



Beperkte middelen- pijnlijke keuze

Prof Diana De Graeve

Departement algemene economie en centrum
sociaal beleid – Universiteit Antwerpen

6 april 2012

Inwooncursus chronische zorg



1. Chronische aandoeningen
 1. Belang in termen van morbiditeit en mortaliteit
 2. Micro- en Macro-economische impact

2. Betaalbaar voor de patiënt
 1. Sociale Beschermingsmechanismen
 2. Uitgaven van de patiënt

3. Organisatie en financiering chronische zorg



1.1. Morbiditeit en mortaliteit van chronische aandoeningen

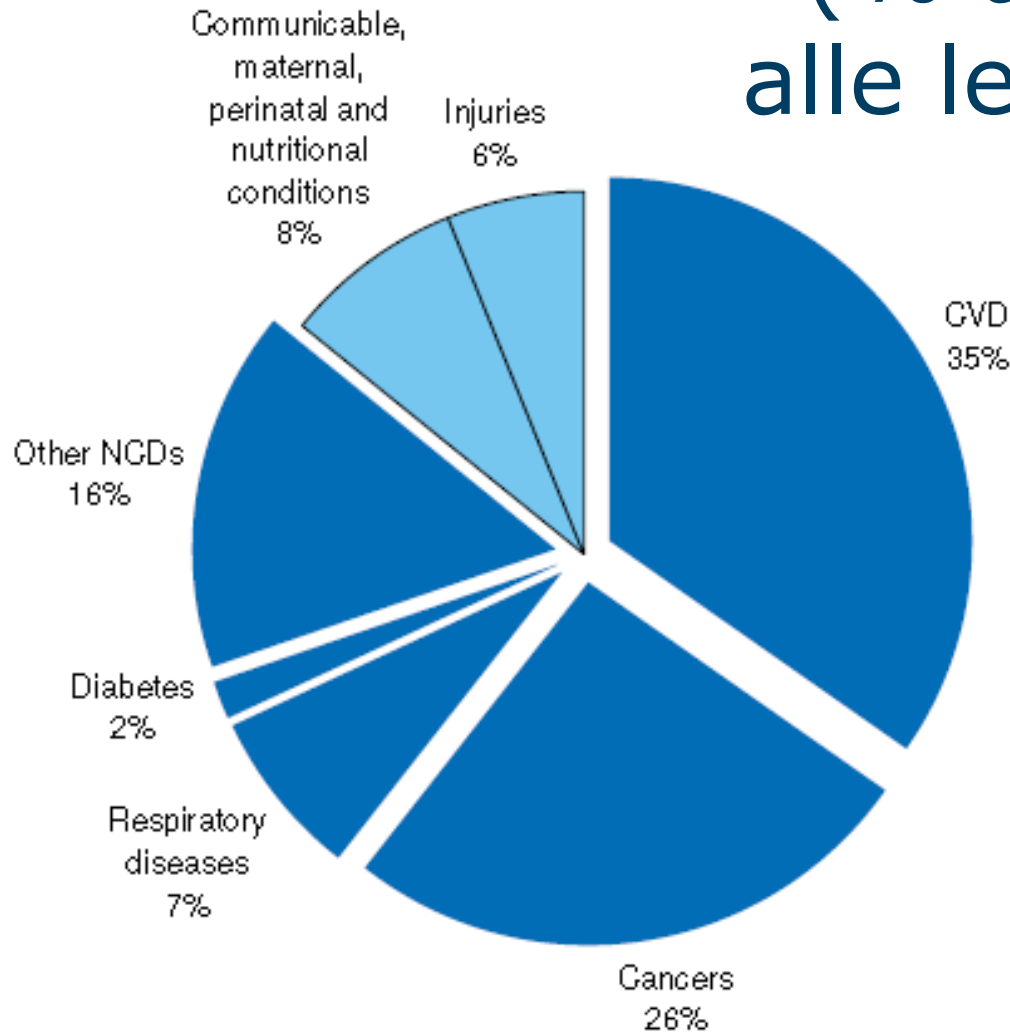


Ziektelast en overlijdens in WHO Europese regio, 2005

	Ziektelast		Overlijdens	
	DALYS (miljoen)	Aandeel %	Aantal	Aandeel %
Cardiovasculaire ziekten	34,4	23	5,1	53
Kanker	17,0	11	1,9	19
Respiratoire ziekten	6,8	5	0,4	4
Diabetes	2,3	2	0,2	2
Andere chronische ziekten	54,8	36	0,7	8
Alle chronische ziekten	115,3	77	8,2	86
Alle oorzaken	150,3	100	9,6	100



Doodsoorzaken België (% alle overlijdens, alle leeftijden, 2008)

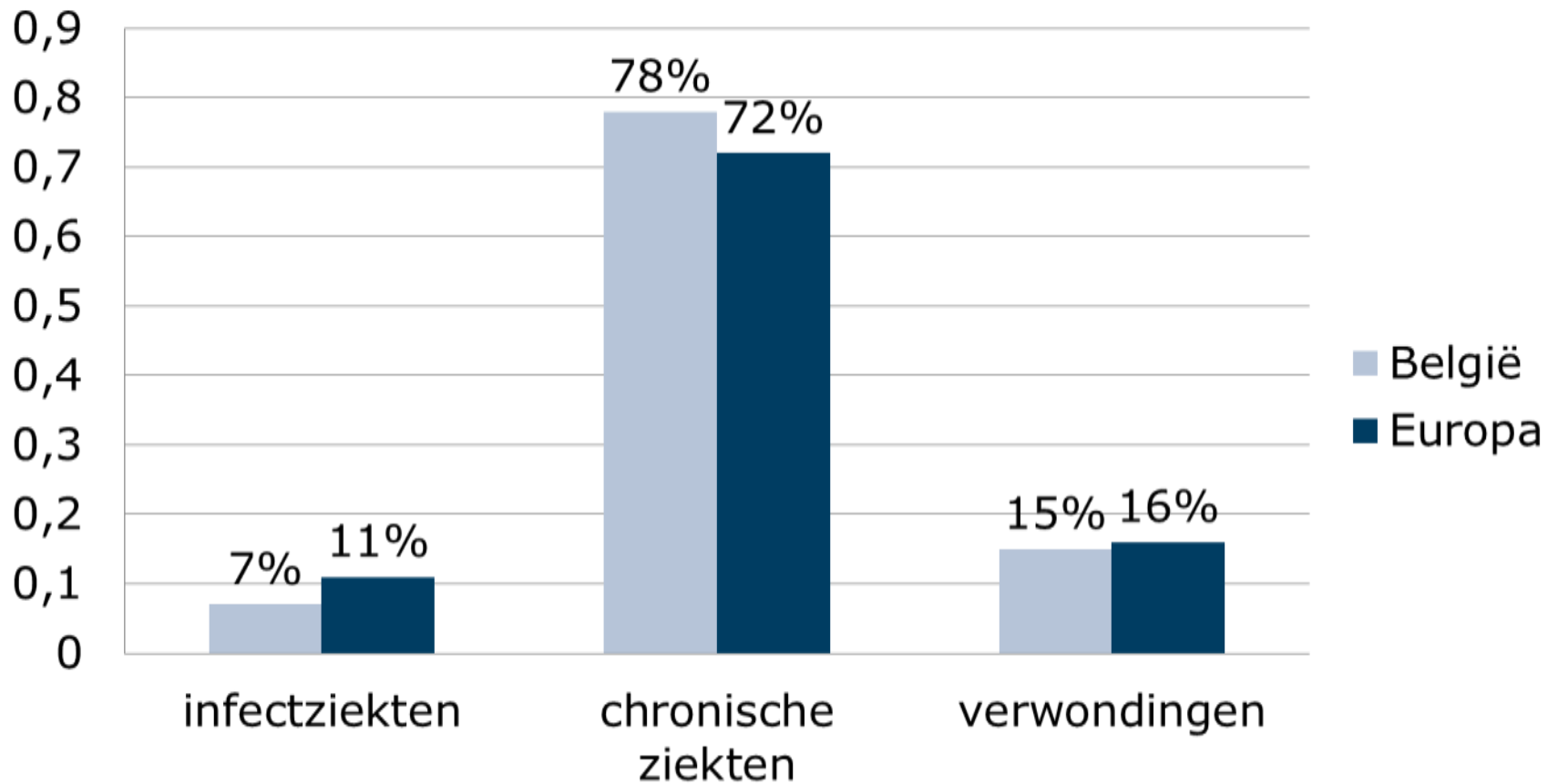


86% van alle overlijdens veroorzaakt door chronische ziekten

Bron: WHO, NCD Country profiles, 2011



Verloren levensjaren volgens oorzaak (% aandelen)





