

Een gepaste waarde van gezondheid

Gepaste zorg kan alleen worden vastgesteld wanneer de waarde van gezondheid bekend is. Daarover bestaat nog veel onduidelijkheid. Het blijft dan ook van belang de wetenschappelijke zoektocht naar en het maatschappelijke debat over de waarde van gezondheid open en gericht te blijven voeren.

WERNER BROUWER

Hoogleraar aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

JOB VAN EXEL

Universitair hoofd-docent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam

Gepaste zorg kan worden gedefinieerd als zorg die voor de gebruiker ervan noodzakelijk, effectief en doelmatig is (Brouwer en Rutten, 2004). In Nederland is een beslismodel ontwikkeld waarmee zorg op basis van deze drie criteria kan worden beoordeeld in het kader van toelating tot het basispakket. Dit beslismodel komt neer op een economische evaluatie, waarin wordt bepaald of de opbrengsten van een zorginterventie zoals een medicijn of een therapie opwegen tegen de kosten ervan. Het toepassen van dit beslismodel vereist wel dat de waarde van gezondheidswinst wordt vastgesteld. Zonder een dergelijke waarde valt onmogelijk te bepalen of de opbrengsten van zorg de kosten ervan rechtvaardigen. Daarmee dient zich meteen een

moeilijke en ethisch omstrede vraag aan: wat mag een extra gezond levensjaar kosten? Dat is een eenvoudige noch plezierige vraag, maar wel een onvermijdelijke. Deze zomer kwam deze vraag nog eens nadrukkelijk naar voren rond de behandelingen van de ziektes van Fabry en Pompe. Een uitgelekt conceptadvies van het College voor Zorgverzekering (CVZ) gaf aan dat de kosten voor behandeling van deze ziekten hoog waren in relatie tot de gezondheidswinst, en dat daarom overwogen moest worden om vergoeding van deze middelen te stoppen (NRC, 2012b). Ook in het publieke debat worden af en toe vraagtekens gezet bij de hoge kosten en beperkte gezondheidswinst van sommige interventies. Mag een kwartaal langer leven in een niet-optimale gezondheidstoestand bijvoorbeeld 100.000 euro kosten (NRC, 2012a)?

Vaak worden deze discussies gevoerd in relatie tot specifieke, nieuwe en dure zorgvoorzieningen. Dat hoeft niet te verbazen, omdat juist de vooruitgang in medische technologie niet alleen bijdraagt aan de stijgende gezondheid en levensverwachting van de bevolking, maar ook een belangrijke motor vormt achter de stijgende zorguitgaven. Deze stijging, die volgens projecties voorlopig nog wel voortduurt, benadrukt de noodzaak om grenzen te stellen aan de collectief gefinancierde zorg. En dit vanwege de betaalbaarheid van zorg, maar zeker ook vanwege het verantwoorden van de uitgaven aan zorg. Pakketbeheer, dat zich juist richt op het beoordelen van medische technologie langs de

criteria van gepaste zorg, is dan ook een belangrijk beleidsinstrument dat kan bijdragen aan de betaalbaarheid van zorg en de gepaste inzet van de beschikbare middelen. Dit geldt in het bijzonder wanneer nieuwe interventies kostbaar zijn en maar een beperkte gezondheidswinst opleveren. Wanneer zijn die middelen dan te duur om voor vergoeding in aanmerking te komen? Om die vraag te kunnen beantwoorden is het, in ieder geval vanuit economisch oogpunt, nodig dat we de waarde van de gezondheidswinst kennen.

HET BELANG VAN STELLEN VAN GRENZEN

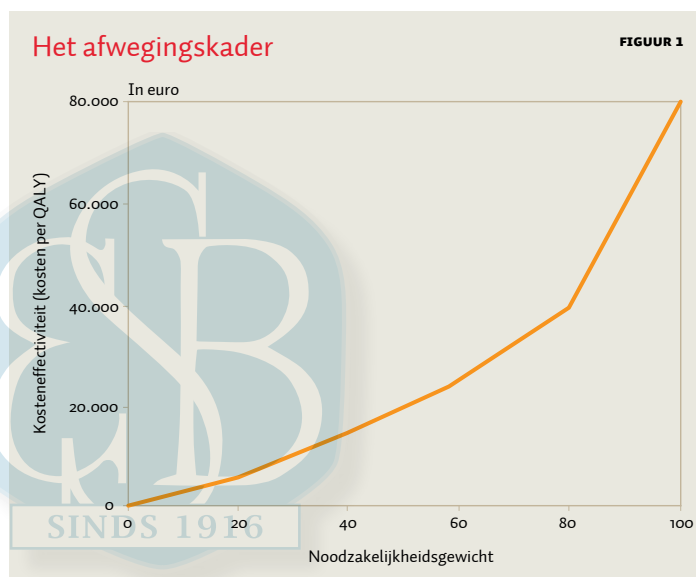
Alleen al het spreken over gezondheidswinst in monetaire termen wordt snel als 'onethisch' ervaren (Brouwer en Rutten, 2011). Het behoeft dan ook niet te verbazen dat het stellen van grenzen aan vergoeding van zorg op basis van een afweging waarin wordt bezien of de kosten wel uit de opbrengsten te rechtvaardigen zijn, al snel stuit op weerstand. Het lijkt echter onvermijdelijk om zulke afwegingen wel te maken, uiteraard op zeer zorgvuldige wijze. Gegeven de alomtegenwoordige schaarste van middelen is namelijk ook het zorgbudget eindig. En vroeg of laat betekent dit dat, als we besluiten om meer te doen voor een bepaalde groep patiënten (voor wie bijvoorbeeld een nieuw medicijn beschikbaar komt), we minder kunnen doen voor andere patiëntgroepen. In vergoedingsdiscussies krijgen deze andere groepen patiënten normaal gesproken geen expliciete aandacht, maar het is de taak van de overheid om ook hun belangen in het oog te houden. Het steeds maar weer ophogen van het zorgbudget als een manier om geen keuzen binnen de zorg te hoeven maken, is ook geen houdbare oplossing. Dat is namelijk evenmin zonder opportuiniteitskosten. Immers, meer uitgeven aan zorg betekent dat er minder overblijft voor onderwijs, infrastructuur of besteedbaar inkomen. Het kennen van de waarde van gezondheidswinst is dan ook niet alleen van belang bij het bepalen van de optimale aanwending van middelen binnen de zorg, maar kan ook bijdragen aan het vaststellen van een optimale hoogte van het zorgbudget. Cruciaal blijft in beide gevallen het vaststellen of de opbrengsten van het inzetten van interventies de gerealiseerde kosten overstijgen.

