

Reactie op: de welvaartseffecten van innovatieve geneesmiddelen

Gezondheid is een groot goed. De aandacht daarvoor neemt toe, en het is verheugend dat Tsiachristas, Goudriaan en Groot (TG&G) in *ESB* een lans breken voor de welvaartseffecten van innovatieve geneesmiddelen. Door deze middelen neemt de Nederlandse welvaart jaarlijks toe met 1,7 tot 3,6 miljard euro, betogen zij, en een verdere stijging met 970 miljoen euro ligt in het verschiet als nieuwe geneesmiddelen sneller voor vergoeding in aanmerking komen. Helaas rekenen TG&G zich te rijk.

Welvaartsclaim en therapeutische waarde

TG&G hebben 52 farmaco-economische studies op een rij gezet en zo goed mogelijk vertaald naar de Nederlandse situatie. Dat die vertaling niet zo goed gelukt is, zal iedereen die bekend is met dit terrein niet verwonderlijk in de oren klinken. Wat wel verwondering wekt is dat de auteurs geen kwaliteitsoordeel over deze studies willen geven. Dat is jammer, want daarmee vervalt een van de voordelen van een meta-analyse. Van de zestien studies uit de analyse van TG&G die door de farmaceutische industrie bij het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) werden aangeleverd (door de auteurs abusievelijk CVZ-studies genoemd) bleken er maar liefst twaalf niet te voldoen aan de kwaliteitsnormen van dit college (De Groot *et al.*, 2008). En zoals iedere onderzoeker weet: "garbage in" levert "garbage out". Daar komt bij dat van de totale welvaartsclaim van deze zestien studies (213 miljoen euro bij een waardering van 50.000 euro per *quality adjusted life year* ofwel QALY) meer dan de helft afkomstig is van geneesmiddelen waarvan de therapeutische meerwaarde niet is aangetoond (Tamiflu® en Acomplia®). Door Medisch Contact (2008) zijn ook vraagtekens geplaatst bij de welvaartsclaims van andere middelen uit de lijst van 52 omdat het bijvoorbeeld om niet-innovatieve *me-too*-preparaten gaat.

Kortom, TG&G gaan volledig af op de farmaco-economische studies zoals die door de fabrikanten worden aangeleverd, en gaan geheel voorbij aan de inzichten en de besluitvorming van instanties als het CVZ in Nederland of de Food and Drug Administration (FDA) in de Verenigde Staten. Daarmee negeren zij een belangrijke wetenschappelijke en publiekrechtelijke toets en overschatten zij de welvaartswinst.

Welvaartsverlies en productlevenscyclus

Door traagheid bij de toelating van nieuwe geneesmiddelen, gemiddeld zeven maanden, ontstaat er volgens TG&G een *deadweight loss* oplopend tot 970 miljoen euro. Dat lijkt fors, maar de middelen zijn

over een periode van tien jaar op de markt gebracht. Het jaarlijkse welvaartsverlies is dan ook beduidend lager. Maar belangrijker nog is dat geheel voorbij wordt gegaan aan de productlevenscyclus van innovatieve geneesmiddelen. Deze omspannt meerdere decennia, en tijdens deze cyclus neemt het aantal gebruikers gewoonlijk toe en weer af. De vertraging bij de toelating en de daaruit voortvloeiende welvaartsverliezen moeten worden afgezet tegen de totale duur van de productlevenscyclus en de welvaartswinst over de gehele periode. Uit zo'n berekening zou wel eens kunnen volgen dat het *deadweight loss* verwaarloosbaar klein wordt. Helaas negeren TG&G de productlevenscyclus en overschatten zij het welvaartsverlies.

