeeld heeft een grote stijging van zowel levensverwachting als zorguitgaven tot gevolg. Dit laatste komt door de zorgkosten van ziekten die optreden in de gewonnen levensjaren. Uiteindelijk overstijgen deze kosten de besparingen die

Erasmus Universiteit Rotterdam, instituut Beleid & Management
Gezondheidszorg, Rotterdam.

Dr. P. van Baal, gezondheidseconoom (vanbaal@bmg.eur.nl).

worden gemaakt op de behandeling van bijvoorbeeld kanker.

Hoewel de zorgkosten als gevolg van kanker en hart- en vaatziekten hoog zijn, worden die kosten gemaakt in een relatief korte periode, omdat de ziekteduur meestal kort is. Voor ziekten met een geringe mortaliteit maar een lange ziekteduur geldt juist het omgekeerde. Zo leidde de eliminatie van psychische stoornissen in de studie van Bonneux en collega's amper tot een stijging van de levensverwachting, maar wel tot besparingen in de zorg. Hoewel complete eliminatie voor de meeste ziekten onrealistisch is, kan zo'n gedachte-experiment wel inzicht geven in de effecten van preventie.

In hoeverre de extra kosten van de gezondheidszorg in 'toegevoegde' levensjaren opwegen tegen besparingen in 'normale' jaren hangt af van de ziekte en het type preventie. Veel preventieve maatregelen zijn niet gericht op afzonderlijke ziekten, maar op risicofactoren die samenhangen met verschillende ziekten. Zo is de risicofactor 'roken' sterk gerelateerd aan voornamelijk dodelijke ziekten, terwijl dit minder het geval voor een risicofactor als obesitas, die ook is gerelateerd aan een aantal minder dodelijke ziekten, bijvoorbeeld diabetes mellitus.^{4,5}

VERBETERINGEN IN DE ZORG EN VOLKSGEZONDHEID

Sinds de studie van Bonneux en collega's zijn zowel de levensverwachting als de zorguitgaven sterk gestegen. De toename van de levensverwachting in Nederland is gedeeltelijk het gevolg van een daling in de sterfte aan hart- en vaatziekten, die te danken is aan een betere behandeling van atherosclerose en overleving na ziekenhuisopname.⁶⁻⁸ Onderzoek naar de relatie tussen zorguitgaven en langer leven heeft laten zien dat dit verband anders is dan gedacht.

Van oudsher werd aangenomen dat langer leven zou leiden tot een sterke toename van de vraag naar zorg, omdat zorgkosten sterk toenemen met de leeftijd. Die redenering klopt echter niet. De zorguitgaven zijn namelijk het hoogst in de periode voorafgaand aan de dood.^{9,10} Omdat het sterfterisico stijgt met het ouder worden, nemen ook de gemiddelde zorguitgaven toe met de leeftijd. Langer leven leidt dan niet noodzakelijkerwijs tot veel extra zorgkosten maar voornamelijk tot een verschuiving van zorgkosten. Dit geldt vooral voor ziekenhuiskosten en voor de kosten van letale ziekten zoals sommige vormen van kanker.^{9,10}

Recentelijk is de studie van Bonneux herhaald, gebruikmakend van recentere data en rekening houdend met het feit dat zorggebruik voor veel ziekten is geconcentreerd in de laatste fase van het leven.¹¹ Dit onderzoek liet wederom zien dat de eliminatie van dodelijke ziekten zou leiden tot een stijging van de levensverwachting én de zorguitgaven. Er zijn echter enkele belangrijke verschil-

len met de studie van Bonneux. Zo nemen de potentiële besparingen als gevolg van preventie toe doordat de behandelkosten van psychische aandoeningen gestegen zijn.

In het bijzonder voor hart- en vaatziekten laat deze nieuwe studie een interessant patroon zien.¹¹ Voor deze ziektecategorie zijn niet alleen de zorguitgaven sterk gestegen, maar is ook de overleving in de jaren sinds Bonneux zijn onderzoek deed, sterk verbeterd. Dit heeft tot gevolg dat de potentiële gezondheidswinst door eliminatie van hart- en vaatziekten op dit moment een stuk lager is dan 20 jaar geleden. Tegelijkertijd is vanwege de toegenomen kosten de ruimte voor besparingen toegenomen. Hart- en vaatziekten hebben in dit opzicht meer de kenmerken gekregen van chronische dan van acute ziektes.

BETEKENT BETERE ZORG DAT PREVENTIE MINDER NOODZAKELIJK IS?

