



Verschuiving naar voorzorg leidt tot minder kosten

De stijgende zorguitgaven blijven hét hoofdpijndossier in politiek Den Haag, ondanks de meevaller van 1,1 miljard die de Algemene Rekenkamer afgelopen week bekend maakte. Iedereen begrijpt dat de zorguitgaven niet harder kunnen blijven stijgen dan de groei van de economie. Andere publieke functies als onderwijs, sociale zekerheid, en cultuur komen dan teveel in het gedrang. Economen houden ons voor dat een combinatie van doelmatiger werken, verkleining van het basispakket en verhoging van de eigen bijdragen de enige remedie is. Investeren in preventie hoort daar niet bij, omdat dat nu juist de zorguitgaven zou verhogen. In dit essay mengt de NPHF Federatie voor Gezondheid zich in dit debat met de stelling dat investeren in het gezond houden van mensen weldegelijk leidt tot kostenbesparingen. De kostenexplosie moet namelijk vooral worden gezien als gevolg van de afnemende meeropbrengsten van het huidige op nazorg gebaseerde zorgstelsel. Dit terwijl een op voorzorg gestoeld zorgstelsel past bij de gezondheidsuitdagingen van vandaag. Zo'n stelsel levert meer maatschappelijk actieve en vitale burgers op tegen minder kosten.

Vooraanstaande (gezondheid)economen en het CPB zijn duidelijk: investeren in preventie is niet de oplossing voor de stijgende zorgkosten. Sterker nog, het zou zelfs de zorgkosten verhogen.¹ De cynische redenering die hieraan ten grondslag ligt, laat zich het beste uitleggen aan de hand van de zorgkosten die de gemiddelde roker maakt. Rokers krijgen vaak longkanker, sterven na een kort ziekbed en dat is relatief goedkoop voor de maatschappij. Als deze mensen niet zouden roken, leven ze langer, maar sterven dan vervolgens aan een veel duurder ziekte zoals dementie. Dood gaan we immers allemaal. Kortom, hoe meer preventie, des te langer mensen leven, des te hoger de zorgkosten.

Dat preventie het zorgstelsel duurder zou maken, gijzelt het Nederlandse gezondheidszorgbeleid al jaren. Er is geen minister van VWS, noch Tweede Kamerlid, die openlijk de strijd met de economen aan gaat en de juistheid van hun redenering in twijfel durft te trekken. Dit terwijl er sterke argumenten zijn om te verdedigen dat voorkomen nog altijd beter is dan genezen; niet alleen in geval van verkeersongevallen of jeugdwerkloosheid, maar juist ook als het de stijgende zorguitgaven betreft.

Het belangrijkste argument is dat de stijgende zorguitgaven vooral een symptoom zijn van de afnemende meeropbrengsten van het ziekte-per-ziekte denken dat in de huidige gezondheidszorg zit ingebakken. Tot op de dag van vandaag worden de meeste zorgprofessionals opgeleid als specialisten die alles weten van één lichaamsdeel, orgaan, ziekte, risicofactor of behandeling. En met succes. Een orthooped heeft de expertise om een

kapotte knie te repareren zodat een profvoetballer weer kan voetballen. Een cardioloog kan een hartpatiënt dotteren zodat die weer pijnvrij en zonder ademnood kan leven. Enzovoort.

Het resultaat is dat mensen sinds 1950 gemiddeld negen jaar langer leven², maar wel steeds vaker met twee of meerdere chronische ziekten (multimorbiditeit), vaak in combinatie met problemen op andere leefgebieden zoals werk en wonen. Denk aan een weduwe van 60 jaar met diabetes type 2, depressie, overgewicht en hoge bloeddruk. Volgens het RIVM lijden inmiddels zo'n 1,9 miljoen Nederlanders aan multimorbiditeit en groeit dat aantal de komende jaren gestaag verder.³ Ook gaan we een toekomst tegemoet met een forse toename van het aantal ouderen met functioneringsproblemen, zo blijkt uit recente prognoses van TNO over functioneren en chronische aandoeningen in 2030.⁴

De afnemende meeropbrengsten treden op doordat men volhardt in het samenbrengen van de ziektespecifieke deskundigheden in multidisciplinaire teams. Deze oplossing is niet alleen erg kostbaar, maar levert ook steeds minder op. De cijfers liegen er niet om. Een recente studie onder ruim 2,2 miljoen Basken toont bijvoorbeeld aan dat de 500.000 patiënten met multimorbiditeit zo'n 64% van de totale zorguitgaven in Baskenland souperen.⁵ In de VS hebben patiënten met meer dan vier chronische aandoeningen die vallen onder de ouderenverzekering Medicare bijvoorbeeld 99 keer meer kans op een vermijdbare ziekenhuisopname dan patiënten zonder een chronische aandoening.⁶ Kortom, de zorgkosten exploderen omdat het systeem geënt is op de ziekten van gisteren; niet op die van vandaag, laat staan op die van morgen.