1.2. Micro- en macro-economische gevolgen van chronische aandoeningen



Micro-economische impact

- Chronische ziekten hebben een negatieve impact op lonen, inkomen, arbeidsmarktparticipatie en aantal werkuren
- Chronische aandoeningen leiden tot vervroegde pensionering en invaliditeit
- Maar methodologisch niet eenvoudig te schatten
 - Omgekeerde causaliteit
 - Bias bij zelf-gewaardeerde gezondheid
 - Niet-observeerbare andere factoren (tijdsvoorkeur)



Impact op inkomen: enkele voorbeelden

Land/data	Auteur(s)	resultaat
14 Europese landen, ECHP 1994-2001	Gambin, 2005	Associatie tussen gezondheid en lonen; causaliteit van loon naar gezondheid
Duitsland, Gsoep, 1995-2005	Jäckle, 2007	10% [↑] tevredenheid gezondheid doet uurloon stijgen (vrouwen 0,14-0,47% mannen 0,09-0,88%)
Duitsland, Gsoep, 1984-2001	Lechner & Vazquez-Alvarez, 2004	Inkomensverschillen tussen niet-gehandicapten, enkelv. gehand. en meerv. Gehand. is 16% en 20%
Canada, 1983-1990	Kraut et al. 2001	Lonen dalen met 28% door diabetes
Finland, 1994	Sarlio-Lahteenkorva & Lahelma 1999	Kans op laag individueel inkomen stijgt met 1,6 keer



Impact op arbeidsparticipatie: enkele voorbeelden

Land/data	Auteur(s)	resultaat
Duitsland	Lechner & Vazquez-Alvarez 2004	Gehandicapt worden verlaagt de kans op tewerkstelling met 10%
Ierland	Gannon and Nolan, 2004	Chronische ziekte: mannen 61% minder kans op werk; vrouwen 52% in 2000; resp 66% en 42% in 2002
Zweden, 1979-1997	Lindholm et al., 2001	Chronische ziekte Werkloosheid 1,9 keer hoger Ontvangen v uitkeringen 2,5 X hoger
B, Dk, Fr, Gr, Ierl, It, Port, Sp, UK, ECHP 1994-2001	Hagan, Jones & Rice, 2006	Een matige gezondheidsschok doet de kans op pensionering stijgen met 50%, een grote schok met 106%



Macro-economische impact?

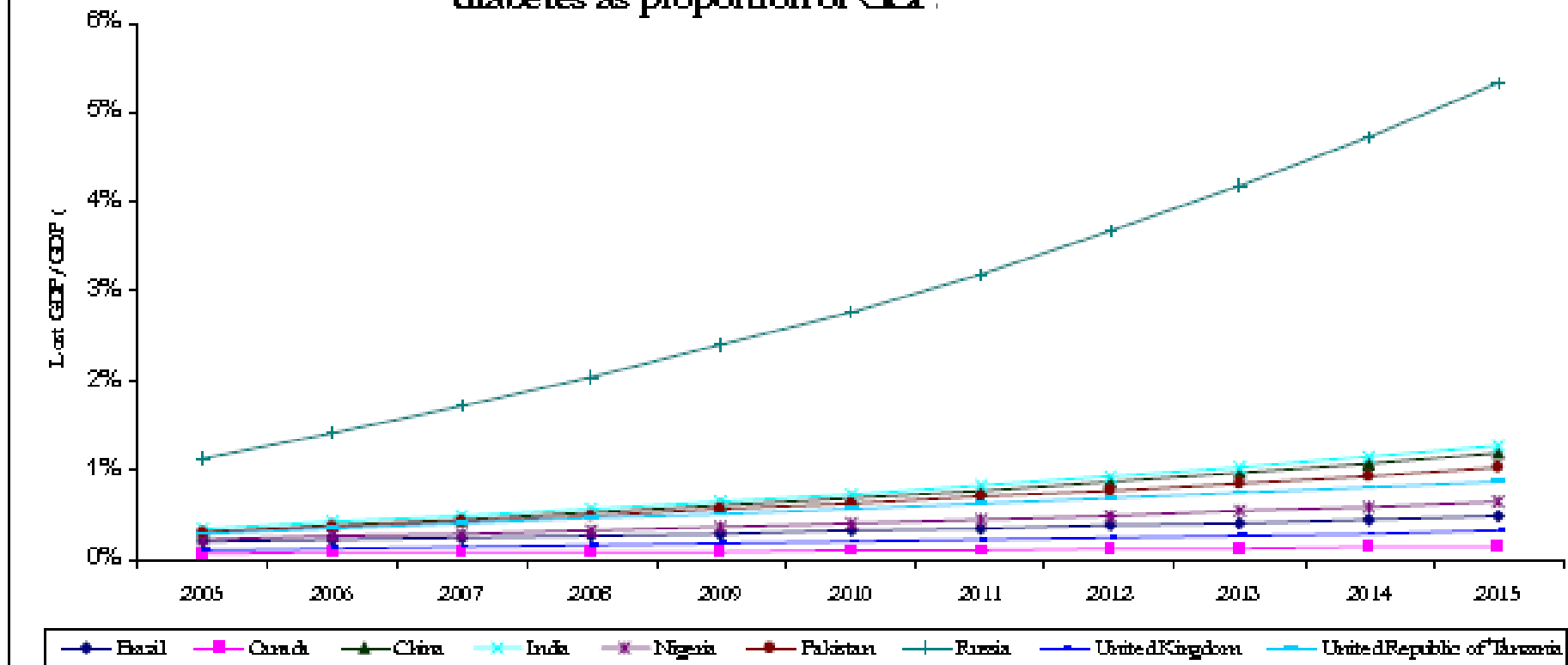
- Historisch gezien heeft gezondheid bijgedragen tot economische groei
- In ontwikkelingslanden is er evidentie dat HIV-Aids, ondervoeding, malaria economische groei hinderen
- Niet zo heel veel studies voor Europese landen en wisselende resultaten
 - Minder/geen effect bij hoge inkomens en hoge gezondheid
 - Minder/geen effect bij vaste en lage pensioenleeftijd

Wat is de impact op economische groei? een voorbeeld

- Economisch groeimodel dat de kosten schat van chronische ziekten door te kijken naar de impact op arbeidsaanbod (menselijk kapitaal).
- Productiefunctie: $Y_{it} = rA_{it}K_{it}^{\alpha}L_{it}^{\alpha}$
 - Y_{it} : reëel BBP per capita in land i in jaar t
 - L_{it} : ingezette hoeveelheid arbeid in land i in jaar t
 - K_{it} : ingezette hoeveelheid kapitaal in land i in jaar t
- Er is een invloed doordat er minder gespaard wordt door consumptie van de medische zorg en doordat het arbeidsaanbod vermindert



Annual income loss from deaths due to heart disease stroke, and diabetes as proportion of GDP



Bron: Dele Abegunde and Anderson Stanciole, An estimation of the economic impact of chronic noncommunicable diseases in selected countries, WHO, 2006



Impact van cardiovasculaire mortaliteit

- Analyse in 26 rijke landen voor de periode 1960–2000,
- Cardiovasculaire mortaliteit in de actieve bevolking hangt op een robuuste en negatieve manier samen met economische groei
 - Een daling van de cardiovasculaire mortaliteit met 10% leidt tot stijging in het per capita inkomen met 1%