Preventie heeft geleid tot een stijging in de zorgvraag omdat mensen langer leven. Stijgende uitgaven in de curatieve zorg hebben echter geleid tot verbeteringen in de overleving die op hun beurt weer de potentiële gezondheidswinst van preventie verminderen. Dit leidt tot een paradox: door succesvolle behandeling van dodelijke ziekten is er met preventie minder winst in levensverwachting te behalen, maar zijn er wel meer mogelijkheden om met preventieve maatregelen te besparen op zorgkosten. Het gedroomde ideaal dat dankzij preventie zowel een toename van de levensverwachting als besparingen in de zorg te bereiken zijn, lijkt dus moeilijk haalbaar. Hoe effectiever de curatieve zorg, des te lager de potentiële gezondheidswinst die met preventie te behalen is.

AFWEGING TUSSEN PREVENTIE EN ZORG

Preventie en zorg kunnen niet los van elkaar worden gezien: de opbrengsten en kosten van preventie hangen af van de curatieve zorg en omgekeerd. Beslissingen over investeringen in nieuwe interventies in de zorg en de preventie zouden dan ook vanuit hetzelfde besluitvormingskader genomen moeten worden.¹² Bij deze beslissingen zou men de resultaten van kosteneffectiviteitsanalyses (KEA's) zwaar moeten laten meewegen. Dat verhoogt de doelmatigheid van de zorguitgaven; anders gezegd: meer gezondheid voor hetzelfde geld.

In KEA's worden gegevens over de effectiviteit van interventies en over investeringen op de korte termijn vertaald naar langetermijneffecten op de volksgezondheid en de zorguitgaven. Effecten op zowel lengte als kwaliteit van leven worden meegenomen door te rekenen met voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren ('quality adjusted life years', QALY's). Door gebruik te maken van QALY's is het mogelijk de gezondheidswinst van preventieve zorg te

vergelijken met die van curatieve zorg. De winst in kwaliteit van leven legt meer gewicht in de schaal naarmate de betreffende ziekte een meer chronisch karakter heeft. Het is belangrijk dat er in KEA's naar kosten en effecten buiten de zorg wordt gekeken. Effecten op informele zorg en deelname aan het arbeidsproces dienen dan ook te worden meegenomen in de berekeningen. Verder is het bij KEA's belangrijk rekening te houden met de 2 besproken mechanismen, namelijk dat er extra vraag naar zorg is wanneer mensen langer leven en dat preventie minder levensverlenging oplevert naarmate de curatieve zorg beter is. Dit betekent dus dat de kosten van langer leven moeten worden meegenomen.¹³ Als dit niet wordt gedaan, wat momenteel nog wel eens gebeurt, zijn de uitkomsten van verschillende KEA's niet met elkaar te vergelijken. Momenteel zijn de farmaco-economische richtlijnen voor KEA's mede de oorzaak van het weglaten van kosten van langer leven in KEA's. Aangezien de richtlijnen voor KEA's worden herzien is nu het moment om op dit punt meer duidelijkheid te verschaffen.¹⁴

Tot slot is consistentie in KEA's belangrijk: als er in modelberekeningen vanuit wordt gegaan dat kosten voor behandeling toenemen in de toekomst, is het belangrijk dat ook de mogelijke effecten daarvan op de gezondheid worden meegenomen. Alleen dan is het mogelijk om een economische afweging te maken tussen investeringen in curatieve en preventieve interventies.

DOELMATIGHEID: VAN THEORIE NAAR PRAKTIJK

In het regeerakkoord onderschrijft de huidige Nederlandse regering het belang van doelmatigheid in de zorg. Het kabinet wil dan ook wettelijk vastleggen dat 'kosteneffectiviteit' een rol gaat spelen in beslissingen over opname van nieuwe behandelingen in het basispakket van de verplichte zorgverzekering. Dat is al het geval voor nieuwe geneesmiddelen, maar de wettelijke maatregel moet ook gaan gelden voor niet-medicamenteuze behandelingen. Concrete stappen zijn er echter nog niet genomen en tot op heden lijkt de rol van kosteneffectiviteitsanalyse in besluitvorming nog gering. Een betere afbakening van het verzekerde basispakket

aan de hand van kosteneffectiviteit is op zichzelf niet voldoende om een doelmatige inzet van preventieve en curatieve zorg in de praktijk te bevorderen. Om te bereiken dat preventie en curatie doelmatiger worden ingezet, verdient het aanbeveling om de uitkomsten van KEA's mee te nemen bij het ontwikkelen van klinische richtlijnen.¹⁵

