

In de Dordognevallei zitten twee stenentijdperkers zuchtend naast elkaar. Ze staren wat voor zich uit terwijl ze zich afvragen: 'onze lucht is zuiver, alles wat we eten is perfect natuurlijk en we moeten heel veel bewegen om ons voedsel bijeen te harken... en toch worden we nauwelijks dertig jaar oud'.

Over de prijs van uw gezondheid

Marc Lemiengre,
Vakgroep Huisarts-
geneeskunde en
Eerstelijnsgezond-
heidszorg, UCent

Tekst onder de ver-
antwoordelijkheid
van de Nederlands-
talige redactie

Professor Lieven Annemans, gezondheidseconoom, laat in een pamflet 'De prijs van uw gezondheid, is onze gezondheidszorg in gevaar?'¹ zijn licht schijnen op de Belgische gezondheidszorg. Perfect Hegeliaans geprecipieerd heeft hij het eerst over de goede kanten, vervolgens over de eerder kwalijke kanten aan ons systeem, om daarna een herstelplan voor te stellen dat berust op tien pijlers. Naast Hegel was blijkbaar ook Mozes één van zijn inspiratiebronnen. Het boek heeft zeker de verdienste dat het de complexiteit van de economische wetmatigheden in de gezondheidszorg op een zeer toegankelijke manier ontsluit. Zoals je kunt raden is de titel van pijler vier: 'Veel meer geld inzetten voor preventie'. Eerst neemt hij een beetje gas terug door te zeggen dat systematische screening niet altijd even kostenbesparend en soms zeer belastend is voor de patiënt, om daarna zonder enige wetenschappelijke terughoudendheid het GMD+ te promoten. Dit instrument is een combinatie van ziektegerichte screening en het bevragen van een aantal gezondheidsrisico's, al dan niet gecombineerd met een interventie, bij een brede groep 'gezonde' patiënten.

Wetenschappelijk bewijs is een methodologische uitdaging

Wanneer je regelmatig Minerva leest, weet je dat we nauwelijks kosteneffectiviteitsstudies bespreken. De belangrijkste reden hiervoor is dat de meeste studies zijn uitgevoerd binnen een gezondheidszorgsysteem dat niet vergelijkbaar is met de Belgische context, waardoor de extrapoleerbaarheid van deze studies beperkt is. Ze focussen ook meestal op één bepaalde aandoening (lagerugpijn, diabetes mellitus type 2) en de uitkomstmaten zijn meestal secundair (preventie van ziekte).

Gezonde lucht, onbespoten en genetisch niet gemanipuleerd voedsel, samen met voldoende bewegen zijn lange tijd buiten de focus van de volksgezondheid gebleven. De relatie tussen leefstijl en ziekte is meestal gebaseerd op retrospectief cohortonderzoek, wat blootstaat aan allerlei vormen van vertekening. Een correlatie is bovendien geen bewijs voor causaliteit. Experimenteel onderzoek in deze context is echter quasi onuitvoerbaar. Hoe kan je op een gerandomiseerde manier twee groepen samenstellen waarbij de ene groep persoonlijke begeleiding krijgt om gezond te eten, voldoende te bewegen, niet te roken of te drinken en veilig te vrijen terwijl de andere groep juist wel doet wat de anderen niet mogen. Verschillen in klinische eindpunten zou men ook pas merken na jarenlange opvolging.

Is beweging promoten kosteneffectief?

De studie van Garrett et al. brengt de informatie samen van experimenteel onderzoek waarbij men zich expliciet afvraagt of interventies om beweging te promoten kos-

teneffectief zijn². Interessant in dit literatuuroverzicht is dat 8 RCT's personen includeerden die sedentair waren terwijl men in 5 andere studies (zoals meestal) personen includeerde met een aandoening (diabetes mellitus type 2, knieartrose, lage rugpijn). De opvolgingsduur van de studies varieerde van 6 tot 24 maanden, waardoor we dus alleen een schatting kunnen maken van de kosteneffectiviteit. Vier studies lieten toe de prijs te berekenen om een persoon van 'inactief' naar 'actief' te krijgen. De kostprijs varieerde van 331 tot 3673 euro en de kosteneffectiviteit van 311 tot 86877 euro per QALY. Deze spreiding was afhankelijk van de intensiteit en het al dan niet inzetten van personeel voor de interventie. Is dit duur? NICE hanteert als drempelwaarde voor een QALY een bedrag dat varieert van 24300 tot 36500 euro³. Volgens Annemans is het begrip QALY echter zeer sterk bepaald door de verworven welvaart binnen een regio. Voor de EU zou dit ongeveer 40000 euro zijn, wat zeker het perspectief verandert voor cijfermateriaal afkomstig uit studies die inzetten op meer fysieke activiteit als gezondheidspreventie. Als we weten dat de kost per QALY voor cholesterolcontrole bij diabetespatiënten 58882 euro bedraagt⁴, blijkt investeren in meer beweging dan toch kosteneffectief te zijn, ook al moet men bij de berekening uitgaan van heel wat vooronderstellingen.

Armoede is de muur die we best als eerste objectief kiezen

Binnen de EU kunnen jaarlijks 700000 overlijdens en 33000000 ziekten verklaard worden door armoede en ongelijkheid in de toegankelijkheid van de zorg⁵. Wanneer we prioriteiten vastleggen om leefstijlinterventies te promoten, zal het inzetten tegen armoede en sociale uitsluiting wellicht op de eerste plaats moeten komen. Daarna pas kunnen we voor deze bevolkingsgroep denken aan rookstop, gezonde voeding en meer bewegen. In een situatie van overleven kan men immers niet investeren in een gezonde toekomst.

Referenties

1. Annemans L. De prijs van uw gezondheid. Lannoo Campus, Tiel 2014.
2. Garrett S, Elley CR, Rose SB, et al. Are physical activity interventions in primary care and the community cost-effective? A systematic review of the evidence. Br J Gen Pract 2011;61:e125-33.
3. National Institute for Health and Care Excellence. Guide to the methods of technology appraisal. London: National Institute for Health and Clinical Excellence, 2008.
4. Zhang P, Engelgau MM, Norris SL, et al. Application of economic analysis to diabetes and diabetes care. Ann Intern Med 2004;140:972-77.
5. Mackenbach JP. Economic costs of health inequalities in the European Union. J Epidemiol Community Health 2011;65:412-19.