

Gezondheidseconomie en besluitvorming

Inleiding

Wat is de rol van de econoom in de gezondheidszorg? Is zijn taak beperkt tot het verkopen van „nee” in tijden van economische neergang of kan hij een positieve rol spelen door het aanreiken van hulpmiddelen ten behoeve van een goede besluitvorming?

Met deze en andere vragen worstelden de aanwezigen op een studiebijeenkomst die als titel droeg „De plaats van kosten-batenanalyse bij besluitvormingsprocessen in de gezondheidszorg”. De bijeenkomst werd op 20 en 21 maart j.l. in Brussel gehouden. Zij was georganiseerd door het Europees Forum Gezondheidsbeleid in samenwerking met de Wereldgezondheidsorganisatie.

Volgens de organisatoren bestaat er ernstige zorg ten aanzien van de praktische toepasbaarheid van economische evaluatiemethoden bij de technologiekeuze in de gezondheidszorg. In dit verslag zullen de bijdragen die dit probleem nadrukkelijk aan de orde stellen centraal staan.

Gezondheidseconomie

In de bijdrage van Zöllner, als gezondheidseconoom verbonden aan de Wereldgezondheidsorganisatie, wordt ingegaan op de inhoud van de gezondheidseconomie. De gezondheidseconomie wordt door hem beschreven als een onderdeel van de economische wetenschappen, waar begrippen als productie, distributie en consumptie op de gezondheidszorg worden toegepast. Studieobjecten zijn onder meer werkgelegenheid, investeringsbeslissingen en financieringsmethoden. Ook het verdelingsvraagstuk is in de gezondheidseconomie nadrukkelijk aanwezig. Keuzes zijn nodig, omdat de middelen (mensen, tijd, apparatuur en kennis) op alternatieve wijzen kunnen worden aangewend en schaars zijn in verhouding tot de behoeften. Tevens kan het keuzevraagstuk zich richten op de omvang van de collectieve sector en op regulering versus concurrentie. Tot slot bespreekt Zöllner kort het ontstaan van economische evaluatiemethoden in de gezondheidszorg. Ter verdere oriëntatie wordt verwezen naar een artikel van Drummond en Stoddart, dat bij de documentatie van de studiebijeenkomst is gevoegd 1).

In het algemeen kunnen de evaluatiemethoden in twee groepen worden onderverdeeld, te weten:

- kosten-batenanalyse (kba);
- kosten-effectiviteitsanalyse (kea).

Kba drukt de kosten en baten van een besluit uit in geld. Probleem is het kwantificeren van alle gevolgen. In de praktijk concentreert deze methode zich op die gevolgen die relatief gemakkelijk in geld zijn te waarderen, zoals het gebruik van maatschappelijke goederen, diensten en de financiële bijdrage van de patiënt en het vermogen van de patiënt om weer in zijn eigen levensonderhoud te voorzien.

Kea drukt de kosten uit in geld, maar sommige baten worden uitgedrukt in fysieke eenheden (bij voorbeeld de aantallen geredde levens of jaren levensverlenging). Naast kwantificering van levenswinst in absolute getallen kan ook worden getracht een maatstaf te ontwerpen die de kwaliteit en de kwantiteit in de beschouwing betreft. Alternatieven worden dan vergeleken in termen van hun kosten per „quality adjusted life year” (qaly). Verondersteld wordt dat per alternatief de kwaliteit van het verdiende levensjaar kan verschillen. Kort samengevat zijn qaly's aantallen levensjaren gecorrigeerd door vermenigvuldiging met een factor voor de kwaliteit van leven.

Praktische toepasbaarheid van evaluatiemethoden

Dinkel, directeur van een Zwitsers adviesbureau, maakt zich nogal zorgen over het gebruik van kba en kea als beslissingsinstrument. Hij stelt dat de toepasbaarheid wordt geblokkeerd door allerlei methodologische discussies. Tegelijkertijd worden beslissers in toenemende mate geconfronteerd met de groeiende behoefte aan instrumenten die de beperkte middelen efficiënt kunnen verdelen. Dinkel memoreert dat de gezondheidszorg in het verleden hoofdzakelijk een medische aangelegenheid was en dat het niet ethisch was over geld te spreken. Tegenwoordig is de gezondheidszorg meer een zaak van economen en is het niet ethisch om de financiële aspecten te verzwijgen. Door deze verandering kunnen kba en kea niet langer worden gezien als slechts een „way of thinking”. Onduidelijk is in hoeverre deze evaluatiemethoden momenteel wor-

den gebruikt bij planning en besluitvorming.

