

Abstracts mondelinge presentaties

European Forum For Primary Care (EFPC): wat zit er in voor Nederland?

D. Aarendonk

European Forum for Primary Care, Den Haag

E-mail: D.Aarendonk@vilans.nl

De gezondheidszorgsystemen in de landen van Europa vertonen onderling grote verschillen. Maar allemaal staan ze onder druk door overeenkomstige ontwikkelingen en in alle Europese landen zijn hervormingen gaande, gericht op het realiseren van een gezondheidszorg die tegen deze ontwikkeling is opgewassen.

Eén van de aspecten waarin op dit moment de zorgsystemen van de lidstaten van de Europese landen aanmerkelijk verschillen, is de inrichting van de eerstelijnsgezondheidszorg. Verschillen vragen om een nadere vergelijking en het blijkt ook zeker nuttig om eens over de grens te kijken.

Dat een sterke eerste lijnszorg in de landen van Europa geen vanzelfsprekendheid is – ook niet in Nederland – blijkt uit de veel voorkomende pogingen om ten tijde van hervormingen van de gezondheidszorg een aantal basisprincipes van de eerste lijn – zoals die van general practice, poortwachter, directe toegankelijkheid – te negeren, negatief te kwalificeren of af te schaffen. Daarnaast ontwikkelt de EU beleid en verstrekt de EU subsidies die het landschap van de gezondheidszorg en de Public Health beïnvloeden.

Het forum zal de basis voorwaarden van een sterke eerste lijn presenteren, bezien vanuit een Europees perspectief en aan de hand van de aanbevelingen die zij gedaan heeft in de Position Papers op de subthemas Diabetes zorg, Zelfzorg en Geestelijke Gezondheidszorg.

Kosten en effecten van vier neonatale screeningstrategieën voor cystische fibrose

M.E. van den Akker,¹ P.H. Verkerk,² J.E. Dankert-Roelse²

¹TNO Kwaliteit van Leven, Leiden

²Atrium Medisch Centrum, Heerlen

E-mail: elske.vandenakker@tno.nl

Per 1 januari 2007 is de hielprikscreening bij pasgeborenen in Nederland uitgebreid. Screening op cystische fibrose (taaislijmziekte) maakt echter nog geen onderdeel uit van het vernieuwde hielprikprogramma. In een economische evaluatie zijn de kosten en effecten van 4 neonatale screeningstrategieën voor cystische fibrose (CF) onderzocht. In iedere strategie is de bepaling van immunoreactief trypsinogeen (IRT) in bloed dat door een hielprik is verkregen de eerste stap. De tweede stap bestaat uit een tweede IRT test (strategie 1) of een DNA onderzoek (strategie 2). In strategie 3 en 4, is er nog een derde stap toegevoegd aan strategie 2: een tweede IRT test (strategie 3) of een uitgebreide DNA analyse, een zgn. DGGE analyse (strategie 4).

Op basis van gepubliceerde gegevens en informatie van experts zijn met behulp van een rekenmodel de kosten en effecten van neonatale screening op CF voor een hypothetisch cohort van 200.000 kinderen, bij benadering het aantal kinderen dat jaarlijks geboren wordt in Nederland, bepaald. Ook de kosten en effecten van veranderingen in reproductieve keuzen van ouders ten gevolge van neonatale screening op CF zijn bepaald.

IRT+IRT (strategie 1) resulteert in de meest gunstige kosten-effectiviteitsratio van €24.800 per gewonnen levensjaar. IRT+D-

NA+DGGE (strategie 4) heeft een hogere effectiviteit dan IRT+DNA+IRT (strategie 3) tegen lagere kosten. De incrementele kosten per gewonnen levensjaar van de IRT+DNA+DGGE strategie vergeleken met de IRT+IRT strategie zijn €130.700, terwijl de incrementele kosten van de IRT+DNA strategie vergeleken met de IRT+DNA+DGGE strategie €2.154.300 zijn. Als ook de veranderingen in reproductieve keuzen van ouders worden betrokken in de analyse, blijkt dat neonatale screening op CF kan leiden tot financiële besparingen van ongeveer €1,8 miljoen per jaar, afhankelijk van de gekozen screeningsstrategie.

Neonatale screening op CF is vanuit een economisch gezichtspunt een goede optie, daarnaast worden ook positieve effecten op de gezondheid verwacht. Nader onderzoek naar deze screening, onder andere naar de testeigenschappen, wordt aanbevolen.

Gezonde leefstijl geen remedie voor stijgende zorgkosten

P.H.M. van Baal, J.J. Polder, R.T. Hoogenveen, G.A. de Wit

RIVM, Bilthoven

E-mail: pieter.van.baal@rivm.nl

Regelmatig wordt de roep om gezond gedrag te bevorderen kracht bijgezet door te wijzen op de zorgkosten die door ongezond gedrag worden veroorzaakt.

Onderzoeken a) welk deel van de zorgkosten kan worden toegewezen aan roken en overgewicht, b) wat de invloed is van roken en overgewicht op toekomstige zorgkosten en c) wat de invloed is van trends in roken en overgewicht op ontwikkelingen in zorgkosten.

Met behulp van het RIVM Chronische Ziekten Model (CZM) en data van de Kosten van Ziekten 2003 studie is geschat welk deel van de kosten in 2003 toewijsbaar is aan de risicofactoren roken en overgewicht. Vervolgens is geschat hoe de zorgkosten zich vanaf nu zouden ontwikkelen als roken en overgewicht hypothetisch worden uitgebannen. Tenslotte is de invloed van trends in roken en overgewicht op zorgkosten geschat en afgezet tegen de invloed van demografische ontwikkelingen op zorgkosten.

In 2003 is 3,7% van de zorgkosten toewijsbaar aan roken en 2,0% aan overgewicht. Echter, als roken en overgewicht hypothetisch worden uitgebannen stijgen de zorgkosten op lange termijn vanwege een stijging in de levensverwachting. Demografische ontwikkelingen zorgen er voor dat de zorgkosten jaarlijks met bijna 1% stijgen. Trends in roken en overgewicht verhogen de jaarlijkse groei van de zorgkosten met maximaal 0,06%.

Slechts een klein percentage van de zorgkosten in 2003 is toewijsbaar aan ongezond gedrag en op langere termijn leidt gezond gedrag tot een stijging in de zorgkosten. Echter, in vergelijking met demografische ontwikkelingen is de invloed van gezond gedrag op zorgkosten klein. Gezond gedrag mag dan belangrijk zijn in termen van gezondheidswinst, de zorgkosten zullen stijgen, wat er ook gebeurt, gezond of ongezond gedrag heeft daar weinig invloed op. Preventiebeleid kan niet worden onderbouwd met een beroep op zorgkosten veroorzaakt door ongezond gedrag.