Ook de burger en de zorgverzekeraar spelen een cruciale rol bij het bevorderen van preventie en doelmatigheid in de praktijk. Omdat de potentiële gezondheidswinst door preventie tegenwoordig lager is dan twee decennia geleden, ziet de burger misschien minder noodzaak tot preventie. Maar toenemende besparingen dankzij preventie vormen mogelijk wel prikkels voor zorgverzekeraars om in preventie te investeren.¹⁶

Cruciaal is ook dat financiële prikkels in de zorg minder op behandeling worden gericht en meer op preventie en doelmatigheid. Om het gedroomde doel van meer gezondheid tegen acceptabele kosten te verwezenlijken, is het wenselijk om de opbrengsten van nieuwe interventies te relateren aan de kosten die deze met zich meebrengen, zowel bij het afbakenen van het verzekerde basispakket als bij de financiering van zorgaanbieders.

Dit artikel maakt deel uit van een serie artikelen in het *NTvG* over public health.

Peter Engelfriet gaf kritisch commentaar op eerdere versies van dit artikel.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: het onderzoek waar dit artikel op is gebaseerd werd mogelijk gemaakt door het Netspar-project 'Recent increases in life expectancy in the Netherlands' (www.netspar.nl). ICMJE-formulier met de belangenverklaring van de auteur is online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 12 maart 2015

Citeer als: *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2015;159:A8680

 **KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/A8680**

LITERATUUR

- Mackenbach JP. *Ziekte in Nederland*. Amsterdam: Elsevier; 2010.
- Lansdorp-Vogelaar I, van Ballegooijen M, Zauber AG, Habbema JD, Kuipers EJ. Effect of rising chemotherapy costs on the cost savings of colorectal cancer screening. *J Natl Cancer Inst.* 2009;101:1412-22.
- Bonneux L, Barendregt JJ, Nusselder WJ, van der Maas PJ. Preventing fatal diseases increases healthcare costs: cause elimination life table approach. *BMJ.* 1998;316:26-9.
- Barendregt JJ, Bonneux L, van der Maas PJ. The health care costs of smoking. *N Engl J Med.* 1997;337:1052-7.
- Van Baal PHM, Polder JJ, de Wit GA, et al. Lifetime medical costs of obesity: prevention no cure for increasing health expenditure. *PLoS Med.* 2008;5:e29.
- Van der Meulen A. Trends in doodsoorzaken, 1970-2002. CBS Bevolkingstrends. 2004;1:34-9.
- Nauta ST, Deckers JW, Akkerhuis M, Lenzen M, Simoons ML et al. (2011) Changes in Clinical Profile, Treatment, and Mortality in Patients Hospitalised for Acute Myocardial Infarction between 1985 and 2008. *PLoS One.* 2008;6:e26917.

- 8 Poos MJ, Smit J, Groen J, Kommer GJ, Slobbe L. Kosten van ziekten in Nederland 2005: Zorg voor euro's-8. Bilthoven: RIVM; 2008.
- 9 Werblow A, Felder S, Zweifel P. Population ageing and health care expenditure: a school of 'red herrings'? *Health Econ.* 2007;16:1109-26.
- 10 Wong A, van Baal PH, Boshuizen HC, Polder JJ. Exploring the influence of proximity to death on disease-specific hospital expenditures: a carpaccio of red herrings. *Health Econ.* 2011;20:379-400.
- 11 Grootjans-van Kampen I, Engelfriet PM, van Baal PH. Disease prevention: saving lives or reducing health care costs? *PLoS ONE.* 2014;9:e104469.
- 12 Brouwer WBF. De basis van het pakket [oratie]. Rotterdam: Erasmus Universiteit; 2009.
- 13 Van Baal P, Meltzer D, Brouwer W. Pharmacoeconomic guidelines should prescribe inclusion of indirect medical costs! A response to Grima et Al. *Pharmacoeconomics.* 2013;31:369-73.
- 14 College voor Zorgverzekeringen CVZ. Richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek: geactualiseerde versie. Diemen: CVZ; 2006.
- 15 Pomp M, Brouwer W, Rutten F. Qaly-tijd; nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen. Den Haag: CPB; 2007.
- 16 Kanters TA, Brouwer WB, van Vliet RC, van Baal PHM, Polder JJ. A new prevention paradox: the trade-off between reducing incentives for risk selection and increasing the incentives for prevention for health insurers. *Soc Sci Med.* 2013;76:150-8.