De methodologische discussies betreffen vragen als:

- welke disconteringsfactor dient te worden gehanteerd bij het herleiden van toekomstige opbrengsten tot de contante waarde;
- leidt de waardering van menselijk leven door middel van productiecijfers niet tot onderwaardering van degene die buiten het arbeidsproces staan;
- dient bij de berekening van productieverlies ten gevolge van voortijdige mortaliteit en morbiditeit de potentiële consumptie van goederen en diensten te worden afgetrokken van de toekomstige opbrengsten;
- welke veronderstellingen dienen te worden gemaakt met betrekking tot de toekomstige levensverwachting en arbeidsparticipatiegraad.

Terwijl deze discussies gaande zijn, blijken de omstandigheden drastisch te zijn gewijzigd, zowel ten gevolge van technologische veranderingen als door toegenomen overheidsbemoeienis in de gezondheidszorg. Volgens Dinkel is in deze nieuwe situatie de vraag naar kba en kea gestegen. Werd vroeger de afweging van de kosten en baten voor de gemeenschap als geheel gemaakt, nu maken diverse partijen hun eigen analyses. Hierdoor verschillen de kosten en baten per partij (overheid, verzekeraars, ziekenhuizen en medici). De kosten van intramurale zorg zijn bij voorbeeld voor de patiënt de eigen bijdrage, voor de verzekeraars de contractueel overeengekomen vergoeding, voor ziekenhuizen personeels- en kapitaallasten en voor de gemeenschap de afschrijving op gedane investeringen en het produktiviteitsverlies.

Zijn kba en kea dan nog wel te hanteren? Dinkel meent dat toepassing slechts mogelijk is indien wordt uitgelegd voor welke (belangen-)groep iets goedkoop of duur is. Aan het einde van zijn betoog kritiseert hij het retrospectief toepassen van kba en kea. Het primaire doel lijkt dan het rechtvaardigen van gedane zaken, terwijl kba en kea feitelijk dienen als basis voor besluitvorming. Willen economische evaluatiemethoden aanspraak kunnen maken op hun claim als beslissingsinstrument, dan moet de analyse zijn uitgevoerd alvorens nieuwe behandelmethoden worden geïntroduceerd.

Kwantificering van welzijn

De Britse wiskundige en farmaceut Teeling Smith begint zijn bijdrage met een kort historisch overzicht van de ontwikkeling van evaluatiemethoden

1) M.F. Drummond en G.L. Stoddart, Principles of economic evaluation of health programmes, *World Health Statistic Quarterly*, 38, 1982.

in de farmaceutische sector. In de jaren dertig en veertig zagen medici in dat meting van de effectiviteit van behandelingen met nieuwe medicijnen van belang is. Dit leidde tot de introductie van de 'clinical trials', waarin het nieuwe medicijn of de nieuwe behandelingsmethode met een placebo of een vroegere behandelingsmethode wordt vergeleken. Hoewel op deze wijze de medische effectiviteit van nieuwe therapieën kan worden aangetoond, wordt geen inzicht gegeven in de economische effectiviteit. In de jaren zestig werd kba geïntroduceerd. Volgens Teeling Smith dient deze evaluatiemethode meer als p.r.-middel om nieuwe investeringen te rechtvaardigen dan als beslissingsinstrument.

In bepaalde gevallen geeft kba geweldige opbrengsten te zien, bijvoorbeeld de kosten van moderne anti-tbc-medicijnen vallen weg tegen de besparingen op ziekenhuiskosten, reductie van ziekteverzuim en lagere mortaliteit. Naarmate de nieuwe medicijnen zich meer gaan richten op chronische ziekten en ouderdomsziekten wordt het steeds moeilijker kba te hanteren.

