

GEZOND LEVEN NIET PER SE GOEDKOPER

Latere en laatste levensjaren vormen de grootste 'kostenpost'

Mensen die ongezond leven, moeten een hogere ziektekostenpremie betalen, zo wordt nogal eens geopperd. Maar dat idee gaat in rook op als je alle zorgkosten in een mensenleven meerekent. Dus ook die van gewonnen levensjaren.

DE FOTO IS HELAAS
NIET BESCHIKBAAR
VOOR INTERNET

De zorguitgaven in Nederland nemen gestaag toe, en deze stijging laat zich niet gemakkelijk beheersen. De zoektocht naar effectieve en acceptabele manieren om de uitgaven te beperken is dan ook belangrijk. Met enige regelmaat wordt gesuggereerd dat het stimuleren van gezond leven een goede manier zou zijn om de zorgkosten te beperken. Onlangs kwam dit weer naar voren in de discussie die Floris Sanders, scheidend voorzitter van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), aanzwengelde. Hij bepleitte dat mensen die ongezond leven een hogere ziektekostenpremie zouden moeten betalen. 'Ongezond leven heeft zijn prijs en die zal steeds hoger worden. Dus moeten we iets doen aan het stimuleren van gezond gedrag,' stelde Sanders, bijvoorbeeld in Elsevier.¹

Rokers en andere ongezond levenden confronteren met een premieverhoging: dat kreeg weinig bijval. Maar het onderliggende en wijdverbreide idee dat ongezond leven tot meer zorgkosten leidt, werd niet echt bestreden. Op de website van het ministerie van VWS valt bijvoorbeeld te lezen dat '...meer aandacht voor de preventie van stress, overgewicht en roken moet leiden tot minder hoge medische kosten'. Maar leidt ongezond leven werkelijk tot hoge kosten? En is financiële winst inderdaad een van de belangrijkste argumenten voor gezondheidsbevordering en preventie?

EXTRA LEVENSIJAREN

Ongezond gedrag is een belangrijk speerpunt van het volksgezondheidsbeleid. Een groot deel van de totale sterfte in Nederland wordt dan ook door ongezond gedrag veroorzaakt: 15 procent door roken en nog eens 15 procent door ongezond eten en te weinig bewegen.^{2,3} Ook een flink deel van de zorgkosten wordt in verband gebracht met ongezond gedrag.⁴ Die constatering leidt samen al gauw tot de conclusie dat we met het stimuleren van gezond gedrag twee vliegen in één klap slaan: een gezondere bevolking en lagere zorgkosten.⁵ Immers, ongezond gedrag leidt tot ziekte, ziekte tot zorggebruik en zorggebruik tot zorgkosten. Zonder ongezond gedrag worden zo dus gezondheid gewonnen en zorgkosten vermeden.

Te mooi om waar te zijn? Inderdaad, want ook gezond gedrag heeft zijn prijs, en wel met name in de vorm van zorg en zorgkosten in gewonnen levensjaren⁶, die veelal niet volledig in perfecte gezondheid worden doorgebracht: 'Lengthening life generally will increase health care needs, particularly needs for long term nursing care, as most life years are added to old age.'⁷ Door gezond en langer te leven, lopen mensen eenvoudigweg meer risico om andere zorgkosten te maken. Omdat de extra levensjaren zich op latere leeftijd afspelen, kunnen die kosten fors zijn; bijvoorbeeld door chronische aandoeningen als dementie.

In reactie op de plannen van Sanders reageerde voormalig minister Borst dan ook als volgt: '...dementie zien we vooral bij mensen op een leeftijd die door

weerspiegelt het gegeven dat zorgkosten weliswaar oplopen met de leeftijd, maar dat vooral de laatste levensjaren kostbaar zijn, ongeacht wanneer die zich afspeelen.¹¹ Een recente Nederlandse schatting geeft bijvoorbeeld aan dat het laatste levensjaar ruim dertienmaal duurder is dan een normaal levensjaar.¹²

Het verlengen van het leven is weliswaar kostbaar, maar minder prijzig dan veelal wordt gedacht. Reden hiervoor is dat de 'grootste kostenpost' - het laatste levensjaar - hierdoor simpelweg wordt uitgesteld.