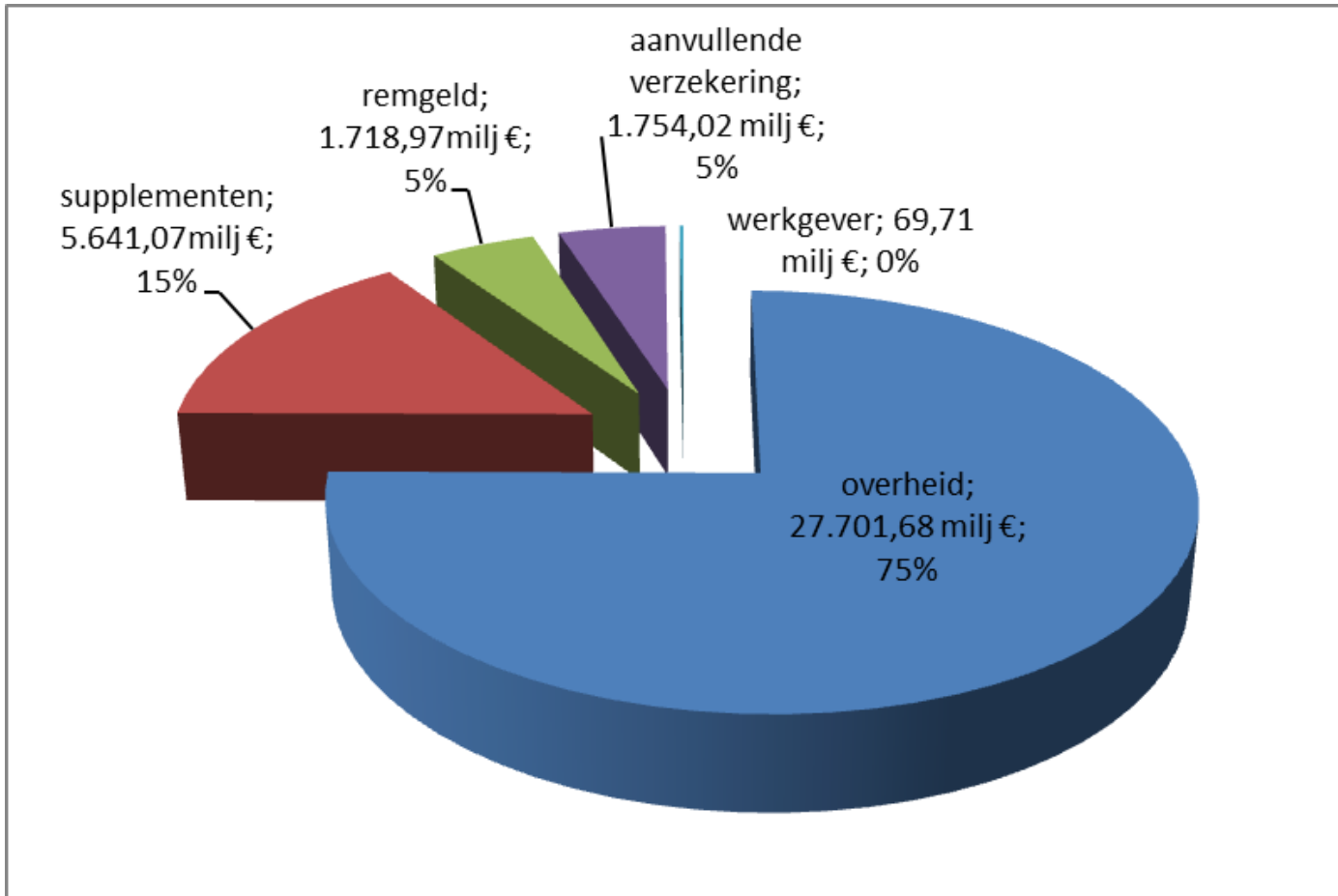
Bron: Suhrcke M, Urban D. Are cardiovascular diseases bad for economic growth? Munich, CESifo, 2006



2. Betaalbaarheid voor de patiënt



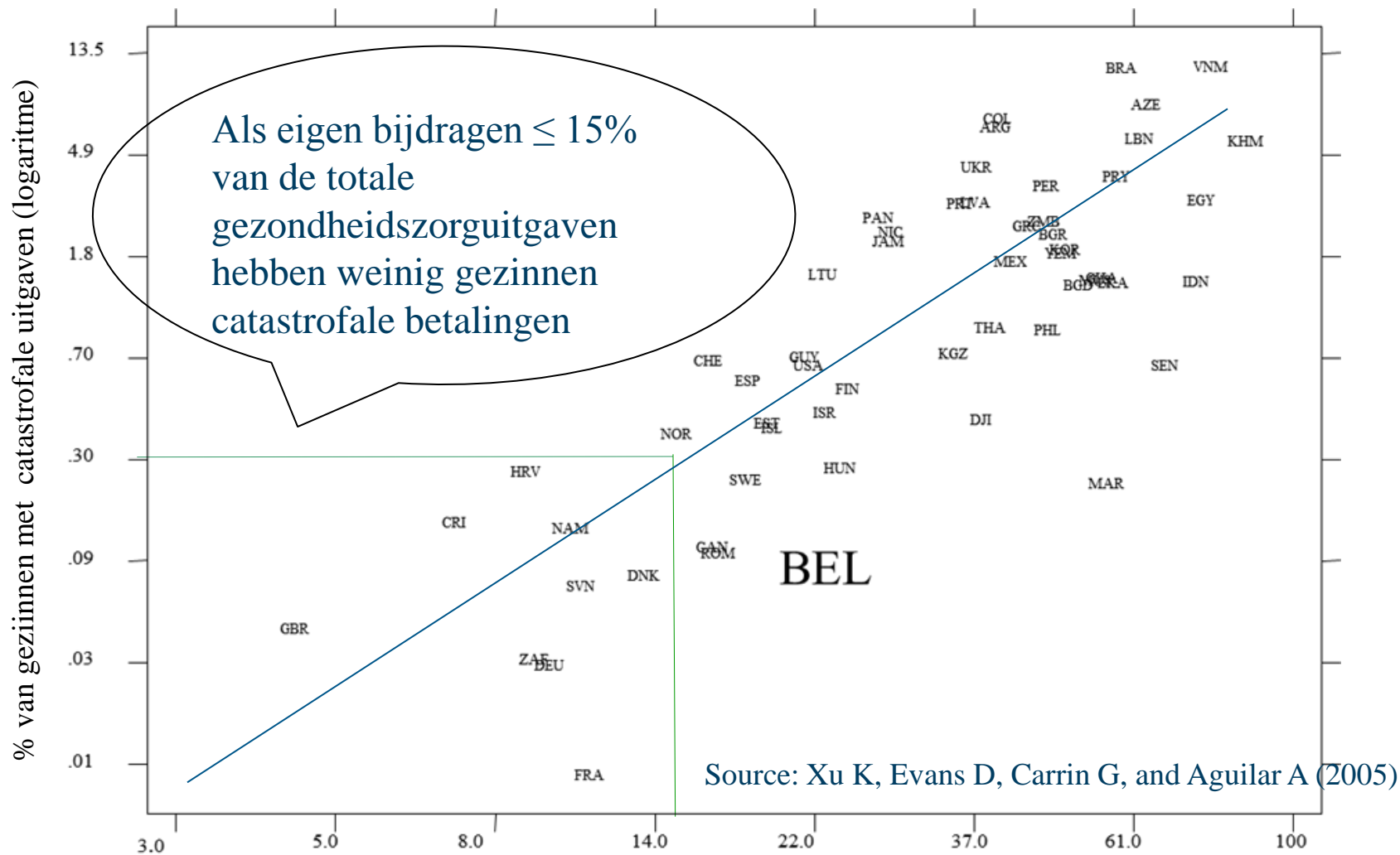
Uitgaven gezondheidszorg België, 2009, volgens financier