HET AFWEGINGSKADER

De afweging of een interventie gepast is en voor vergoeding in aanmerking komt, wordt in Nederland met name gemaakt door het CVZ, in het kader van zijn

taak als beheerder van het basispakket, de verzamelaar voor zorgvoorzieningen waar alle Nederlanders voor moeten zijn verzekerd. Dit basispakket vormt het hart van de Nederlandse, collectief gefinancierde zorgverzekering.

Het CVZ hanteert bij de beoordeling van medische technologieën de eerder genoemde drie criteria van gepaste zorg: noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid. In zijn afweging beschouwt het die in samenhang, zoals in figuur 1 wordt weergegeven. De oplopende lijn geeft aan dat naarmate de noodzaak voor behandelen groter is, hogere kosten per eenheid gezondheidswinst (meestal uitgedrukt in termen van *quality-adjusted life years*, QALY's; Brouwer, 2012) zijn toegestaan. Met andere woorden, mét de noodzaak voor behandeling loopt de waarde van gezondheidswinst op. Dit verklaart mede waarom sommige interventies met relatief lage kosten per QALY (zoals Viagra) niet worden vergoed, terwijl interventies met hogere kosten per QALY (zoals longtransplantaties) wel worden vergoed (Stolk *et al.*, 2002). Dit afwegingskader, dat zijn oorsprong vindt in het rapport van de Commissie Keuzen in de Zorg (1991), heeft in de loop der jaren op basis van verschillende adviezen en rapporten vorm gekregen (CVZ, 2002; RVZ, 2004; RVZ, 2006; Pomp *et al.*, 2007; CVZ, 2009).



De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

EEN ECONOMISCHE EVALUATIE

Het is interessant om op te merken dat dit afwegingskader in feite niets anders is dan een economische evaluatie (Rutten en Brouwer, 2007). Het afwegingskader beziet immers of de baten van een interventie opwegen tegen de kosten ervan en of derhalve de maatschappelijke welvaart wordt vergroot door opname in het basispakket van die interventie. De baten betreffen de gezondheidswinst alsmede de waarde daarvan, die in het afwegingsmodel afhangt van de noodzakelijkheid.

De klassieke vorm van een economische evaluatie is de kosten-batenanalyse, die kan worden weergegeven als (Gravelle *et al.*, 2007):

$$\sum_{t=0}^T \frac{w_{i,t} \Delta g_{i,t} - \Delta k_t}{(1+r)^t} > 0 \quad (1)$$

In vergelijking (1) is $w_{i,t}$ de waarde van een extra eenheid gezondheid van het type i op tijdstip t . Type i verwijst naar het noodzakelijkheidsgewicht. Zodoende kan de waarde van gezondheidswinst variëren met de ernst van de onderliggende aandoening, net als in figuur 1. De term $\Delta g_{i,t}$ geeft aan hoeveel gezondheid van type i op tijdstip t wordt gewonnen (ten opzichte van alternatieve behandeling). De term $w_{i,t} \Delta g_{i,t}$ geeft daarmee de totale waarde van de gewonnen gezondheid (van type i op tijdstip t) weer. Met de term Δk_t worden de incrementele kosten op tijdstip t aangeduid. De teller van vergelijking (1) weerspiegelt daarmee het saldo tussen kosten en opbrengsten (per jaar). De noemer corrigeert deze voor het feit dat toekomstige kosten en opbrengsten in besluitvorming minder gewicht krijgen: r betreft de disconteervoet. Als we nu ter vereenvoudiging een interventie bezien die alleen tot kosten en effecten in het huidige jaar ($t = 0$) leidt, dan versimpelt vergelijking (1) tot:

$$w_{i,0} \Delta g_{i,0} - \Delta k_0 > 0 \quad (2)$$

ofwel

$$w_{i,0} \Delta g_{i,0} > \Delta k_0 \quad (2')$$

Vergelijking (2') geeft aan dat de baten de kosten moeten overstijgen om een interventie te willen invoeren, gelijk aan het klassieke Kaldor-Hicks-criterium.