De figuur laat ook zien dat een preventieve interventie op jeugdige leeftijd het mogelijk maakt om de levensstijl te verbeteren. Deze interventie kost in eerste instantie geld, maar zoals de stippellijn aangeeft, zorgt die investering

Een niet-rokende bevolking is uiteindelijk duurder dan een rokende

de meeste rokende dikkerds nooit zal worden bereikt.⁸ Preventie van ziekten die op relatief jonge leeftijd sterfte veroorzaken, zoals kanker, hart- en vaatziekten, kan dus juist meer kosten tot gevolg hebben. Ook het CBP becijferde onlangs dat gezondheidswinst zonder levensverlenging gunstig is voor de ontwikkeling van de zorgkosten, maar dat - omgekeerd - verlenging van de levensduur zonder gezondheidswinst tot hogere zorgkosten leidt, vooral binnen de AWBZ.⁹

Wie kosten wil besparen, moet zich dus vooral richten op de eliminatie van chronische, niet-fatale aandoeningen, zoals psychische aandoeningen. Bij een interventie die de gezondheid verbetert én het leven verlengt, kunnen beide effecten elkaar immers opheffen.¹⁰ Maar gezond is dus niet altijd goedkoop, en ongezond niet altijd duur. De zaken liggen gecompliceerder.

ZORGKOSTEN

Hoe de jaarlijkse zorgkosten bij een gezonde of ongezonde leefstijl gedurende het leven verlopen, is te zien in de figuur op blz. 880. De ongezond levende persoon (A¹) sterft vroegtijdig: op zijn 70ste. De piek in de kosten vóór het overlijden

er daarna voor dat de nu gezond levende persoon (A²) tot zijn 70ste minder zorg nodig heeft. Anderzijds wordt hij wel tien jaar ouder en maakt hij tijdens deze gewonnen levensjaren ook zorgkosten. Op tachtigjarige leeftijd overlijdt A²; dit gaat gepaard met hoge kosten in de laatste levensfase. Of de gezond levende A² over zijn totale leven gerekend minder zorgkosten maakt dan de ongezond levende A¹, hangt dus af van de kosten van de interventie, de besparingen tot het 70ste levensjaar en de extra kosten in gewonnen levensjaren.

IN KAART

Dat het terugdringen van ongezond gedrag de zorgkosten kan doen omlaag brengen, is voor roken uitvoerig in kaart gebracht.^{13,14} Net als in de figuur zijn rokers per levensjaar weliswaar duurder dan niet-rokers, maar omdat zij korter leven en omdat latere levensjaren (die rokers vaker missen) relatief duur zijn, is een niet-rokende bevolking uiteindelijk duurder dan een rokende. Het volledig rookvrij maken van Nederland kan dus op korte termijn wel leiden tot besparingen in de gezondheidszorg (afgezien van de interventiekosten), maar leidt op langere termijn juist tot extra >>

<< zorgkosten. Hiermee is overigens niet gezegd dat andere vormen van ongezond gedrag uiteindelijk ook tot lagere zorgkosten leiden. De precieze effecten van ongezond gedrag verschillen immers per risicofactor.

Zo is roken geassocieerd met vrijwel allemaal dodelijke ziekten. Besparingen op de kosten die met deze ziekten samenhangen worden overschaduw door kosten van vervangende, vaak meer chronische ziekten. Preventie van risicofactoren die meer samenhangen met dergelijke chronische, niet dodelijke ziekten, zou dan ook per saldo goedkoper zijn. Ongezond gedrag dat leidt tot obesitas kan bijvoorbeeld via diabetes leiden tot aanzienlijke kosten tijdens het leven. Hierdoor compenseren mogelijke besparingen door gewichtsverlies wellicht eerder de extra kosten in gewonnen levensjaren.

Het vergt dus een gedetailleerde analyse om per type ongezond gedrag nadere uitspraken te kunnen doen.