Consumentensurplus en bruto binnenlands product

Ten slotte gaan TG&G ervan uit dat een QALY ergens tussen de twintig- en tachtigduizend euro waard is. Als benchmark kiezen zij een waarde van 50.000 euro. Op zich is met de waardering van gezondheidsbaten in monetaire termen niets mis (Hirth *et al.*, 2000), maar we moeten wel beseffen dat het daarbij gaat om de monetaïsering van het consumentensurplus. Hoewel er over euro's wordt gesproken, hebben deze niet de gebruikelijke functies van geld, maar alleen die van een rekeneenheid. Je kunt die euro's niet opnieuw uitgeven of op de bank zetten. Ze zitten slechts tussen de oren van de mensen die deze geneesmiddelen slikken en van de samenleving die de gezondheid van burgers op een waarde van zoveel euro per QALY schat. TG&G verslikken zich als zij deze euro's relateren aan het bruto binnenlands product (bbp), dat wel bestaat uit geld dat kan rollen. Zij zeggen namelijk dat de welvaartswinst van innovatieve geneesmiddelen 0,3 tot 0,7 procent van het bbp bedraagt. Dit wekt verwarring omdat de meerwaarde van een QALY (gemonetariseerde baten minus de prijs die ervoor wordt betaald) uitstijgt boven het bbp dat een beperktere definitie van welvaart kent. Nu valt op de welvaartsdefinitie van het bbp ook wel wat af te dingen, maar we moeten geen appels met peren vergelijken. TG&G doen dat wel, en zetten beleidsmakers op het verkeerde spoor. Wie het consumentensurplus van innovatieve geneesmiddelen wil meenemen in beleidsbeslissingen zal dit moeten afwegen tegen het consumentensurplus van auto's, huizen, vakanties, onderwijs en alle andere alternatieve bestedingsmogelijkheden van het nationaal inkomen, zowel privaat als publiek. Omdat dat consumentensurplus per definitie hoger is dan het

bbp zal het aandeel van innovatieve geneesmiddelen in de aldus gemeten welvaart lager zijn dan TG&G voorspiegelen. Dat lijkt een bittere pil, maar vanuit een maatschappelijk gezichtspunt mag zo'n analyse met recht innovatief heten. Gezondheid en geneesmiddelen vertegenwoordigen een grote waarde, maar van een kreupele voorstelling van zaken wordt niemand beter.

LITERATUUR

Groot F.W. de, W. Goettsch en H. Piepenbrink (2008) Geclaimde welvaartswinst van geneesmiddelen sterk overschat. *Medisch Contact*, 20 maart 2008.

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. *Med Decis Making*, 2000 Jul-Sep, 20(3), 332-342.

Medisch Contact (2008) *Economen: 'Nederland ziet geneesmiddelen als kostenpost'*. NieuwsReflex, 8 februari 2008.

Tsiachristas A., R. Goudriaan en W. Groot (2008) De welvaarts-effecten van innovatieve geneesmiddelen. *ESB*, 93(4530), 154-155.

JOHAN POLDER, WIM GOETTSCH EN LANY SLOBBE

Hoogleraar aan de Universiteit van Tilburg, adviseur bij het College voor Zorgverzekeringen, projectleider bij het RIVM

Reactie op: de welvaartseffecten van innovatieve geneesmiddelen

Medische innovatie en specifiek nieuwe en verbeterde diagnose- en behandeltechnieken leveren een forse bijdrage aan de welvaart. Een recente berekening van Tsiachristas, Goudriaan en Groot (2008) in *ESB* bijvoorbeeld schat dat louter innovatieve medicijnen onze welvaart jaarlijks al met 1,7 tot 3,6 miljard euro doen toenemen. Evenzo schat Nordhaus (2002) dat in de 20e eeuw gezondheidsverbeteringen een even grote bijdrage aan het verhogen van de levensstandaard hebben geleverd als de toegenomen consumptie over deze periode. Niettegenstaande de baten van veel nieuwe medische technologie kent vooruitgang in de medische sector ook minder goede kanten. Bekend is dat medische innovatie de belangrijkste kracht is achter de snel stijgende uitgaven aan zorg (als percentage van het bruto binnenlands product) in Nederland en andere ontwikkelde landen (Van der Ploeg, 2004). En juist dit effect van medische innovatie kan aanleiding geven tot een pervers welvaartseffect dat vaak genegeerd wordt in analyses van de kosten en baten van nieuwe medische technologieën.