Dit is ook te herschrijven in termen van het afwegingskader in figuur 1:

$$\frac{\Delta k_0}{\Delta g_{i,0}} < w_{i,0} \quad (2'')$$

Met andere woorden, de kosten van gezondheidswinst (van het type i) mogen de maatschappelijke waarde ervan (de afkappgrens) niet overstijgen. Het huidige afwegingskader betreft dus een (bijzondere vorm van een) economische evaluatie (Brouwer, 2009).

Tot dusver is de aandacht en methodologische ontwikkeling in economische evaluaties in de gezondheidszorg vooral gericht geweest op de linkerzijde van vergelijking (2''). De methoden om kosten en effecten te bepalen zijn in de loop der jaren sterk verbeterd en gestandaardiseerd, mede dankzij duidelijke richtlijnen van het CVZ. Er is echter nog weinig aandacht uitgegaan naar de rechterzijde van de vergelijking, de waarde van gezondheidswinst. Zonder kennis over w is een beoordeling van kosten per QALY-ratio's (de linkerzijde van de vergelijking) echter onmogelijk. Wat weten we tot dusver van w ?

TACHTIGDUIZEND EURO

Wat betreft de vorm en hoogte van de grenslijn in figuur 1 schrijft het CVZ: "Bij de beoordeling van de kosteneffectiviteit hanteert het CVZ een indicatieve bandbreedte. Deze loopt van ongeveer 10.000 euro voor een beperkte ziektelast tot ongeveer 80.000 euro voor een zeer ernstige ziektelast" (CVZ, 2009). De maximale kosten per QALY-ratio van een behandeling gericht op milde aandoeningen mag dus ongeveer 10.000 euro bedragen, terwijl dit voor ernstige aandoeningen ongeveer 80.000 euro is. Deze grens volgend kan men de vergoeding van een behandeling van een ernstige aandoening die meer dan 80.000 euro per QALY kost binnen de collectief gefinancierde zorg als ongepast bestempelen. Over de exacte vorm of ligging van de lijn doet het CVZ geen uitspraken. Alhoewel dit laatste problematisch is, bezien we eerst waarop de genoemde bovengrens van 80.000 euro is gebaseerd.

Deze bovengrens werd in 2006 voorgesteld door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in zijn rapport 'Zinnige en duurzame Zorg' (RVZ, 2006). In dit rapport werden eerdere pleidooien (CVZ, 2002; Poley *et al.*, 2002) overgenomen om een helder afwegingskader voor gepaste zorg te gebruiken op basis van de

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders

te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid. Daarbij werd ook een bovengrens van 80.000 euro genoemd. Deze grens impliceerde in de context van ernstige aandoeningen een verviervoudiging van de tot dan toe meest genoemde, maar volstrekt ongefundeerde grens van 20.000 euro per QALY. Dat feit kreeg echter weinig aandacht in het heftige maatschappelijke debat dat volgde en zich vooral keerde tegen het stellen van een monetaire grens in algemene zin. Vanuit wetenschappelijk oogpunt was het problematischer dat de driedelige onderbouwing van de grens van 80.000 euro bijzonder wankel was, en gedeeltelijk zelfs foutief: ten eerste het toepassen van de vuistregel van de Wereld Gezondheidsorganisatie (drie maal bnp per capita), ten tweede analyses van werkelijke vergoedingsbeslissingen in Engeland (waar men zelf ook nog zoekt naar een adequate afkapgrens), en ten derde een foutieve berekening op basis van de gepubliceerde schattingen van de waarde van een gewonnen statistisch leven (Brouwer, 2009). Met de term 'statistisch leven' wordt bedoeld dat als gevolg van risicoreducties een leven wordt gewonnen, maar dat niet exact aanwijsbaar is wiens leven gewonnen wordt. Een voorbeeld is het verlagen van de maximumsnelheid op snelwegen. Hierdoor neemt de kans op ongevallen af en zullen dus, met statistische zekerheid, enkele levens gewonnen worden ten opzichte van de situatie met een hogere maximumsnelheid. Wie dit betreffen is niet aanwijsbaar, maar dat er levens zijn gered, is 'statistisch' aantoonbaar.

Geen van alle sterke onderbouwingen derhalve. In het RVZ-advies stond echter niet zozeer de exacte hoogte van de afkapgrens centraal, maar werd vooral de noodzaak voor het stellen van een grens bepleit. De grens van 80.000 euro was vooral bedoeld om met een 'redelijk' voorstel de discussie over en onderzoek naar de waarde van gezondheid te starten. Zoals de RVZ zelf schreef: "Om het debat hierover te stimuleren, denkt de Raad aan (...) een plafond van 80.000 euro per QALY". Het getuigde dus van moed van de RVZ om met dit voorstel te komen, ondanks de te voorspellen reacties, maar dat laat onverlet dat de grens nog steeds op een goede wijze dient te worden vastgesteld.