ACCEPTABEL

Er bestaat duidelijk een spanning tussen de kosten en effecten van preventieve interventies. Zo zijn effectieve

antirookmaatregelen uit oogpunt van de volksgezondheid weliswaar zeer wenselijk, maar uit kosten oogpunt onaantrekkelijk door de dure extra levensjaren. Ook goedkope, nieuwe levensverlengende zorgtechnologieën kunnen tot

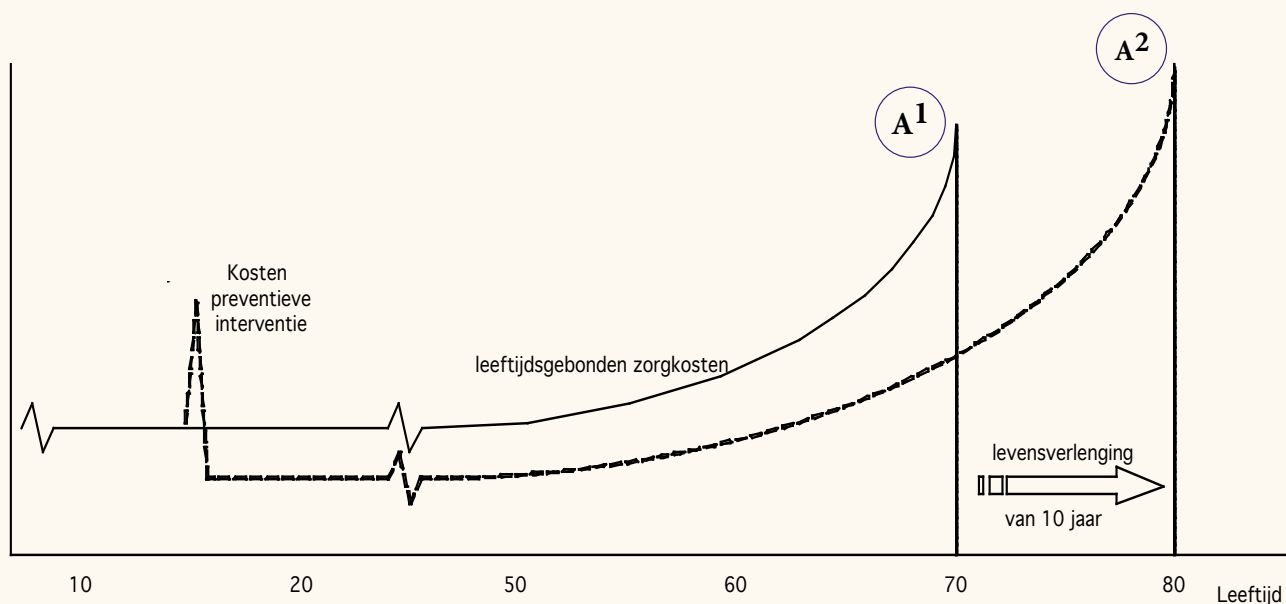
Het is wel de vraag welke kosten-batenverhouding maatschappelijk acceptabel is. Zolang de verhouding gunstig is, is het winnen van gezondheid een doelmatige aanwending van schaarse middelen; ook als dit de samenleving soms veel

Gezondheidswinst mag best wat kosten

hoge totale kosten leiden. De kosten gereleerd aan de behandeling van nierfalen treden bijvoorbeeld voor een groot deel op in gewonnen levensjaren.¹⁵ Maar het feit dat extra levensjaren tot extra kosten leiden, is natuurlijk helemaal geen reden om maar geen (preventieve of curatieve) levensverlengende zorg meer te leveren. Het doel van de gezondheidszorg is immers niet het besparen van geld. Zou dat wel zo zijn, dan was 'geen zorg' altijd de beste zorg: een overleden patiënt is immers altijd het goedkoopst. Het uitgangspunt is gelukkig anders: *'The aim of health care is not to save money but to save people from preventable suffering and death.'*⁷

geld kost. Dat levensverlengende preventie doelmatig kan zijn, is ondertussen afdoende aangetoond.^{16 17} Recent heeft ook het RIVM nogmaals aangegeven dat het stimuleren van gezond gedrag door het tegengaan van roken en overgewicht zeer doelmatig is; zelfs als je de medische kosten in gewonnen levensjaren meerekent.^{18 19} Toch vergoeden we in Nederland veel van dit soort interventies niet. Hierbij worden oneigenlijke argumenten gebruikt, zoals dat deze interventies 'niet kostenbesparend' zouden zijn.²⁰ Dat is vanuit het oogpunt van volksgezondheid en doelmatigheid een gemiste kans.²¹ Gezondheidsbevordering kan heel kosteneffectief zijn en verdient daarom