De oplossing ligt dan ook in het herijken van het zorgsysteem op de hedendaagse gezondheidsproblematiek.⁷ Het complexe karakter daarvan vraagt om zorgprofessionals die de verschillende aandoeningen en beperkingen in hun grotere verband kunnen zien en daarop proactief kunnen interveniëren. Dit betekent niet nog méér specialisten, maar juist minder. Niet nog méér focus op ziektezorg, maar op het gezond houden en functioneren van mensen, en hun gezondheidsproblemen zolang mogelijk uitstellen. Deze verschuiving wordt ook wel geduid met de transitie van nazorg naar voorzorg.

Meer voorzorg impliceert dat de bestaande zorgcapaciteit anders wordt ingezet. Zorgprofessionals gaan méér preventief en meer integraal werken, en activeren patiënten om zelf letterlijk in beweging te komen en veerkrachtiger te zijn om zodoende de neerwaartse spiraal van opeenvolgende gezondheidsproblemen te doorbreken. Het beoogde effect is dat de patiënt in de 21^e eeuw niet meer langs een keur aan specialisten moet en dat er proactief wordt gewerkt zodat mensen niet afglijden. En dat is goed voor onze portemonnee.

In de economische rekenmodellen is preventie in de betekenis van voorzorg niet meegenomen. Die houden er dus geen rekening mee dat voorzorgen een andere kostenstructuur met zich meebrengt. In feite zijn de kostendata uit het verleden daarvoor ook ongeschikt. Die zijn gegenereerd in het 'oude' zorgstelsel. Kortom, de economische rekenmodellen corrigeren niet voor de kostenbesparingen die door integraal werkende professionals kunnen worden bereikt. De veronderstelling is dat deze straks de expertise hebben om in hun eentje patiënten met meervoudige problemen te helpen in tegenstelling tot het tental professionals dat nu *-by design-* in actie moet komen.

Ook leiden onze voorstellen tot gemiddeld minder zorgkosten per levensjaar omdat ze over een langer leven worden uitgesmeerd. Volgens economen maken mensen de meeste zorgkosten in de laatste twee jaar van hun leven. Wanneer ze meer gezonde levensjaren hebben, maken ze gemiddeld over hun hele leven genomen dus minder zorgkosten. Dit effect

is gunstig voor de overheidsfinanciën, zeker wanneer de levensverwachting gekoppeld wordt aan (het navenant opschuiven van) de pensioengerechtigde leeftijd. Mensen kunnen dan langer actief blijven in het arbeidsproces en in de maatschappij participeren.

Tot slot is een investering in voorzorgen kostenbesparend omdat het gestoeld is op andere maatschappelijke waarden. In de beweging zit namelijk opgesloten dat de politiek en maatschappij kiezen voor een uit collectieve middelen gefinancierde gezonde start –de kennis en kunde inzetten om jonge generaties te helpen gezond te blijven– in plaats van de focus op het verlengen van de laatste levensfase door ingrepen en behandelingen.

De voorgestelde verschuiving, zowel in waarden als in de organisatie van professionele expertise, zal een andere kostenstructuur genereren. De stelling dat méér zorg tot minder zorgkosten leidt, is dus op basis van die alternatieve kostenstructuur wel degelijk te verdedigen. Maar niet op basis van het extrapoleren van de kosten gemaakt binnen het huidige gezondheidszorgsysteem en bijbehorende kostenstructuur. Als maatschappij kunnen we óók ervoor kiezen om de kosten ergens anders te gaan maken om gezondheid te 'produceren', en dat levert op termijn écht kostenbesparingen op. En precies dat is de essentie van de door ons bepleite transitie van nazorg naar zorg.

Door de NPHF Federatie voor Gezondheid. Thomas Plochg, Jolanda Keijsers, Ien van de Goor en Hans Baaijens. Een ingekorte versie van dit essay is gepubliceerd in het Financieel Dagblad van zaterdag 14 juni 2014.

Literatuurverwijzingen

1. van Baal P, Polder JJ, Hoogenveen RT, Engelfriet PM, Boshuizen HC, Feenstra TL, de Wit GA, Brouwer WBF. Prevention no cure for rising expenditures: Lifetime medical costs of obesity. *PLoS Medicine* 2008; 5(2): e29 (0242-0249).
2. van Ewijk C, Besseling PJ, van der Horst A. Toekomst voor de Zorg, Centraal Planbureau, Den Haag, 2013.
3. Gijssen R et al. Chronische ziekten en multimorbiditeit samengevat. In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Nationaal Kompas Volksgezondheid\Gezondheidstoestand\Ziekten en aandoeningen\Chronische ziekten en multimorbiditeit, 14 november 2013.
4. Welke zorg is nodig in 2030? Prognoses over functioneren en chronische aandoeningen. Factsheets Indicatie zorgvraag Friesland, Amsterdam, Amstelveen. Leiden: TNO, 2014
5. Orueta JF, García-Álvarez A, García-Goñi M, Paolucci F, Nuño-Solinís R. Prevalence and Costs of Multimorbidity by Deprivation Levels in the Basque Country: A Population Based Study Using Health Administrative Databases. *PLOS One* 2014;9(2): e89787.
6. Anderson G. The latest disease burden challenge: people with multiple chronic conditions. In: *OECD Health Reform: Meeting the challenge of ageing and multiple morbidities*. Ch 1. Parijs: OECD Publishing; 2011. p. 15-35.
7. Plochg T. Reconfiguring health professionalism towards addressing multimorbidity. *Eurohealth* 2013;19(2):24-27.