Het gezond maken van ouderen valt niet te meten in termen van dalend ziekteverzuim en produktiviteitsverbeteringen. Als alternatief komt kea die aangeeft hoe effectief farmaceutische behandelingen zijn vergeleken met een operatie. Met behulp van qaly's wordt het mogelijk aan te tonen dat nieuwe medicijnen beter zijn dan andere behandelingsmethoden.

Teeling Smith stelt dat het concept 'nut' van toenemend belang is voor de evaluatie van nieuwe therapieën, aangezien deze tegenwoordig relatief geringe financiële besparingen opleveren. Behandelingen zijn meer gericht op het zich beter laten voelen van mensen dan op kostenvermindering. Welvaart wordt vervangen door welzijn als centraal begrip in de gezondheidszorg.

De gezondheidsindex wordt aange-merkt als de meest aanvaardbare techniek om welzijn te meten en in te schakelen. Aan 'optimaal welzijn' wordt bij voorbeeld de waarde één gegeven, terwijl een andere waarde, bij voorbeeld nul, 'dood' inhoudt. De ruimte tussen deze punten wordt de dood-gezondheidsschaal genoemd.

Via uitvoerige interviews zijn door

groepen mensen waarden tussen 1 en 0 toegekend aan de diverse stadia van pijn en invaliditeit. Opvallend noemt Teeling Smith de gevallen met een score lager dan nul. Dit zou leiden tot de conclusie dat in deze gevallen overleving erger is dan dood. Toegespitst op het concept 'quality adjusted life year' geeft een weergave van de verzamelde resultaten in een gezondheidsmatrix aan dat de levenswinst niet alleen in jaren levensverlenging kan worden gemeten. Een jaar met een uitstekende gezondheid kan in termen van totaal nut immers gelijk zijn aan meer dan een jaar met een verminderde gezondheid.

Het is echter de vraag in hoeverre de te verwachten kwaliteit van het leven na behandeling kan worden geobjectie-veerd. Personen kunnen verschillende waarden toekennen aan dezelfde graad van pijn en invaliditeit. Dit komt doordat andere factoren die de kwaliteit van iemands leven bepalen buiten beschouwing worden gelaten (zoals bij voorbeeld het bezit van een baan).

Tot slot toont Teeling Smith een tabel met een overzicht van de contante waarde van een behandeling. De verschillen in de kosten per qaly blijken aanzienlijk. Kunstheup- en pacemakerimplantaties zijn relatief goedkoop, terwijl hemodialyse duur is. Teeling Smith eindigt zijn bijdrage met het uitspreken van de verwachting dat in de eenentwintigste eeuw de gezondheidszorg met behulp van kea zal worden gepland.

Kea en nmr

De Britse gezondheidseconoom Hutton geeft in zijn bijdrage een verslag van een nog lopend kosten-batenonderzoek ten aanzien van het gebruik van nmr-apparatuur. Nucleaire magnetische resonantie is een geavanceerde diagnostische techniek waarmee op verfijnde wijze afbeeldingen van het lichaam of delen daarvan kunnen worden gemaakt (bij voorbeeld driedimensionale afbeeldingen van tumoren). Deze diagnostische technologie kan een groot effect hebben op de ontwikkeling van de productie in de intramurale zorg en daarmee op de kostenontwikkeling. Huttons onderzoek

komt neer op een kritische kijk op de snelle technologische ontwikkelingen in de gezondheidszorg. Bij de aanschaf van een nieuwe technologie spelen diverse vraagstukken:

- waarom moet deze technologie worden aangeschaft;
- wanneer moet deze technologie worden aangeschaft;
- waar moet deze technologie worden geplaatst;
- hoeveel van deze technologie moet worden aangeschaft;
- wie moet de aanschaf betalen.

Hutton meent dat de timing van de economische evaluatie van een nieuwe technologie cruciaal is. Een vroege start van de evaluatie is nodig om voldoende data te verzamelen en te analyseren, maar deze oude informatie kan waardeloos worden wanneer de technologie zich ondertussen verder ontwikkelt. Een late start van de evaluatie kan ertoe leiden dat methodologisch goed onderbouwde studies pas zijn voltooid, nadat de technologie zich reeds heeft verspreid. Een aanvullend probleem bij een vroege evaluatie is naar mijn mening het gebrek aan gegevens, waardoor de uitkomsten van de analyse minder betrouwbaar kunnen zijn. Introductie van apparatuur min of meer op goed geluk is dus tot op zekere hoogte onvermijdelijk.