WAARDEBEBALING

Hirth en collega's gaven in 2000 een overzicht van de waarde van een QALY gebaseerd op de literatuur tot dan toe (Hirth *et al.*, 2000), met name gebaseerd op studies naar de waarde van een statistisch leven. In der-

gelijke studies wordt de betalingsbereidheid voor risicoreducties op overlijden omgerekend naar de waarde van een statistisch leven, waaruit vervolgens de waarde voor een gezond levensjaar kan worden afgeleid. Dit overzicht liet vooral een brede spreiding van waarden zien: van zo'n 25.000 dollar, wanneer de waarde van een gezond levensjaar (ethisch aanvechtbaar) gelijk werd gesteld aan de gemiddelde waarde van de productie die men in dat jaar zou hebben gerealiseerd, tot meer dan 425.000 dollar wanneer werd gerekend met inkomenstoelagen bij arbeidsrisico's. In het laatste geval worden dus de risico's van gevaarlijk werk, bijvoorbeeld een 1 procent hogere kans op sterfte, vergeleken met de opslag die wordt betaald voor zulk werk, bijvoorbeeld 100 euro per maand. Het overzicht maakte tevens duidelijk dat methodologische en contextuele verschillen tussen studies grote invloed kunnen heb-

In het RVZ-advies stond echter niet zozeer de exacte hoogte van de afkapgrens centraal, maar werd vooral de noodzaak voor het stellen van een grens bepleit

ben op de schattingen. Dat maakt het vinden van betrouwbare en dus bruikbare waarden voor de context van maatschappelijke besluitvorming in de zorg niet eenvoudig.

De laatste jaren wordt dit meer onderkend en is een zoektocht gestart naar de waarde van QALY-winsten, waarbij een veel directere gezondheidswinst wordt gewaardeerd dan in studies naar de waarde van een statistisch leven. Bobinac *et al.* (nog te verschijnen) geven een recent overzicht van dergelijke studies. Alhoewel de gemiddelde waarde in deze studies lager ligt dan die gebaseerd op de waarde van een statistisch leven, blijft de spreiding nog steeds breed – van nagenoeg niets tot 340.000 euro per QALY. Ook hier valt weer op dat, ondanks dat de meeste studies een *willingness to pay*-methode (WTP) gebruiken om betalingsbereidheid te meten, methodologische verschillen een substantiële invloed hebben op de uitkomsten.

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

De enige Nederlandse gepubliceerde studie tot dusver is die van Bobinac *et al.* (2010), waarin het algemene publiek werd gevraagd zekere en eigen gezondheidsverbeteringen te waarderen middels een WTP-vraag. Met behulp van een 'betalingsschaal' konden respondenten aangeven welke bedragen ze zeker wel en welke ze zeker niet over zouden hebben voor bepaalde gezondheidsverbeteringen. Op basis hiervan werd een waarde van een gewonnen QALY berekend van rond de 25.000 euro per QALY. Deze waarde sluit goed aan bij waarden uit andere internationale studies. Hoewel dit als vertrouwenwekkend kan worden gezien, moet men zich afvragen of ze daarmee ook bruikbaar en relevant zijn.

BRUIKBAARHEID

Het bevestigen van de validiteit en dus bruikbaarheid van schattingen als deze is niet eenvoudig. Vaak wordt dit bepaald door te bezien of theoretisch voorspelde verbanden tussen variabelen zich voordoen. In het geval van betalingsbereidheid voor gezondheidswinst is het bijvoorbeeld een logische veronderstelling dat de waarde stijgt met de omvang van de gezondheidswinst. Twee jaar gezond zijn is immers meer waard dan één jaar gezond zijn. Maar hoeveel extra zou men moeten willen betalen voor twee jaar gezondheid ten opzichte van één jaar? Twee keer zoveel? Dat wil zeggen, proportioneel met de toename van de gezondheidswinst? Gegeven afnemend marginaal grensnut is een dergelijk verband niet strikt noodzakelijk. Theoretisch is alleen duidelijk dat twee jaar meer waard moet zijn dan één jaar, maar de theorie voorspelt niet precies hoeveel meer. Veel studies toetsen dus de theoretische validiteit van WTP-antwoorden door te bezien of er een positief verband bestaat tussen de omvang van de gezondheidswinst en de bereidheid voor deze winst te betalen – echter zonder veel acht te slaan op hoe sterk dat verband is. Immers, als respondenten voor één jaar zonder bepaalde gezondheidsproblemen bijvoorbeeld 5.000 euro willen betalen en voor twee jaar zonder dezelfde klachten 5.100 euro, kan dit verschil wellicht statistisch significant zijn, maar de praktische relevantie (100 euro extra voor het tweede jaar) kan worden betwijfeld.

Bobinac *et al.* (2012a) bestempelen dit als onvolledig. Naast theoretische validiteit wijzen zij op het belang van de praktische relevantie van dergelijke waarden. Dit wordt ook wel theoretische plausibiliteit genoemd. Zo bleek dat waarden uit voornoemde

Nederlandse studie weliswaar theoretisch valide waren, maar dat de sterkte van het verband minimaal was. De WTP-waarderingen stegen met een toename in gezondheidswinst, maar de toename was dusdanig beperkt dat men de praktische relevantie van de waarderingen moet betwijfelen. Bobinac en collega's concluderen dan ook: *“For now, the theoretical validity and especially the practical meaningfulness or theoretical plausibility of WTP estimates for health gains in general appear to be insufficiently demonstrated in order to consider current estimates useful for informing policy-making or public debate.”* Nieuwe studies moeten de validiteit en plausibiliteit van hun resultaten dus veel duidelijker aantonen voordat ze het debat en beleid op dit terrein kunnen informeren. De eerste stappen daartoe zijn recent ook in Nederland gezet. In een nieuwe studie werden waarderingen van eigen gezondheidswinst gevonden die varieerden van 80.000 tot 110.000 euro per QALY, en een duidelijk beter beeld lieten zien wat betreft theoretische validiteit en praktische relevantie (Bobinac *et al.*, 2012b). Dat betekent echter niet het einde van de zoektocht.

