

Ambitieuze investeringen in onderzoek naar preventie van ziektes leveren meer gezonde levensjaren en een hogere arbeidsparticipatie op. Dat blijkt uit onderzoek van gezondheidseconoom Marc Pomp in opdracht van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) naar de maatschappelijke en economische baten van preventie. Het UMCG investeert sinds 2006 in baanbrekend onderzoek op het gebied van healthy ageing. Hierbij wordt samengewerkt met kennisinstellingen, overheden en bedrijven in het Healthy Ageing Network Northern Netherlands (HANNN).

**De Autoriteit** | Loek Kusiak

**Gezondheidseconoom Marc Pomp over investeren in preventie:**

# 'Gezondheidswinst en niet kostenbeheersing moet voorop staan'

## **Wat is healthy ageing?**

Kortweg gezegd: gezond en actief ouder worden. Door verandering van leefstijl en vooruitgang in de geneeskunde stijgt de levensverwachting. In 2050 worden vrouwen gemiddeld 87 jaar, tegenover 83 nu. Mannen worden nu gemiddeld 79 jaar, maar in 2050 83 à 84 jaar. Met het ouder worden, komen onherroepelijk ook de gebreken. Een groter deel van ons latere leven brengen we door in slechte gezondheid. Van healthy ageing is pas sprake als we ook meer jaren in goede gezondheid kunnen leven en werken. Er is dus gezondheidswinst te boeken als we het toenemend aantal jaren waarin we met een chronische ziekte leven kunnen uitstellen. Healthy ageing levert beduidende maatschappelijke en economische baten op. Maar dan moet er wel ambitieus geïnvesteerd worden in preventie, van fundamenteel onderzoek tot specifieke klinische experimenten.

## **Welke vormen van preventie in de drie scenario's die u heeft doorgerekend, kunnen we onderscheiden?**

Primaire preventie is gericht op het voorkomen van ziekte bij gezonde mensen door niet roken, geen of matig alcoholgebruik, regelmatig bewegen, gezondere voeding, vaccinatie. Primaire preventie vermindert het risico op diabetes en obesitas, maar over succesvolle interventies van primaire en secundaire preventie weten we nog erg weinig. Voorlichting alléén helpt niet, dat weten we wel. Secundaire preventie gaat over het vroegtijdig opsporen en behandelen van ziekten en afwijkingen, vooral bij mensen die een verhoogd risico lopen of een bepaalde genetische

aanleg hebben. Tertiaire preventie leidt niet tot verandering in sterftetekansen, maar probeert de last van meerdere chronische ziekten te verminderen. Een goede afstemming van behandelingen maakt veel verschil in levenskwaliteit. Met ondersteuning als e-health en domotica kunnen veel ouderen die nu nog intensieve zorg nodig hebben zelfredzaam en zelfstandig blijven.

## **U concludeert dat de maatschappelijke baten van investeringen in kennis over healthy ageing positief zijn. Om welke baten gaat het?**

Langere levensverwachting, betere kwaliteit van leven, meer mensen die langer blijven doorwerken. We weten ook dat de kiem voor gezondheid al in de kinderjaren wordt gelegd, soms zelfs in de baarmoeder. Preventie in de jeugd-jaren leidt tot betere schoolprestaties, gezonde leefgewoonten, lagere kosten voor jeugdzorg en speciaal onderwijs en minder overlast door jeugdcriminaliteit. Vroege interventies bij kinderen en jongeren met fysieke en psychosociale problemen zorgen voor een levensverlenging van één tot anderhalf jaar. Zonder interventies bedraagt het gezondheidsverlies volgens experts een derde tot de helft van elk levensjaar dat de problemen aanhouden.

## **Extra levensjaren drukt u uit in QALY's, ofwel 'quality adjusted life years'. Een extra levensjaar zou 20.000 euro waard zijn. Waar komt dat bedrag vandaan?**

Dat is gefundeerd op een vergelijking tussen beroepen met een risico op voortijdig overlijden en niet-riskante beroe-



## CV Marc Pomp

Marc Pomp (1963) studeerde economie en promoveerde in 1992 aan de VU in Amsterdam. Bij het Centraal Planbureau (CPB) leidde hij als hoofd van de afdeling Regulering & Marktwerking de productie van het invloedrijke rapport 'Zorg voor concurrentie', dat invoering van het nieuwe zorgstelsel aanbeveelt. Pomp is sinds 2008 zelfstandig onderzoeker gezondheidseconomie. Hij heeft studies verricht voor verschillende ministeries, de NZa, de NVZ en de RVZ. In 2010 verscheen zijn boek 'Een beter Nederland: De gouden eieren van de gezondheidszorg'.

pen. De persoon met het risicovolle beroep, zoals een piloot of brandweerman, wordt voor het risico gecompenseerd met een hoger salaris, bij wijze van risicopremie. De 20.000 euro waarmee ik reken is nog een behoudend bedrag, want internationaal is 100.000 dollar de norm. Uitgaande van die 20.000 euro is een behandeling van 15.000 euro die jouw leven met een jaar kan verlengen prima te rechtvaardigen. In die zin is de prijs van een risico een richtlijn voor beleid, voor het invullen van een basispakket aan zorg.