Bron: Assuralia, 2011



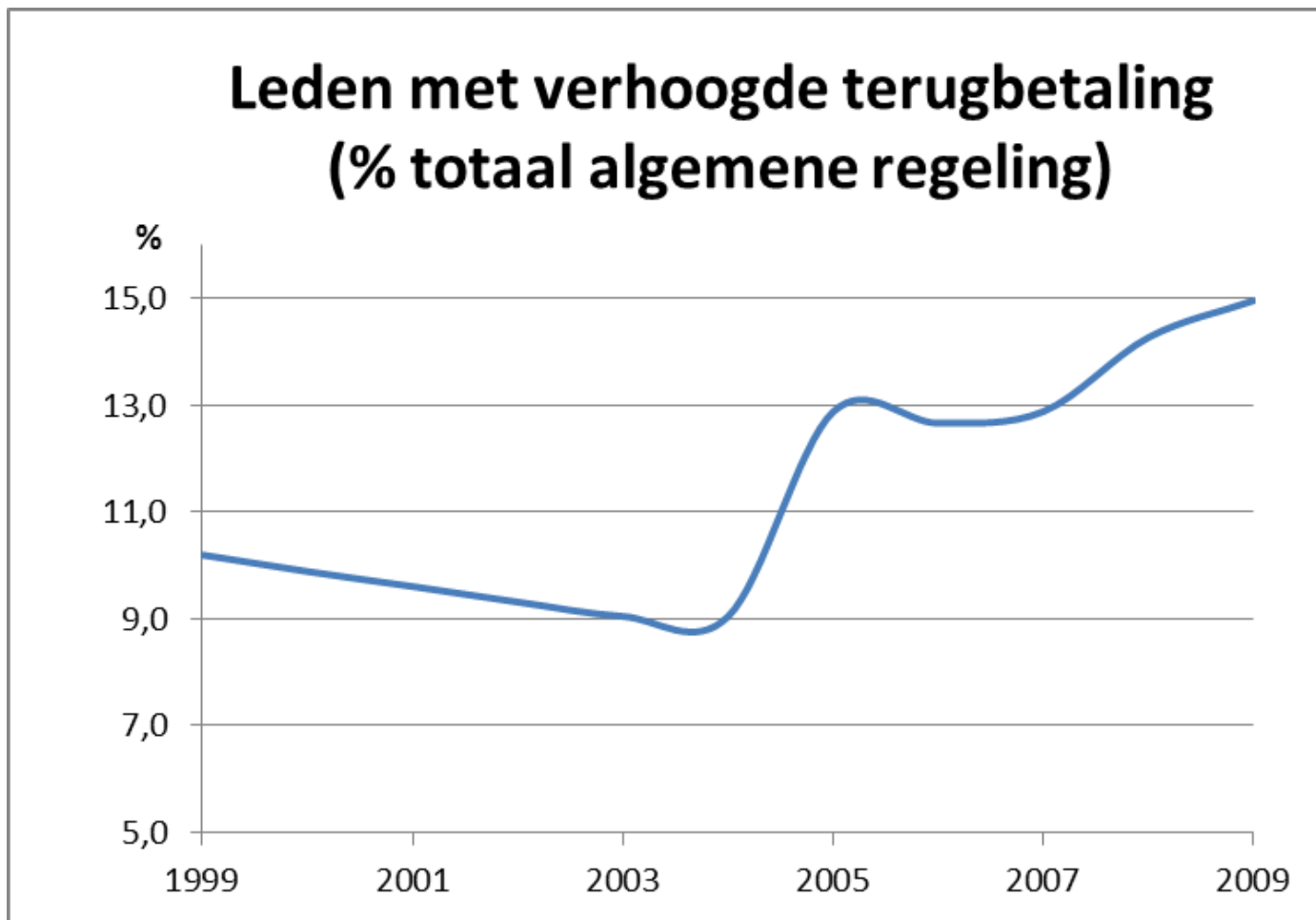
Percentage gezinnen met catastrofale uitgaven vs aandeel eigen bijdragen in totale gezondheidszorguitgaven

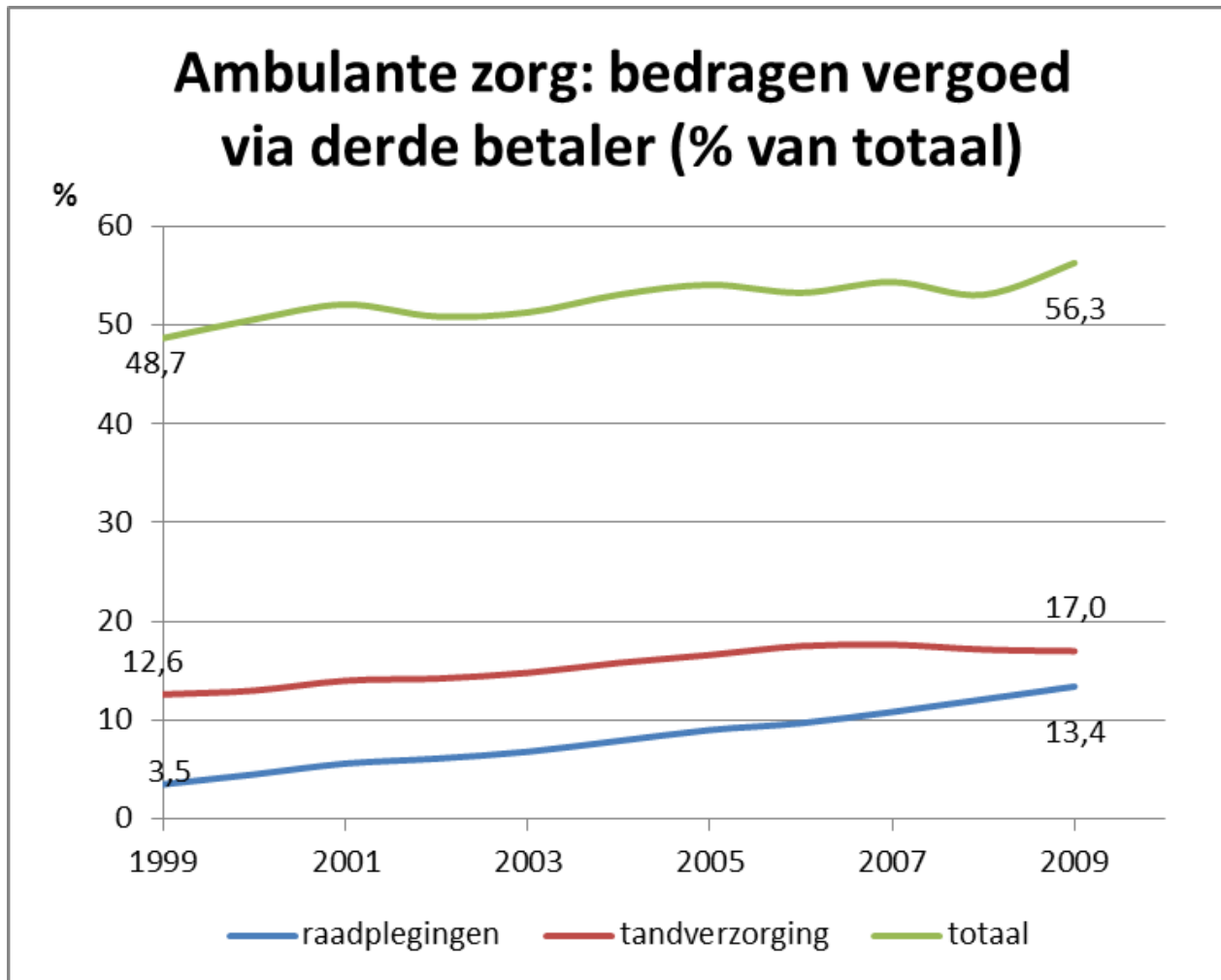




Sociale Beschermingsmaatregelen

- *Voorkeurregeling; OMNIO*: kwetsbare groepen betalen lagere remgeldpercentages
- *Derdebetalersregeling*: verzekeringstegevoetkoming wordt rechtstreeks vereffend met de verzekering
- *Maximum Factuur (MAF)*: jaarlijks plafond op remgelden
 - Op niveau van het gezin
 - niet volledig (supplementen + sommige remgelden worden niet in rekening genomen)
 - Verschillende plafonds
- Beschermende *regelgeving* m.b.t. supplementen