RELEVANTIE

Naast deze methodologische problemen rondom de betrouwbaarheid van monetaire schattingen van de waarde van gezondheid is er nog een belangrijk aspect: de relevantie van individuele waarderingen van eigen gezondheidswinst voor maatschappelijke besluitvorming. In de literatuur worden tot dusver met name individuele waarderingen van eigen gezondheidswinst gepresenteerd, die veelal gebaseerd zijn op de waarderingen van kleine risicoreducties in mortaliteit en morbiditeit. Om in ieder geval twee redenen kan de relevantie daarvan voor maatschappelijke besluitvorming worden betwist, namelijk omdat individuele waarderingen vanuit maatschappelijk perspectief ongewenst laag of hoog kunnen zijn, mede omdat ze geen solidariteitsgevoelens weerspiegelen.

Allereerst schreef David Dranove (2003) al: *“There is no reason to expect that the value of a statistical life would equal the value of an identified life.”* Waarderingen van kleine risicoreducties, zoals vaak in de literatuur gebruikt, zijn wellicht niet het meest relevant voor de context van de zorg. Daarin behoeven immers aanwijsbare mensen, die met zekerheid ziek zijn, zorg. Een klein risico op een vroegtijdig overlijden leidt tot andere reacties en waarderingen dan de zekerheid dat dit zonder behandeling zal gebeuren. Theoretisch

gezien zal, in het laatste geval, de waarde van gezondheidswinst voor het betrokken individu naar oneindig stijgen (Bleichrodt en Quiggin, 1999), omdat mensen dan begrijpelijkerwijs alles willen opgeven. Welke individuele waarderings zijn dan het meest passend? Ook is de vraag hoe dergelijke hoge waarderings moeten worden geïnterpreteerd. Bij een naderende dood verliest geld immers alle waarde voor het betrokken individu. Het marginale nut zal met andere woorden naar nul neigen. Omdat dit op maatschappelijk niveau niet het geval is, zal de directe vertaling van zeer hoge individuele waarderings voor zelfs kleine gezondheidsverbeterings naar beleid evident onwenselijke gevolgen hebben, alleen al vanwege de hoge opportu-niteitskosten in andere patiënten of sectoren.

Ten tweede is het de vraag of de waarden in het CVZ-model, zoals in figuur 1 is afgebeeld, wel individuele waarderings van eigen gezondheidswinst betreffen. De waarde van QALY-winsten in figuur 1 loopt op met de ernst van de aandoening. Dit wordt verklaard uit rechtvaardigheidsoverwegings aan-gaande de verdeling van gezondheid en gezondheidswinst, die per definitie het individu en daarmee indivi-duele waarderings, overstijgen. Figuur 1 geeft zo een maatschappelijke betalingsbereidheid weer. Om dit laatste punt te verduidelijken, een voorbeeld. Op basis van rechtvaardigheidsoverwegings kan men in maatschappelijke besluitvorming een gezondheidswinst bij een twintigjarige meer gewicht geven, ofwel een hogere waarde toekennen, dan eenzelfde winst bij een negentigjarige (Williams, 1997). Bijvoorbeeld omdat de negentigjarige al veel meer gezondheid heeft ge-noten dan de twintigjarige. Dat wil echter niet zeggen dat de negentigjarige zelf de eigen gezondheidswinst lager waardeert dan een twintigjarige. Maatschappelijke en individuele waarderings kunnen dus uiteenlopen. De maatschappelijke waardering kan hoger liggen dan de individuele, bijvoorbeeld door het opheffen van indivi-duele budgetrestricties of sterke solidariteit voor bepaalde groepen. Maar de waardering kan ook lager liggen, bijvoorbeeld wanneer vanuit maatschappelijk oogpunt een laag noodzakelijkheidsgewicht wordt ge-given aan een voor het individu waardevolle gezondheidsverbetering.

Er zijn maar weinig studies naar een maatschap-pelijke betalingsbereidheid voor gezondheidswinsten verricht (Bobinac *et al.*, nog te verschijnen). Olsen en Donaldson (1998) hebben een studie uitgevoerd waarbij zij mensen keuzen lieten maken tussen drie

zorgprogramma's: heupvervanging, bypassoperatie en een traumahelikopter. Er werd bijvoorbeeld duidelijk gemaakt wat deze programma's zouden kosten en op-leveren in termen van QALY's, wat de toestand van de patiënten voor en na behandeling zou zijn, en welk type patiënt het gemiddeld genomen zou betreffen. Respondenten gaven, in lijn met de verwachtings op basis van noodzakelijkheid, de hoogste QALY-waarde in de context van de traumahelikopter en de laagste waarde bij heupvervanging. Deze studie geeft vooral aan dat het mogelijk is maatschappelijke waarderings van gezondheidswinsten te achterhalen.