Medische innovatie en kostenbeheersing in de zorg

Zoals uitgelegd in Cutler en McClellan (2001), is een effect van innovatie in de medische sector dat het tot meer feitelijke zorg en dus tot hogere kosten leidt. De reden is dat met de komst van nieuwe technologieën vele aandoeningen weliswaar goedkoper behandeld kunnen worden, maar dat tegelijkertijd het aantal behandelingen toeneemt. Want bepaalde

aandoeningen zijn nu namelijk wel behandelbaar. In reactie op de stijgende zorguitgaven hebben overheden wereldwijd, en niet in de laatste plaats de Nederlandse, de laatste jaren diverse beheersmaatregelen getroffen teneinde de kostenstijgingen in de zorg te beteugelen. Radicale ingrepen zijn daarbij zeker niet geschuwd; in Nederland is bijvoorbeeld het collectieve verstrekkingenpakket beperkt, maar ook was, en is, er sprake van aanbodregulering en het hanteren van een uitgavenplafond (Budgettaire Kader Zorg). Terwijl de baten van medische innovatie, meer levensjaren en hogere kwaliteit van leven welbekend zijn, is er weinig aandacht voor een pervers aspect van deze combinatie van kostenopdrivende innovatie en strikte beperking van de kosten van zorg. Onderstaand voorbeeld verduidelijkt dit.

Perverse welvaartseffecten?

Stel dat onderzoekers een nieuw medicijn ontwikkelen dat gebruikt kan worden bij de behandeling van een bepaalde vorm van voorheen onbehandelbare kanker. Omdat de middelen beperkt zijn, is het in principe mogelijk dat dit medicijn slechts voor een klein aantal patiënten beschikbaar is. Voor degenen die met het nieuwe medicijn genezen kunnen worden zullen de baten enorm zijn. Tegelijkertijd echter zullen voor de ongelukkigen de druiven extra zuur zijn. Zij zouden namelijk vrijwel zeker minder onder hun ziekte lijden indien er geen medicijn beschikbaar was dan wanneer budgettaire overwegingen hun genezing in de weg staan. In deze zin kan de combinatie van maatregelen ter beheersing van (stij-

gende) zorguitgaven en medische innovatie duidelijk perverse welvaartseffecten hebben. Dit aspect van medische innovatie, in combinatie met kostenbeheersmaatregelen, wordt niet algemeen onderkend.

Beleidsconclusie

Omdat, zelfs als rekening gehouden wordt met perverse welvaartseffecten, de baten van technologische vooruitgang in de zorg over het algemeen de kosten zullen overtreffen, volgt uit bovenstaande analyse geen directe beleidsconclusie.

Als we echter naar het Nederlandse innovatiebeleid kijken, dan blijkt de overheid een belangrijke bijdrage te leveren aan innovatie in de zorg. In de zogenaamde sleutelgebieden-aanpak heeft de overheid bijvoorbeeld "Life Sciences en Gezondheid" als kansrijk innovatiegebied aangewezen en wordt medische innovatie op diverse manieren gestimuleerd (Ministerie van Economische Zaken, 2005). Op deze wijze is de overheid via haar innovatiebeleid dus deels verantwoordelijk voor de stijgende kosten van gezondheidszorg. Meer dan dat nog werkt het ene deel van de overheid het andere deel tegen in zijn streven de zorguitgaven te beheersen. En juist op dit punt is er duidelijk sprake van een perversiteit in het Nederlandse zorg- en innovatiebeleid. Dus is er een heldere reden om het innovatiebeleid ten

aanzien van de medische sector eens goed tegen het licht te houden. Het interessantst lijkt vervolgens om de welvaartseffecten van productinnovatie ten opzichte van procesinnovatie nader te beschouwen. Hoewel diverse zaken de analyse compliceren, ligt het voor de hand dat het bevorderen van het eerste type innovatie de kosten voor zorg juist opdrijft en dus perverse welvaartseffecten kan hebben, terwijl het tweede type juist nuttige efficiëntieverbeteringen en kostenbesparingen bewerkstelligt.