ZORGKOSTEN GEDURENDE HET LEVEN



Het verloop van zorgkosten over de levensloop zonder (doorgetrokken lijn, A¹) en met (onderbroken lijn, A²) levensverlengende preventieve interventie(s).

meer aandacht en geld - ook al zullen de zorguitgaven er in de toekomst door toenemen. Het is onzin te stellen dat dergelijke preventieve interventies geld zouden moeten opleveren. Juist omdat ze zoveel gezondheidswinst kunnen opleveren, mogen ze best wat kosten. ■

dr. W.B.F. Brouwer,
universitair hoofddocent gezondheidseconomie, instituut
Beleid en Management Gezondheidszorg (iBMG) en
instituut voor Medische Technologie Assessment (iMTA),
Erasmus MC/Universiteit Rotterdam

drs. N.J.A. van Exel,
gezondheidseconoom, instituut Beleid en Management
Gezondheidszorg (iBMG) en instituut voor Medische
Technologie Assessment (iMTA), Erasmus MC/
Universiteit Rotterdam

dr. J.J. Polder,
teamleider gezondheidseconomie en zorgonderzoek,
RIVM centrum voor Volksgezondheid Toekomst
Verkenningen, Bilthoven

dr. P.H.M. van Baal,
onderzoeker/econoom RIVM centrum voor Preventie
en Zorg Onderzoek (PZO), Bilthoven

Correspondentieadres: w.brouwer@erasmusmc.nl;
cc: redactie@medischcontact.nl

Belangenverstrengeling: niet gemeld

SAMENVATTING

- Vaak wordt verondersteld dat ongezond leven leidt tot hogere zorgkosten en dus dat gezond leven kostenbesparend zou zijn.
- Alhoewel de zorgkosten per levensjaar van ongezond levenden inderdaad vaak hoger liggen dan van gezond levenden, kunnen de totale zorgkosten van laatstgenoemden toch hoger zijn. Dit komt doordat zij langer leven en tijdens deze 'extra' levensjaren relatief veel zorg consumeren.
- Levensverlengende preventie van ongezond gedrag kan in de gewonen levensjaren dan ook additionele kosten oproepen.
- Desondanks kan preventieve zorg een zeer doelmatige manier zijn om gezondheid te winnen en verdient die derhalve meer aandacht.

De literatuurlijst en een MC-artikel over overheidsbeleid om overgewicht te ontmoedigen vindt u via www.medischcontact.nl/dezewEEK.



VELDWERK

Acupunctuur?



Eén van de onderdelen van de opleiding tot neuroloog is de stage klinische neurofysiologie

(KNF). Gewend aan een druk arts-assistentenleven met polikliniek, eerste hulp en afdeling is de KNF een grote ommezwaai en ik ervaar dit deel van het vak als weinig spoedeisend. De negentien lijntjes van het elektro-encefalogram (EEG) zijn erg rustgevend en niet altijd even inspirerend. Bij het elektromyografisch onderzoek (EMG) wordt iets meer van de dokter verwacht en is de uitkomst soms verrassend.

Afgelopen week bezocht een patiënte van Poolse afkomst mijn EMG-spreekuur. Zij was door de neuroloog verwezen met de vraag of er sprake was van een ulnaropathie of wellicht een C8-laesie.

De patiënte gaf aan dat ze veel pijn in de schouder had en dat dit uitstraalde naar de arm. Ik gaf uitleg dat we bij het geleidingsonderzoek stroomstootjes zouden geven om de zenuwfunctie te bepalen. Dit deel van het onderzoek liet geen afwijkingen zien. Om C8-pathologie uit te sluiten, wilde ik vervolgens met een dun naaldje in een aantal spieren prikken. Nadat het onderzoek was afgerond, en ik geen afwijkingen had gevonden, sprong patiënte van de onderzoekstafel af en riep enthousiast dat de klachten van de arm helemaal waren verdwenen. Ik keek de laborante aan: we moesten allebei een glimlach onderdrukken. Blijkbaar ervoer de mevrouw dit niet als aanvullend onderzoek, maar als therapie. Had ik zomaar een patiënte beter gemaakt. En zeg nou zelf: zo vaak komt dat niet voor in de neurologie.

Marlies B. Reinders

de arts-assistent



BEELD: SHUTTERSTOCK