Dit is recent door Bobinac *et al.* (submitted paper) bevestigd. In deze studie werd de maatschap-pelijke betalingsbereidheid voor gezondheidswinst

Op basis van rechtvaardigheids-overwegings kan men in maatschappelijke besluitvorming een gezondheidswinst bij een twintigjarige meer gewicht geven, ofwel een hogere waarde toekennen, dan eenzelfde winst bij een negentigjarige

achterhaald door te vragen naar de bereidheid om een premieverhoging te accepteren waarmee een zorgpro-gramma zou worden gefinancierd dat winst oplevert voor een bepaalde groep patiënten. De betalers hoef-den niet tot deze patiëntengroep te behoren, of zelfs te kunnen behoren. De gevonden waarden lagen in de range van 52.000 tot 83.000 euro per QALY, zonder dat de uiterste grenzen van de noodzakelijkheidslijn werden verkend.

Er bestaat ondanks deze studies echter nog te weinig informatie om iets te kunnen zeggen over de afkapprens in figuur 1. Het onderzoeken van die grens vormt een belangrijke en urgente uitdaging voor toe-komstig onderzoek.

DE VORM VAN DE CURVE

Toch kan wel iets meer worden gezegd over de vorm van de curve in figuur 1, los van de hoogte ervan. Er

is namelijk relatief veel, maar uiteenlopend, onderzoek gedaan naar de relatieve waarde van gezondheidswinst. Hierbij wordt vaak gesproken over het achterhalen van 'rechtvaardigheidsgewichten' (equity weights; Dolan *et al.*, 2005). Dit kan bijvoorbeeld door mensen te laten kiezen tussen 100 QALY's winnen in de ene groep patiënten (bijvoorbeeld mensen van 90 jaar) en x QALY's winnen in een andere groep patiënten (bijvoorbeeld mensen van 20 jaar). Door x te variëren kan een indifferentiepunt worden bepaald dat het relatieve gewicht van QALY's in beide groepen weergeeft. Dergelijke studies kunnen informatie geven over maatschappelijke voorkeuren voor verdeling van gezondheidswinsten en daarmee de vorm van de curve in figuur 1. Omdat deze studies niet ingaan op de monetaire waarde van gezondheid, blijft de hoogte van de curve onbekend. Uit de beschikbare studies komt naar voren dat mensen QALY-winsten in ver-

Mensen die hun fair innings nog niet hebben genoten of dreigen dit niet te zullen halen, verdienen meer gewicht te krijgen in besluitvorming dan mensen die hun eerlijke portie wel hebben genoten of zullen genieten

schillende contexten inderdaad anders wegen, waarbij gezondheidswinsten bij noodzakelijkere behandelingen meer gewicht krijgen toebedeeld dan even grote winsten bij minder noodzakelijke behandelingen (Van de Wetering *et al.*, nog te verschijnen; Bobinac *et al.*, nog te verschijnen).

Een belangrijke normatieve vraag hierbij is *waarmee* de maatschappelijke bereidheid om te betalen voor gezondheidswinst zou moeten oplopen. In Nederland gebeurt dit in eerste aanleg met het proportionele gezondheidsverlies als gevolg van een ziekte (*proportional shortfall*; Stolk *et al.*, 2004). Naarmate deze proportie en dus de ziektelast groter wordt, wordt ingrijpen noodzakelijker en de maatschappelijke betalingsbereidheid hoger. Uiteraard zijn andere opvattingen

denkbaar over hoe noodzakelijkheid kan worden gedefinieerd. In de literatuur komen dan ook verschillende rechtvaardigheidsprincipes naar voren die een invulling kunnen geven aan het begrip noodzakelijkheid. Twee belangrijke alternatieve principes zijn de *fair innings*- en de *prospective health*-benaderingen. Bij de *fair innings*-benadering is het leidende idee dat ieder mens recht heeft op een eerlijke portie gezondheid. Mensen die hun *fair innings* nog niet hebben genoten of dreigen dit niet te zullen halen, verdienen meer gewicht te krijgen in besluitvorming dan mensen die hun eerlijke portie wel hebben genoten of zullen genieten. Omdat reeds genoten gezondheid vaak sterk samenhangt met leeftijd kunnen bij *fair innings* leeftijds gewichten worden ontwikkeld. Bij *prospective health* gaat het vooral om de gezondheidsvooruitzichten. Des te slechter de vooruitzichten (ongeacht eerder in het leven genoten gezondheid), des te noodzakelijker behandeling. Een dergelijke benadering sluit goed aan bij de medische *Rule of Rescue*. Proportional shortfall neemt tussen deze beide principes een intermediaire positie in (Stolk *et al.*, 2004). Dit principe lijkt ook redelijk goed aan te sluiten bij empirisch gemeten maatschappelijke voorkeuren voor verdeling van gezondheidswinst (Stolk *et al.*, 2005), hoewel verdere verfijning mogelijk en wenselijk lijkt (Van de Wetering *et al.*, nog te verschijnen). Een belangrijk punt hierbij is dat een gelijke *proportional shortfall* bij twintigjarigen en negentigjarigen maatschappelijk anders gewaardeerd zou kunnen worden.