LITERATUUR

- Cutler, D.M. en M. McClellan (2001) *Is technological change in medicine worth it?* *Health Affairs*, 20(1), 11-29.
- EZ (2005) *Onderscheidend vermogen. Sleutelgebieden-aanpak: samen werken aan innovatie op kansrijke gebieden*. Den Haag: Ministerie van Economische Zaken.
- Nordhaus, W. (2002) *The Health of nations: The contribution of improved health to living standards*. NBER Working Paper Nr. 8818, Cambridge, MA: NBER.
- Ploeg, F. van der (2004) *Nieuw zorgstelsel veroorzaakt explosie premies en ondermijnt solidariteit*. *ESB*, 89(4447), 558-561.
- Tsiachristas, A., R. Goudriaan en W. Groot (2008) *De welvaartseffecten van innovatieve geneesmiddelen*. *ESB*, 93(4530), 154-155.

ANDRÉ VAN HOORN

Junior Onderzoeker aan de Radboud Universiteit Nijmegen

Bernard van Praag schrijft ons

Terugkomend van vakantie uit Afrika vind ik de nieuwe *ESB* op de mat met daarin een stuk van de heer Vinken, voorzitter van de Stichting Optas, waarin hij kritisch reageert op mijn column van 11 januari 2008 over "de kwestie Optas". Die column van mij was inderdaad heel kritisch ten aanzien van het Bestuur, waarvan de heer Vinken momenteel de voorzitter is. Het is zijn volste recht om ook mij eens stevig aan te pakken. Het is in dit korte bestek natuurlijk onmogelijk om op zijn kritiek op mij in detail te reageren. Het lijkt mij goed erop te wijzen dat ik mijn kennis onder andere gehaald heb van de website www.havenpensioen.nl en in het bijzonder uit de daar te vinden brief van minister Donner van 10 december 2007 aan de Tweede Kamer in reactie op Kamervragen.

Hieruit blijkt dat Optas n.v. inderdaad voor 1994 al bestond maar enige jaren eerder was opgericht door de toenmalige Stichting Pensioenfonds voor de Vervoer- en Havenbedrijven. Het was dus niet zomaar een verzekeraar van de straat, maar een instrument en eigendom van de PVH.

De heer Vinken stelt: "De bewering dat de deelnemers van het havenfonds het uiteindelijke 'overschot bij elkaar gespaard hebben' is onjuist. De groei van het vermogen is juist ná 1998 aanzienlijk geweest."

De minister merkt hierover op: "Het verschil tussen de huidige waarde en de marktwaarde vlak na de omzetting bestaat uit waardeinstijging van de aandelen van Optas n.v. (...) De marktwaarde toendertijd is echter moeilijk vast te stellen. Destijds golden er voor pensioenfonds andere waarderingsregels en was waardering op marktwaarde nog geen gemeengoed."

De heer Vinken heeft gelijk dat de Stichting Optas al lange tijd bestond als enig aandeelhouder van Optas n.v., maar ik heb ook nergens in mijn stuk gesuggereerd "dat de Stichting Optas werd opgericht om geld van AEGON te ontvangen".

Het lijkt het beste de zaak aan de Rotterdamse rechtbank over te laten, die blijkens haar uitspraak van 10 januari heeft geoordeeld dat het laatste woord hierover nog lang niet gezegd is. Al met al, is het een ingewikkelde kwestie.

BERNARD VAN PRAAG

Emeritus universiteitshoogleraar aan de Universiteit van Amsterdam