Het tijdstip van investeren is gekoppeld aan de timing van de evaluatie. Bij vroeg investeren moeten volgens Hutton de opbrengsten van een betere technologie, aangeschaft op een later tijdstip tot de kosten van de huidige technologie worden gerekend. Later investeren betekent dat de opbrengsten van een huidige behandelingsmethode onder de kosten van de betere technologie vallen. Hutton besluit zijn bijdrage met de opmerking dat gezien het feit dat investeringen in nieuwe medische apparatuur veelal mede op grond van prestige-overwegingen plaats vinden, kea zeker nodig is om te bezien of niet een evenwicht mogelijk is in het gebruik van nmr en concurrerende technologieën.

Slotbeschouwing

In de plenaire discussie toont Dinkel zich pessimistisch ten aanzien van de rol van de gezondheidseconoom. Veel studies zijn onderworpen aan tijdsdruk, terwijl de enorme hoeveelheid data een nachtmerrie kan worden. Ten slotte moet de studie zelf ook kosteneffectief zijn. De geringe respons van de aanwezige beleidsmakers en financiers is voor hem teleurstellend. Onduidelijk blijft in hoeverre de gepresenteerde evaluatiemethoden een rol spelen bij de besluitvorming. Teeling Smith is daarentegen optimistischer. Volgens hem zal kea in de komende decennia een beslissende rol gaan spelen bij de besluitvorming over de gezondheidszorgvoorziening. Naar

Tabel. Een overzicht van kosten en baten van diverse behandelingsmethoden a)

Behandelingsmethode	Kosten per behandelingsmethode, in £ x 1.000	Contante waarde van baten in qaly's	Kosten per extra qaly
Pacemakerimplantatie	3,5	5	0,7
Kunstheupimplantatie	3	4	0,75
Niertransplantatie	1,5	5	3
Harttransplantatie	23	4,5	5
Hemodialyse thuis	66	6	11
Hemodialyse ziekenhuis	70	5	14

a) Terwille van de overzichtelijkheid is deze tabel enigszins ingekort.

Bron: A. Williams, *Coronary artery bypass grafting: an economic appraisal*. Paper gepresenteerd tijdens de Concensus Development Conference on Coronary Artery Bypass Surgery, 1984.

mijn mening is het momenteel nog te vroeg om een duidelijke uitspraak te doen. Het resultaat van de bijeenkomst geeft in ieder geval een goede weerspiegeling van discussies zoals die tevens in Nederland worden gevoerd. Ook hier is over het nut van kea-toepassing nog onvoldoende nagedacht.

Op een in april van dit jaar in Amsterdam gehouden symposium is onder meer gesteld dat het keuzevraagstuk in de komende decennia zo beperkt mogelijk moet worden gehouden door een efficiënt gebruik van de voor de gezondheidszorg beschikbare gelden. Tegelijkertijd heeft de Ziekenfondsraad in een advies inzake de grenzen van de groei van het verstrekkingenpakket gepleit voor het hanteren van kea bij het te voeren verstrekkingenbeleid. Het is nu aan het departement om een standpunt te bepalen.

H. Merkus

De auteur is als beleidsmedewerker verbonden aan het Directoraat-Generaal van de volksgezondheid van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Dit verslag is geschreven op persoonlijke titel.

Appendix

Lezingen, gehouden tijdens de studiebijeenkomst van het Europees Forum Gezondheidsbeleid / Wereldgezondheidsorganisatie in Brussel (20 en 21 maart 1986):

1. Herbert F.K. Zöllner, *Economic appraisal in health care*;
2. Ralf Dinkel, *Is cost-benefit analysis a helpful tool for decisionmakers?*
3. Jean-Paul Moatti, *Social valuation of life through prevention of risks: the economic rationalism confronting social practices*;
4. George Teeling Smith, *Problems and issues in cost-benefit analysis of pharmaceuticals*;
5. John Hutton, *Cost-benefit analysis and defining health policy: the case of Nuclear Resonance Imaging*;
6. André Conix, *Innovation and technology assessment*;
7. Herbert F.K. Zöllner, *Health politics and economic analysis*.