Het is, ten slotte, opmerkelijk dat deze literatuur over de vorm van de afkapgrens (de rechtvaardigheidsgewichten voor QALY's) tot dusver bijna volledig gescheiden is van die over de hoogte ervan (de waarde van de QALY); zie Bobinac *et al.* (nog te verschijnen). Voor een relevante Nederlandse afkapgrens, zoals in figuur 1 weergegeven, worden maatschappelijke waarden voor gezondheidswinsten idealiter achterhaald voor verschillende niveaus van noodzakelijkheid. Daarmee wordt meer inzicht verkregen in de hoogte en de vorm van de afkapgrens. Dergelijk onderzoek wordt momenteel uitgevoerd binnen het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg.

VASTSTELLEN EN GEBRUIK VAN GRENSWAARDEN

Het achterhalen van een grenswaarde door middel van onderzoek staat niet gelijk aan het vaststellen ervan. Onderzoek kan weliswaar een belangrijke bijdrage leveren aan het debat over grenzen aan de zorg en het

goed onderbouwen van dergelijke grenzen, maar het uiteindelijk vaststellen van grenzen aan de zorg is een politieke aangelegenheid. Interactie tussen beleid en wetenschap zou juist rondom dit heikele thema goed zijn, ook om de relevantie en beleidsmatige inbedding van onderzoek te vergroten. Immers, bij onderzoek naar de waarde van gezondheid zijn veel methodologische en normatieve keuzen nodig die een substantiële invloed kunnen hebben op de uitkomsten, en die ideaaliter aansluiten bij de politieke context.

Bovendien moet worden benadrukt dat ook goed onderbouwde grenzen altijd op een zorgvuldige wijze dienen te worden toegepast. Dit kan nooit mechanistisch, zoals figuur 1 misschien suggereert. Juist bij afwegingen in de zorg, die soms verstreckende gevolgen kunnen hebben, dient het proces van besluitvorming zeer zorgvuldig te worden ingericht, waarbij altijd de mogelijkheid moet bestaan om bredere aspecten en overwegingen die niet in maat en getal kunnen worden uitgedrukt mee te wegen. Er bestaat immers altijd onzekerheid rondom getallen, er liggen belangrijke normatieve keuzen aan de berekeningswijze van getallen ten grondslag, en geen enkel kwantitatief afwegingskader kan alle relevante informatie en overwegingen omvatten. In dat opzicht blijft de uitspraak van Albert Einstein bijzonder relevant: *“Not everything that can be counted counts, and not everything that counts can be counted.”*

Juist om die reden heeft het CVZ sinds enige tijd, in aanvulling op de meer kwantitatieve *assessment*-fase waarin op basis van de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid in eerste aanleg een indicatie wordt gegeven van de ‘pakketwaardigheid’ van een technologie, ook een *appraisal*-fase. Daarin worden, door een onafhankelijke commissie, additionele maatschappelijke waarden en overwegingen meegewogen om te komen tot een uiteindelijk advies aangaande pakketopname. Dit is een belangrijke stap die de legitimiteit van het besluitvormingsproces kan vergroten en de zorgvuldige toepassing van grenzen kan borgen.

CONCLUSIES

Het stellen van grenzen aan de zorg, zeker op basis van kostenoverwegingen, is een zeer heikel maatschappelijk dilemma. Hoewel in algemene zin veelal wel overeenstemming valt te bereiken over de noodzaak voor het stellen van grenzen, wordt dit al snel anders wanneer concrete behandelingen en daarmee ook concrete patiënten in beeld komen. Dat geeft aan hoe moeilijk het

daadwerkelijk stellen van grenzen is. Illustratief is de recente discussie over de vergoeding van de medicatie bij Fabry en Pompe. Dit geeft wellicht ook aan dat, in ernstige gevallen, de maatschappelijke bereidheid om te betalen voor gezondheidswinst bijzonder hoog kan zijn. Dat laat echter onverlet dat er grenzen zijn aan wat we voor specifieke patiëntgroepen kunnen doen, alleen al om andere patiëntgroepen te beschermen en ook hun gepaste zorg te borgen. Bij een eindig zorgbudget is de prijs van meer doen voor de ene groep immers onherroepelijk minder doen voor de andere groep.

Het is dan ook zaak om het debat over grenswaarden in de zorg open en eerlijk met elkaar te voeren. De vooraanstaande Amerikaanse gezondheidseconoom Milton Weinstein (2008) schreef onlangs voor de Amerikaanse situatie: *“It is time to lay to rest the mythical \$50,000 per QALY standard and begin a real public discourse on processes for deciding what health care services are worth paying for.”* In Nederland geldt hetzelfde voor de 80.000 euro-grens. Politiek en maatschappelijk debat over het stellen van grenzen, de noodzaak daarvan en de wijze waarop grenzen kunnen worden bepaald en onderbouwd, is dringend nodig. Immers, gepaste zorg kent z'n grenzen.



LITERATUUR

Bleichrodt, H. en J. Quiggin (1999) Life-cycle preferences over consumption and health: when is cost-effectiveness analysis equivalent to cost-benefit analysis? *Journal of Health Economics*, 18(6), 681–708.