Ziekenhuissupplementen en – remgelden per opname en kamertype



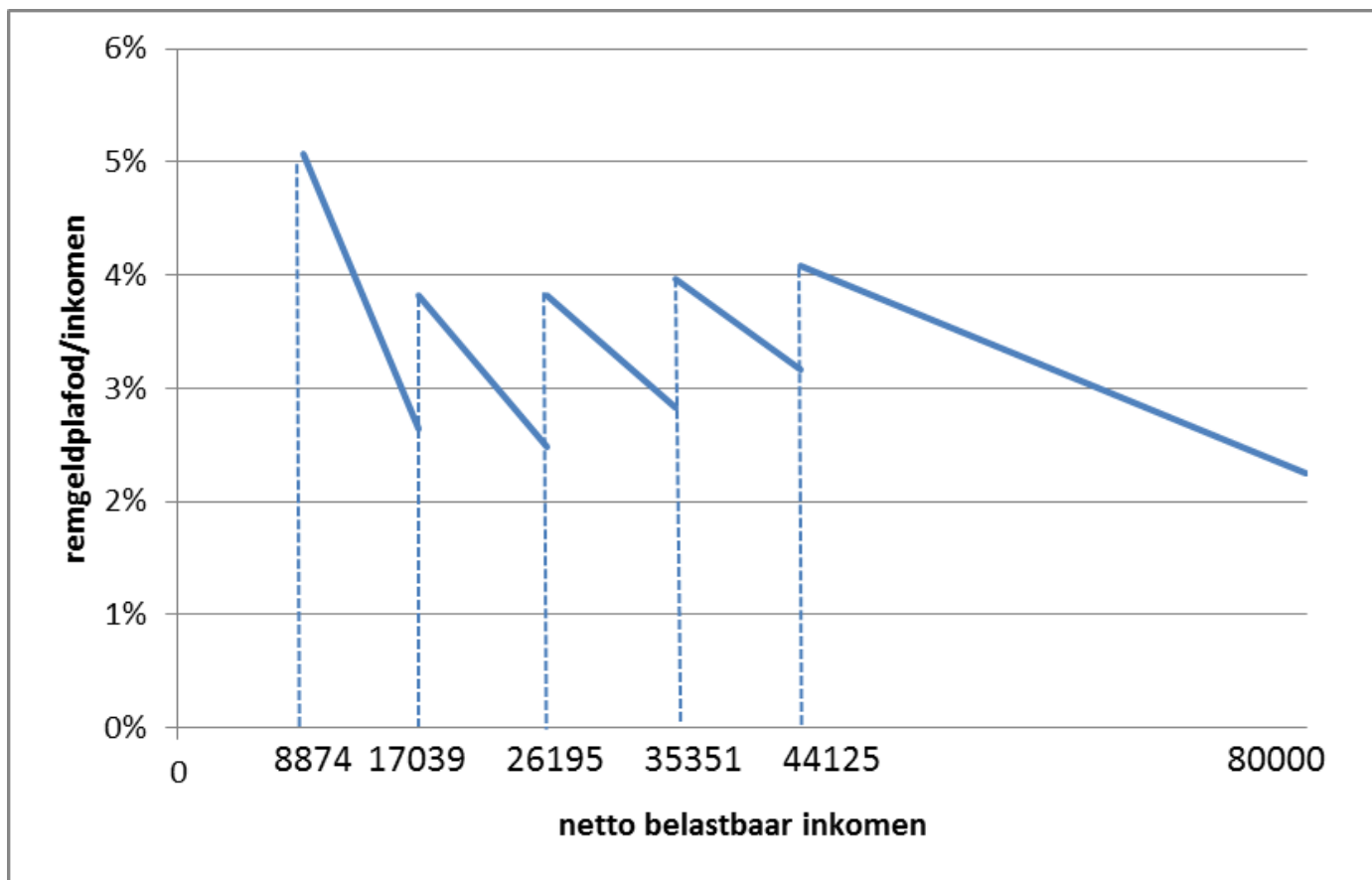
1-persoonskamer:
remgeld +3,8%/jaar
Suppl. +2,8%/jaar

2- of meer-
persoonskamer:
remgeld +4,9%/jaar
Suppl. -7,6%/jaar

Bron: christelijke mutualiteiten

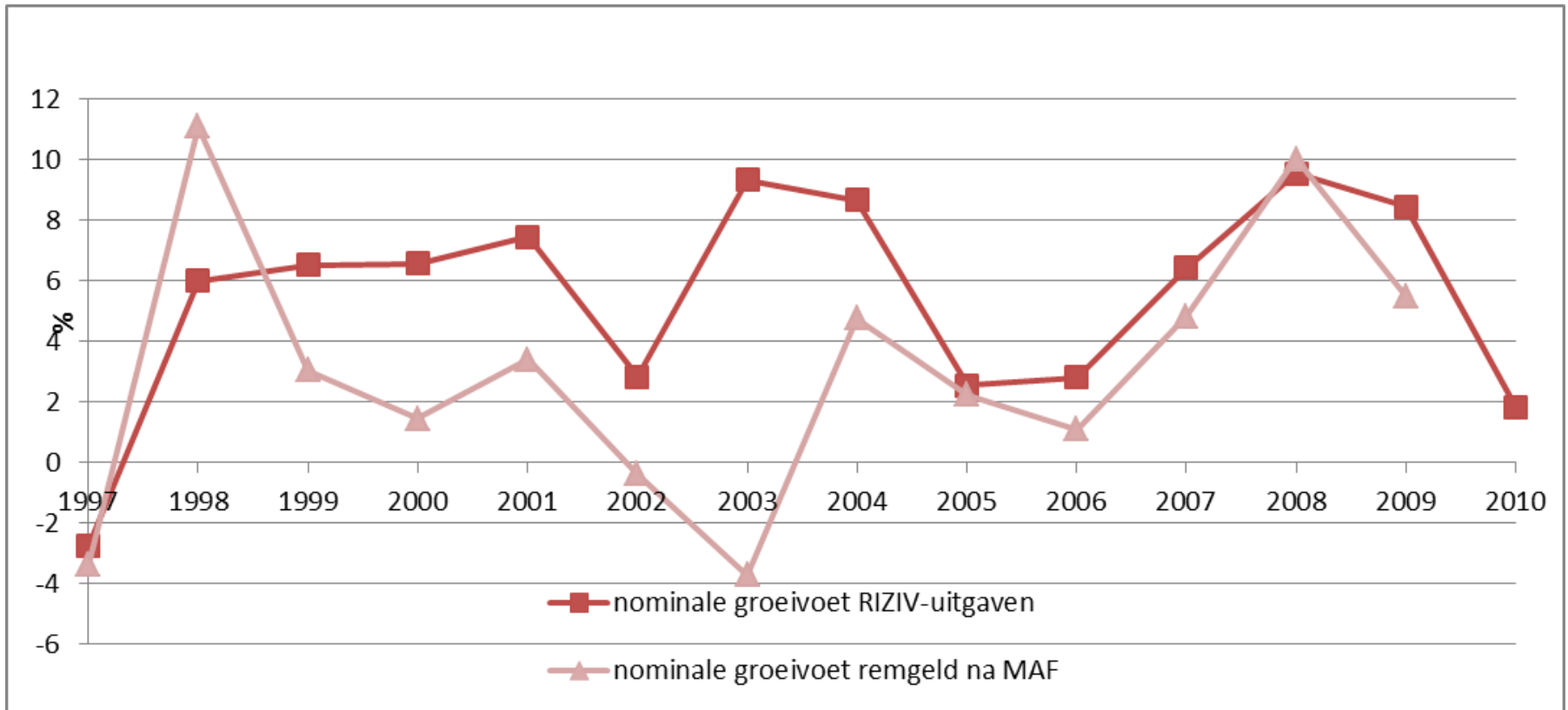


Remgeldplafonds MAF als een percentage van het netto belastbaar inkomen voor alle inkomensgroepen (2012)