### **Hoe ziet de toekomst eruit als aan het gebied van healthy ageing geen nieuwe kennis wordt toegevoegd?**

Verlies aan gezondheid en arbeidsproductiviteit, omdat mensen door ziekte uitvallen, zorgen voor kostenposten. Die worden niet alleen door het individu, maar deels ook door de samenleving als geheel gedragen. Vandaar de term maatschappelijke kosten. In een unhealthy ageing-scenario, dat in mijn onderzoek het basisscenario is, stijgt de ziektelast met éénderde. Ziektelast druk je uit in verloren levensjaren. In 2020 zijn er daardoor 300.000 mensen minder op de arbeidsmarkt. Wanneer we alles optellen en uitdrukken in euro's, dan stijgen de kosten van unhealthy ageing tussen 2010 en 2050 tot bijna 40 procent van het BBP. Dat is de totale geldwaarde van alle goederen en diensten die in een bepaalde periode zijn geproduceerd. Zonder serieuze investeringen in preventie worden de maatschappelijke kosten van ongezond ouder worden zo hoog, dat de recente financiële crisis er bij in het niet valt.

### **Welk totaalbeeld levert healthy ageing op door het combineren van de drie scenario's voor preventie?**

Lagere sterftekansen, een daling van 20 procent vanaf 2020. De drie vormen van preventie versterken elkaar voor-

al bij de aanpak van hart- en vaatziekten en diabetes. Healthy ageing leidt dan tot een toename van de levensverwachting met ruim anderhalf tot drie jaar. Maar dan moet het onderzoek wel succesvol zijn. Zelfs wanneer onderzoek naar healthy ageing slechts beperkt vruchten afwerpt, draagt de contante waarde van kennis over healthy ageing altijd nog tientallen miljarden euro's. Een belangrijk, nog niet eerder vastgesteld effect van gezondheidswinst door preventie, is een hogere arbeidsparticipatie.

### **Hoe ziet dat effect er uit?**

Als meer mensen van 50 jaar en ouder tot aan hun pensioen gezond kunnen doorwerken, zorgt dat voor een hogere productiviteit, minder ziekteverzuim en een lager beroep op uitkeringen. Door te investeren in healthy ageing-onderzoek kan de arbeidsdeelname in 2050 toenemen met 150.000 mensen. Uitgaande van een modaal inkomen dat deze mensen verdienen, kom je uit op een bedrag aan 4,5 miljard euro. De overheid hoeft minder uit te geven aan sociale zekerheid en kan over het verdiende inkomen ook nog belastinggeld innen.

De voordelen van verhoogde arbeidsparticipatie moeten veel prominenter aan bod komen in discussies over stijgende zorguitgaven. De budgettaire kaders in de zorg veroorzaken een hokjesgeest in het beleid. Hierdoor blijven zorginvesteringen die een evident maatschappelijk effect opleveren achterwege. De winst op de lange termijn legt het hier af tegen de politieke wenselijkheid op korte termijn, zoals zorgkosten beheersen.

### **Kunnen de uitgaven voor de zorg door healthy ageing beheersbaar worden?**

Wie alleen de zorgkosten wil verlagen, moet volgens veel experts niet in preventie investeren. De redenering hierbij

is dat in de extra levensjaren die je met preventie wint ook zorgkosten worden gemaakt. Je kunt redeneren, zoals het RIVM doet in zijn onderzoek uit 2006 naar het effect van preventie op zorguitgaven, dat mensen die aan longkanker sterven minder vaak in een verpleeghuis komen. Ze gaan eerder dood, dus dat spaart zorgkosten. Op zichzelf juist. De kanttekening daarbij is dat het RIVM-onderzoek en andere, soortgelijke onderzoeken zich beperken tot primaire preventie en uitgaan van de huidige stand van de medische kennis. Progressie wordt buiten beschouwing gelaten, wat een statische benadering is.

Mijn uitgangspunt is dat we voor het uitbannen van sterfte aan longkanker, of andere ziekten, veel onderzoek verrichten en daarin ook doorbraken zullen bereiken. Door vroegdiagnostiek kan de longkankerpatiënt straks een chronische patiënt worden. Vaak heeft deze patiënt nog extra aandoeningen, maar met de laatste therapieën of geneesmiddelen zou hij best oud kunnen worden. Roken leidt dan niet meer tot lagere maar juist tot hogere zorguitgaven.