Bobinac, A., N.J.A. van Exel, F.F.H. Rutten en W.B.F. Brouwer (2010) Willingness to pay for a QALY: The individual perspective. *Value in Health*, 13(8), 1046–1105.

Bobinac, A., N.J.A. van Exel, F.F.H. Rutten en W.B.F. Brouwer (2012a) Get more, pay more? An elaborate test of the validity of willingness to pay per QALY estimates. *Journal of Health Economics*, 31(1), 158–168.

Bobinac, A., N.J.A. van Exel, F.F.H. Rutten en W.B.F. Brouwer. Inquiry into the relationship between equity weights and the value of the QALY. *Value in Health*, te verschijnen.

Bobinac, A., N.J.A. van Exel, F.F.H. Rutten en W.B.F. Brouwer. *Valuing QALY gains applying a societal perspective*. Werkdocument bij iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Bobinac, A., N.J.A. van Exel, F.F.H. Rutten en W.B.F. Brouwer (2012b) *Moving towards valid estimates of individual willingness to pay for a QALY: using uncertainty and probability weighting*. Werkdocument bij iBMG, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Brouwer, W.B.F. (2009) *De basis van het pakket*. Inaugurele rede. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam.

Brouwer, W.B.F. (2012) Het complexe dossier gepaste zorg. *ESB*, 97(4644S), 6–14.

Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten (2004) Over-, onder- en gepaste consumptie in de zorg vanuit economisch perspectief. In: RVZ, *Met het oog op gepaste zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten (2011) Wat mag een levensjaar kosten? De afbakening van het basispakket nader bezien. In: Beaufort, I. de, M. Hilhorst, S. van Damme en S. van de Vathorst (red.) *De Kwestie*. Den Haag: Uitgeverij Lemma.

Commissie Keuzen in de Zorg (1991) *Kiezen en delen*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

CVZ (2002) *Vervolgonderzoek breedte geneesmiddelenpakket*. Amstelveen: College voor Zorgverzekeringen.

CVZ (2009) *Pakketbeheer in de Praktijk 2*. Diemen: College voor Zorgverzekeringen.

Dolan, P., R. Shaw, A. Tsuchiya en A. Williams (2005) QALY maximisation and people's preferences: a methodological review of the literature. *Health Economics*, 14, 197–208.

Dranove, D. (2003) *What's your life worth?* New York: FT Prentice Hall.

Gravelle, H., W.B.F. Brouwer, L.W. Niessen, M.J. Postma en F.F.H. Rutten (2007) Discounting in economic evaluations: stepping forward towards optimal decision rules. *Health Economics*, 16(3), 307–317.

Hirth, R.A., M.E. Chernew, E. Miller, A.M. Fendrick en W.G. Weissert (2000) Willingness to pay for a Quality-adjusted Life Year: in search of a standard. *Medical Decision Making*, 20(2000), 332–342.

NRC (2012a) Een kwartaal langer leven voor €84.000. *NRC Handelsblad*, 19 mei

NRC (2012b) Zeldzame ziektes worden te duur. Nu Pompe en Fabry. *Welke volgt?* *NRC Handelsblad*, 30 juli

Olsen, J.A., C. Donaldson (1998) Helicopters, hearts and hips: using willingness to pay to set priorities for public sector health care programmes. *Social Science & Medicine*, 46, 1–12.

Poley, M.J., E.A. Stolk, W.B.F. Brouwer en J.J. van Busschbach (2002) Ziekteelast als uitwerking van het criterium 'noodzakelijkheid' bij het maken van keuzen in de zorg. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 146(48), 2312–2315.

Pomp, M.J., W.B.F. Brouwer en F.F.H. Rutten (2007) QALY-tijd. Nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen. *iMTA report / CPB report*, 152.

Rutten, F.F.H. en W.B.F. Brouwer (2007) Economische evaluaties in de gezondheidszorg. In: Plochg, T., R.E. Juttman, N.S. Klazinga en J.P. Mackenbach (red.) *Handboek Gezondheidszorgonderzoek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

RVZ (2004) *Gepaste zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

RVZ (2006) *Zinnige en duurzame zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg.

Stolk, E.A., W.B.F. Brouwer en J.J. van Busschbach (2002) Rationalising rationing: economic and other considerations in the debate about funding of Viagra. *Health Policy*, 59(1), 53–63.

Stolk, E.A., G. van Donselaar, W.B.F. Brouwer en J.J. van Busschbach (2004) Reconciliation of economic concerns and health policy: illustration of an equity adjustment procedure using proportional shortfall. *PharmacoEconomics*, 22(17), 1097–1107.

Stolk, E.A., S.J. Pickee, A.H. Ament en J.J. van Busschbach (2005) Equity in healthcare prioritisation: an empirical inquiry into social value. *Health Policy*, 74(3), 343–355.

Weinstein, M.C. (2008) How much are Americans willing to pay for a Quality-Adjusted Life Year? *Medical Care*, 46(4), 343–345.

Wetering, L. van de, E.A. Stolk, N.J.A. van Exel en W.B.F. Brouwer. Balancing equity and efficiency in delineating the Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall. *European Journal of Health Economics*, te verschijnen.

Williams, A. (1997) Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics*, 6(2), 117–132.