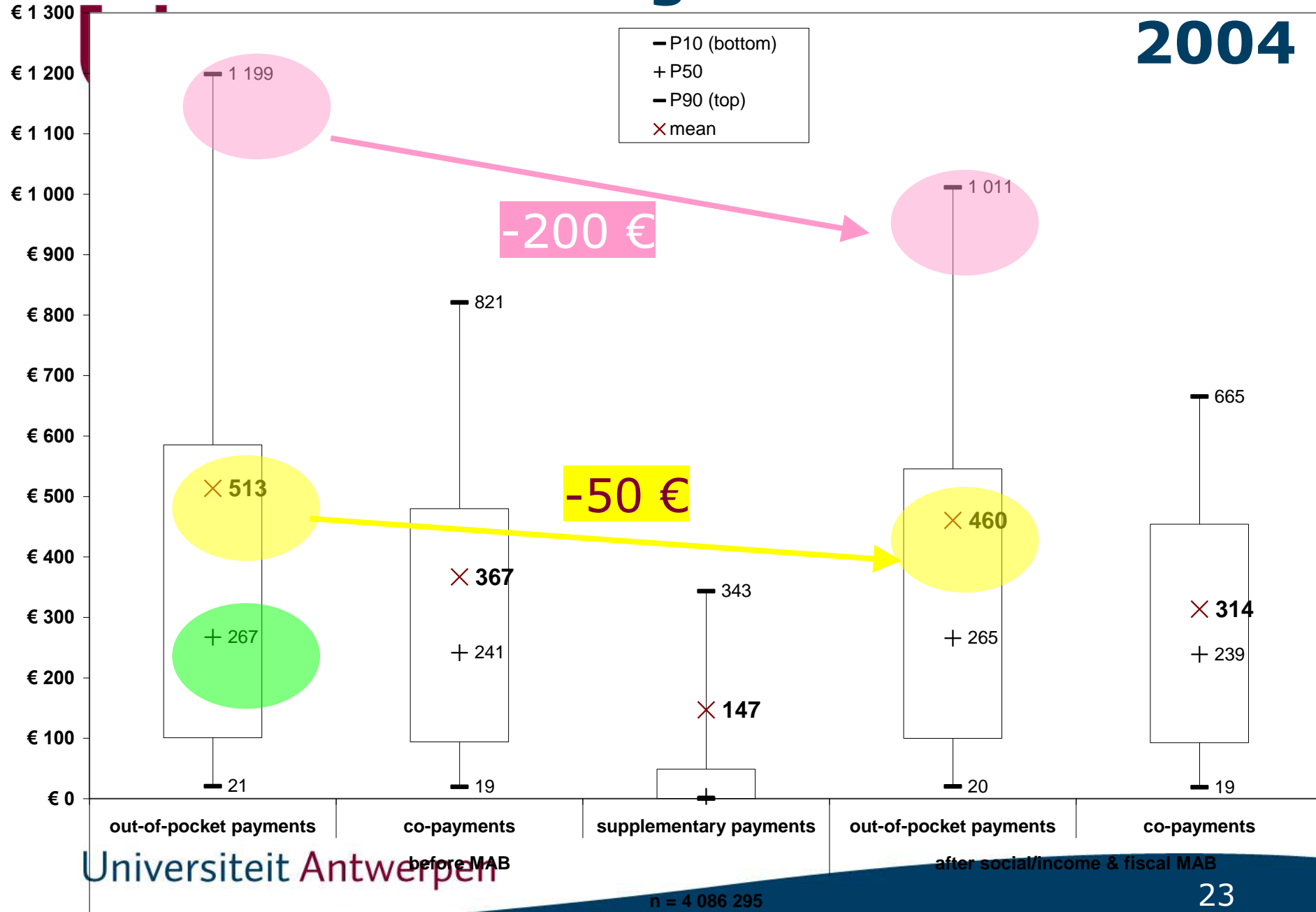
Remgelden: groei 1996-2010 (vergelijking met groei RIZIV-uitgaven)



Bron: RIZIV, jaarverslagen

MAF als beschermingsmechanisme: in €

2004

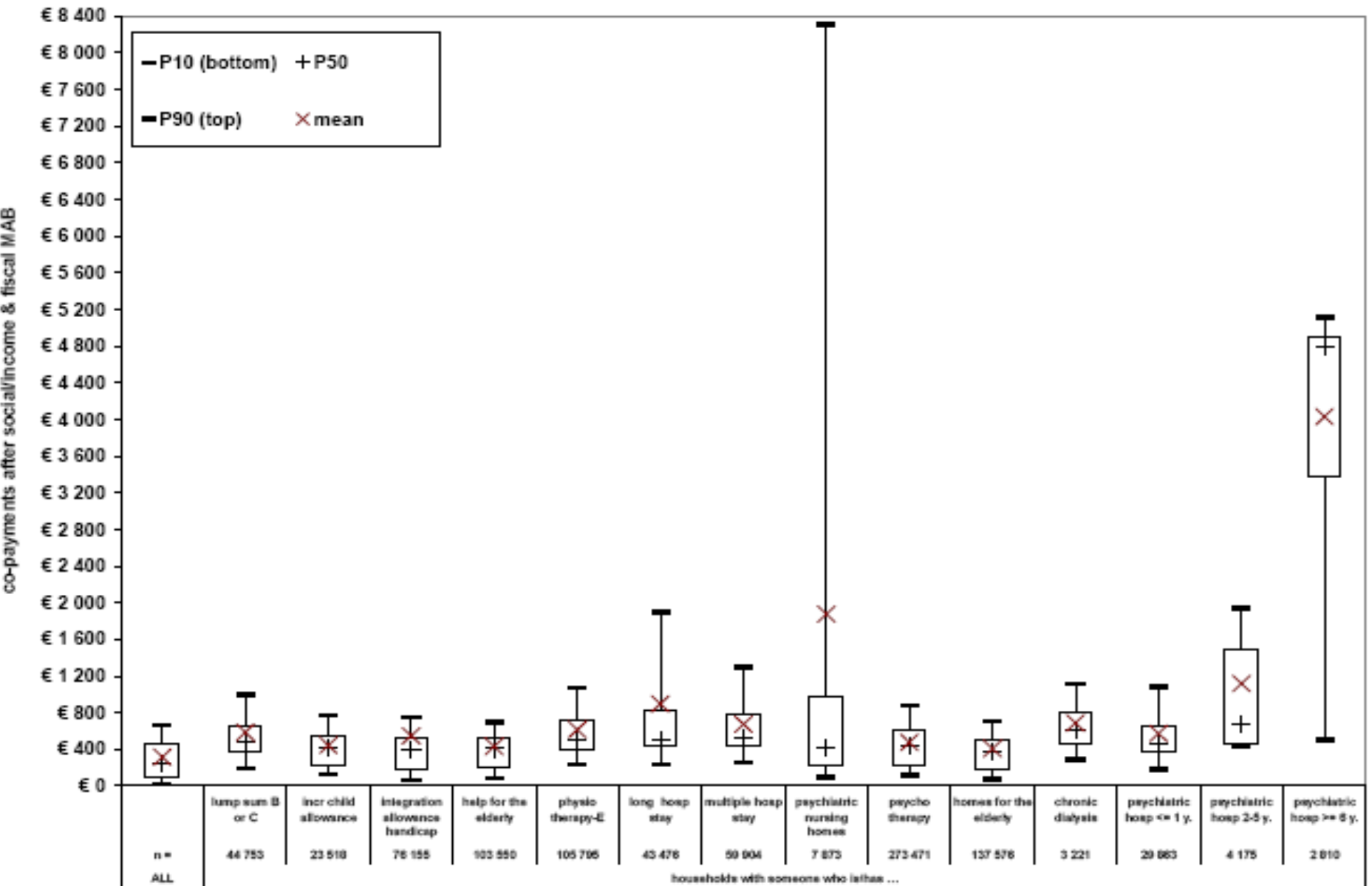


MAF als beschermingsmechanisme : armoede incidentie (2004)

% gezinnen	40%	50%	60%
% gezinnen met NBI onder armoedegrens (1)	10.67%	14.49%	20.93%
% gezinnen met (inkomen – eigen bijdragen voor MAF) onder armoedegrens (2)	11.38%	15.79%	22.43%
(2) – (1)	0.71%	1.31%	1.50%
% gezinnen met (inkomen – eigen bijdragen na sociale en fiscale MAF) onder armoedegrens (4)	11.25%	15.60%	22.13%
(2) – (4)	0.12%	0.20%	0.30%