#### **Dus als nieuwe technologie voor longkanker uitblijft, leidt preventie tot hogere zorgkosten?**

Inderdaad. Dat heeft te maken met de samenstelling van de zorguitgaven. De twintig belangrijkste aandoeningen, waaronder kanker, hart- en vaatziekten, diabetes en Alzheimer, zorgen voor éénderde van alle zorguitgaven. Tweederde van de uitgaven, de grootste hap dus, gaat naar de categorie 'overige aandoeningen'. Dat zijn tientallen kleine aandoeningen, vaak niet eens direct aan een ziekte gekoppeld en die meestal bij de hogere leeftijden voorkomen. Ook al slaag je erin om het volume aan grote aandoeningen terug te dringen, dan nog neem je in je zorguitgaven de last van al die kleine aandoeningen met je mee. Hierdoor leidt verlenging van de levensverwachting steevast tot hoge kosten in gewonnen levensjaren. Ook een recente studie van de OESO naar de baten van preventie is pessimistisch over de effecten van preventie op de zorguitgaven. Wanneer je ook voor al die kleinere aandoeningen een oplossing vindt, en ook daar is bestaand onderzoek op gericht, zullen de zorguitgaven tot 2050 met enkele procenten minder stijgen.

#### **Moet het bevorderen van healthy ageing een overheidstaak zijn?**

Als veel winst te behalen is door keuzes in de zorg te baseren op maatschappelijk rendement, dan is meer onderzoeksinzet op preventie bij uitstek een overheidstaak. Burgers gaan niet uit zichzelf betalen voor medisch onderzoek. Dat geldt moet, naast de private fondsen die er al zijn, uit de overheidsbegroting komen.

Mensen weten wel dat roken en veel drinken ongezond zijn. Velen willen ermee stoppen, maar het lukt maar weinig. Hoe je roken of drinken effectief en zonder betutteling kunt ontmoedigen, is een issue waar de overheid stevig beleid op moet voeren. De aandacht richten op ou-

ders van opgroeiende kinderen moet daar zeker onderdeel van zijn. Roken kost gemiddeld per Nederlander twee jaar levensverwachting. Voor de roker zelf is dat liefst zes à zeven jaar. Preventie van roken is al bij een kleine groep zeer kosteneffectief. De politicus die verdedigt dat hulp bij stoppen met roken best uit het basispakket van de zorgverzekeraar kan omdat er geen collectief belang mee gemoeid is, verkondigt onzin. Of netter gezegd: het is een doorgeschoten liberaal standpunt.

#### **Moet je leefgedrag dat de gezondheid schaadt wel of niet bestraffen?**

Ik ben geen aanhanger van schuld-en-boete-beleid in de zorg. Dat zou zelfs kunnen doorschieten naar het onthouden van zorg. Iemands gezondheidsprobleem kan ook genetisch bepaald zijn. Moeten werkgevers hun medewerkers verantwoordelijk maken voor het voorkomen van overgewicht? Nee, gaat niet lukken, tenzij het overgewicht aantoonbaar het uitoefenen van je functie schaadt. Maar de werkgever kan wel de vette snacks uit de kantine verbannen en het pauzeroken voor de bedrijfspoot verbieden. Verhoging van de eigen bijdrage voor de ziektekostenverzekering om gezond gedrag te bevorderen? Een ongedifferentieerd instrument. Mensen zullen dan niet alleen op onzinnige zorg maar ook op zinnige zorg beknibbelen. Ik ben vooral voor prikkels in ons zorgsysteem die voor de individuele burger een positief resultaat voor zijn gezondheid opleveren.

#### **Prikkels?**

Denk daarbij aan een bonus voor een gedragsverandering die de gezondheid ten goede komt. In Amerika noemen ze dit systeem pay for performance. De bonus, even naar Nederland geredeneerd, kan van ziektekostenverzekeraar komen of de overheid. De overheid moet verantwoordelijk willen zijn voor het stimuleren van gezond, verantwoordelijk leefgedrag van zijn burgers. Wat mij zeer aanspreekt is 'libertair paternalisme'. Geen dwang, maar proberen om mensen met een duwtje in de rug, een financiële beloning bijvoorbeeld, te verleiden tot een andere leefstijl.

#### **Bij wie moeten we beginnen?**

Bijvoorbeeld bij zwangere vrouwen die roken. De baby's van deze vrouwen hebben een risico op een laag geboortegewicht. Daar kan het kind later allerlei aandoeningen van krijgen. Ik adviseer: stel zwangere vrouwen die met roken stoppen een bonus in het vooruitzicht. Met urineonderzoek is te controleren of ze ook werkelijk gestopt zijn. Voor stoppen met roken bij zwangerschappen is, behalve dat de verloskundige er wat over zegt, nog erg weinig aandacht. De overheid moet dat met een effectief preventieprogramma veel actiever promoten. Laat ook de huisarts er een rol in spelen en bevorder dat de regionale GGD meer zichtbaar is voor jongeren. Maar maak als overheid eerst de ideologische omslag door te erkennen dat de zorg niet alleen een kostenpost is. |