ongeveer 0,20% van gezinnen belanden niet in armoede dankzij de MAF

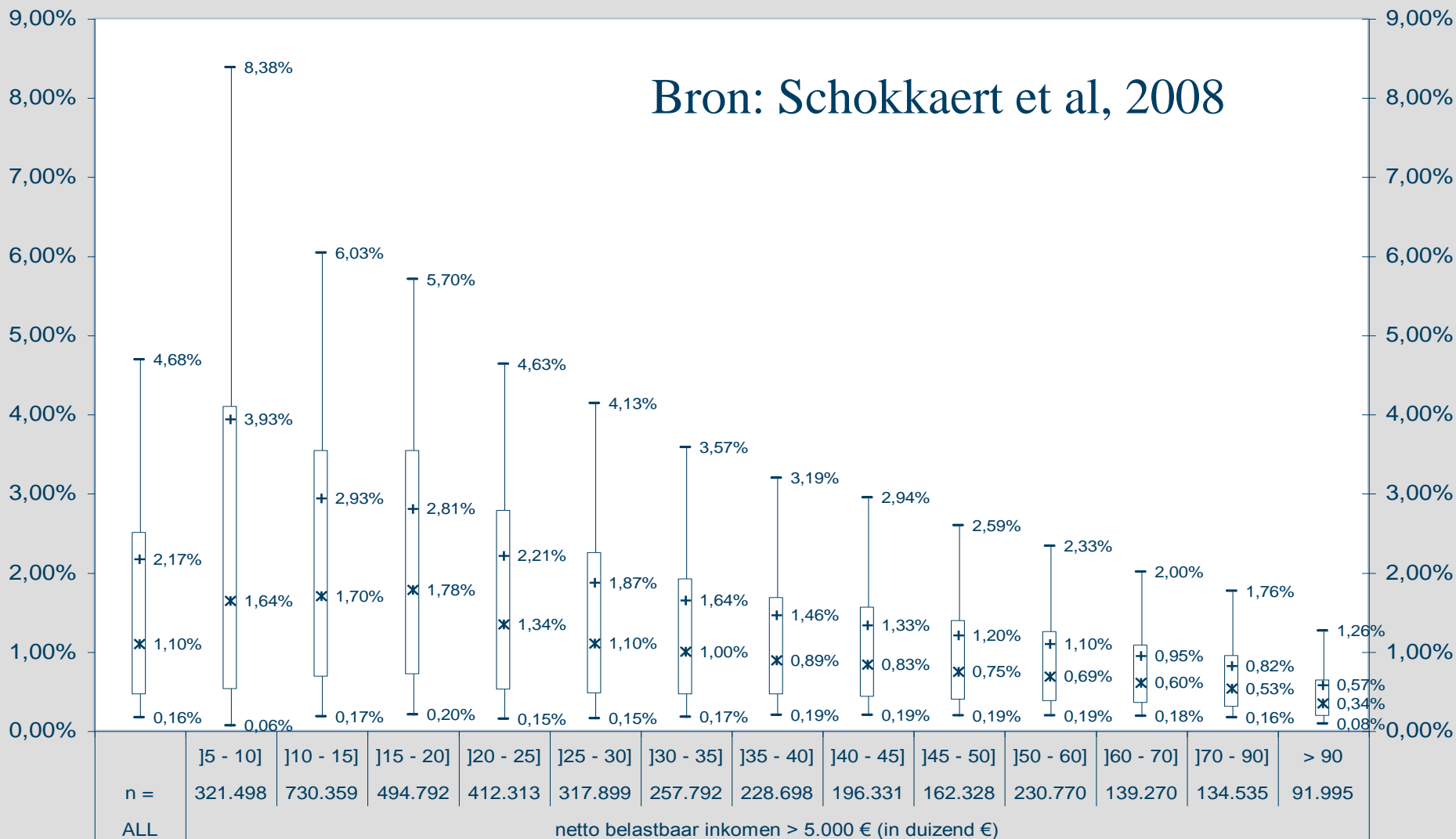
Remgelden na MAF voor verschillende morbiditeitsgroepen





Eigen bijdragen als percentage van het inkomen voor verschillende inkomensgroepen (2004)

Bron: Schokkaert et al, 2008



P25 - P10 (bodem) × P50 - P90 (top) P75 + gemiddelde



Houkes A, M Rijken en P Makai, Eigen betalingen chronisch zieken en gehandicapten, een internationaal onderzoek (nivel, 2008)

- 6 inkomensprofielen:
 - Alleenstaand met leefloon: €13000 bruto inkomen
 - Alleenstaand modaal: €30000 bruto inkomen
 - Alleenstaand 2*modaal: €60000 bruto inkomen
 - Eenverdiener modaal 2 kinderen: €30000 bruto ink.
 - Alleenstaande gepensioneerde: €12000 bruto inkomen
 - Gepensioneerd echtpaar: €16000 bruto inkomen



Eigen betalingen chronisch zieken en gehandicapten

8 ziekteprofielen

- Kerngezond: geen medische consumptie
- Redelijk gezond: 4 * ha, geneesm hart- en bloedvaten; 8 *kine, 2 *tandarts, 2 *mondhygiënist, bril of lenzen
- Diabetes: 4 *ha, 5 *spec, 5 *VP, 2*opname zh, 4*daghosp, geneesm. hart- en bloedvaten, maag-darm, diuretica, diabetes, 20 *kine, 3*diëtist, 3* podo, 2* tandsarts, 2* mondhygiënist, bril of lenzen, hulpmiddelen medicatie
- Chronisch hartfalen: ...
- COPD
- Artrose
- handicap



Maatschappelijke gezondheidszorgkosten België

	Totale kosten	Waarvan thuiszorg	Aandeel thuiszorg
Kerngezond	37	0	0%
Redelijk gezond	677	0	0%
Artrose	23.259	3.796	16%
Hartfalen	14.547	2.278	16%
COPD	20.319	2.278	11%
Diabetes	17.321	2.278	13%
Handicap	31.272	14.612	47%

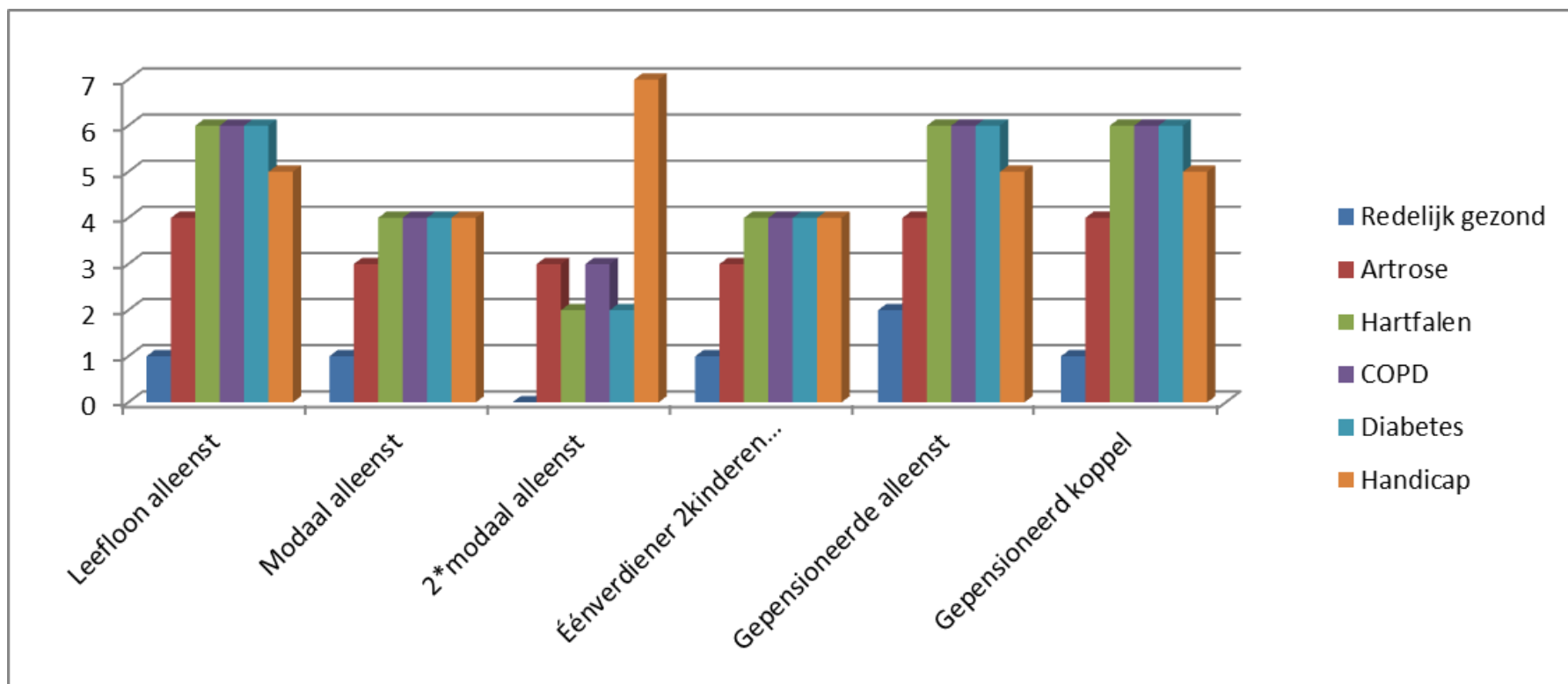


Extra gezondheidszorgkosten betaald door (chronisch) zieken (tov kerngezond) België

	Leefloon alleenst	Modaal alleenst	2*modaal alleenst	Éénverdiener 2 kinderen modaal	Gepensioneerde alleenst	Gepensionerd koppel
Kern-gezond	0	0	0	0	0	0
Redelijk gezond	181	205	205	205	181	205
Artrose	464	1005	1664	1005	464	655
Hartfalen	738	1279	1324	1279	738	929
COPD	738	1279	1559	1279	738	929
Diabetes	770	1307	1307	1307	770	961
Handicap	626	1167	4484	1167	626	817



Percentage van hun bruto-inkomen dat zieken meer betalen



Houkes et al, Eigen betalingen chronisch zieken en gehandicapten, een internationaal onderzoek, 2008



Extra gezondheidszorgkosten betaald door chronisch zieke hartpatiënten in vergelijking met gezonde mensen met hetzelfde inkomen in verschillende landen

	Leefloon alleenst	Modaal alleenst	2*modaal alleenst	Éénverdiener 2kinderen modaal	Gepensioneerde alleenst	Gepensionerd koppel
België	738	1279	1324	1279	738	929
Nederland	566	776	2444	287	1022	1226
Frankrijk	1779	1779	1779	1779	1779	1779
Zweden	1526	1526	1526	1526	1476	1476
Zwitserland	767	3829	4997	3780	2435	2386



3. Organisatie en financiering chronische zorg



Wat nu?

- Zorgen dat de ziektelast op een kosten-effectieve manier teruggedrongen wordt
 - Zoeken naar de goede aanpak
 - Op een rigoureuze manier evalueren of de aanpak effectief is en kosten-effectief is
 - Kader scheppen zodat de goede aanpak ook geïmplementeerd wordt



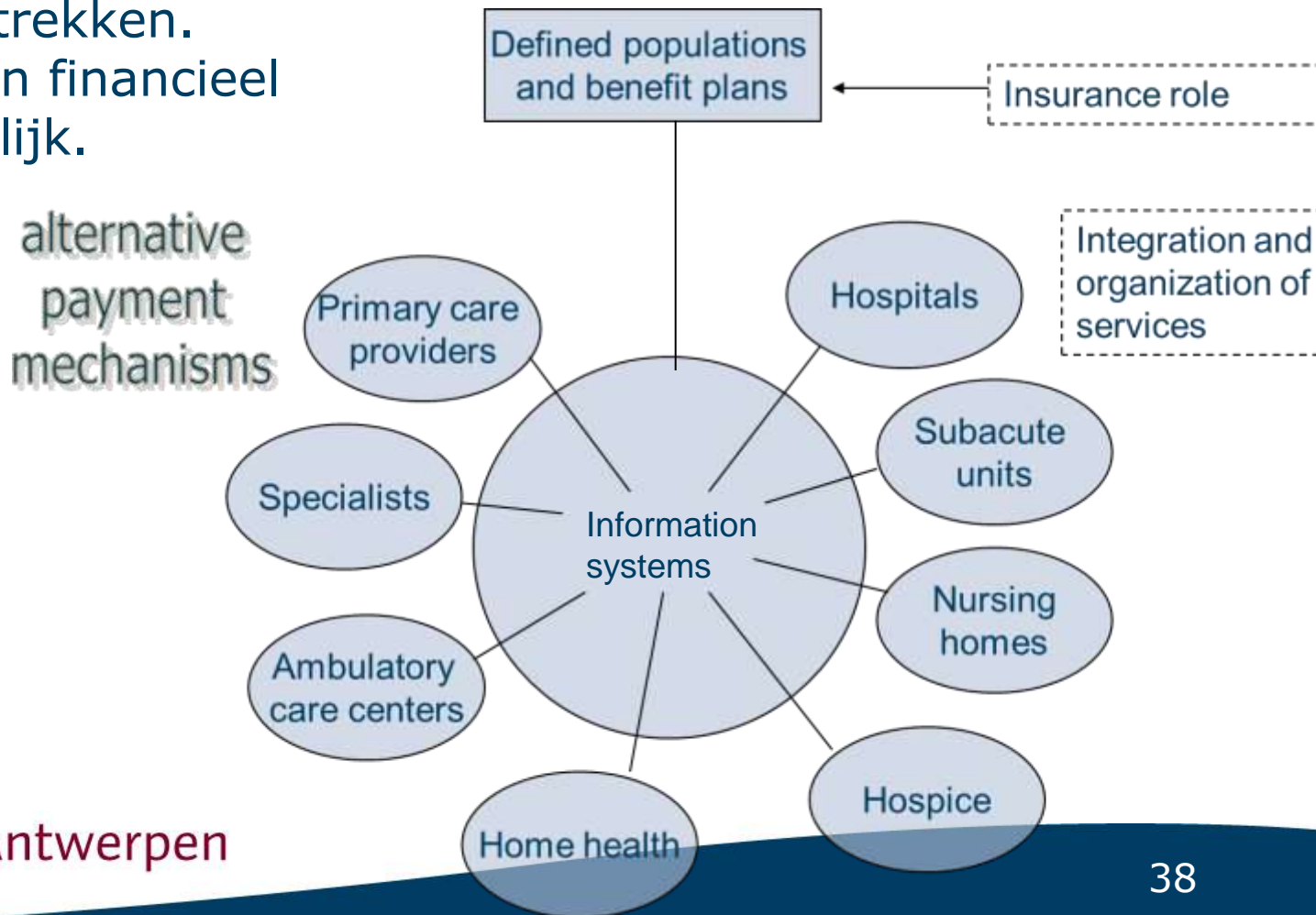
Disease management

- disease management is een manier om zorg te coördineren met nadruk op het volledige klinische verloop van de ziekte. De zorg wordt georganiseerd op basis van wetenschappelijke evidentie en met actieve inbreng van de patiënt.



Managed care

- Netwerk van organisaties die een continuüm van diensten verstrekken. Zijn klinisch en financieel verantwoordelijk.





Gepaste (financiële) prikkels

Per prestatie financiering

- Zieke patiënten attractief
- Teveel zorg
- Te weinig verwijzing
- Geen prikkels voor kwaliteit

Hoofdelijke financiering

- Zieke patiënten niet attractief
- Te weinig zorg
- Teveel verwijzing
- Weinig prikkels voor kwaliteit

Per case financiering

- Zieke patiënten niet attractief
- Geen prikkels voor kwaliteit

Nieuwe systemen met

- Prikkels voor continuïteit van zorg
- Prikkels voor kwaliteit



Financial incentives targeting the individual	Financial incentives targeting structures of care	Financial incentives targeting processes of care	Financial incentives targeting outcomes of care
<ul style="list-style-type: none"> • Piloting of "year of care" payment for the complete package of chronic disease management required by individuals with chronic conditions (e.g. based on validated "care pathways" for diabetes) (Denmark, United Kingdom) 	<ul style="list-style-type: none"> • Per-patient bonus for physicians for acting as gatekeepers for chronic patients and for setting care protocols (France) • Bonus for DMP recruitment and documentation (Germany) • 1% of overall health budget available for integrated care (Germany) 	<ul style="list-style-type: none"> • Points for reaching process targets (United Kingdom: GP contract) • Points for reaching outcome targets (United Kingdom: GP contract) 	<ul style="list-style-type: none"> • Points for reaching structural targets (United Kingdom: GP contract)
	<ul style="list-style-type: none"> • Additional services (e.g. patient self-management education) only reimbursable if physicians and patients participate in DMP (Germany) 		



P4P

- Op het niveau van het individu of de groep?
- Welke performantie maatstaven?
- Absolute of relatieve niveaus of drempels?
- Wat met zwakkere socio-economische bevolkingsgroepen?



Conclusies (1)

- Chronische ziekten houden een grote last in wat betreft mortaliteit en morbiditeit en hebben een niet-verwaarloosbare impact op het inkomen van het huishouden.
- Ziektekosten en eigen bijdragen (remgelden) kunnen daarbij ook hoog oplopen.
- Ondanks sociale beschermingsmaatregelen, is de positie van chronisch zieken relatief minder goed.



Conclusies (2)

- De uitdagingen om chronische ziekten beter te beheren zijn groot.
 - Ontwikkelen van kosten-effectieve strategieën
 - Gepaste prikkels voor verstrekkers.