



De prijs van gezondheid

2010/44
22 | 06 | 2010



Brieuc Van Damme
Fellow

Menig ethisch debat kon de afgelopen weken op de nodige pers aandacht rekenen. Het valt op dat vooral gezondheidszorg die gladiatorenvechten der ideeën mocht herbergen. Eerst was er de verontwaardiging over de niet terugbetaling door het ziekenfonds van 32 aortaklapvervangingen via de lies. Dan de verontwaardiging over de herdenking van 20 jaar abortuswetgeving. En vandaag verontwaardiging over de vraag van Luc Gouty of de middelen in de gezondheidszorg wel op een verantwoorde manier worden besteed. In essentie gaat de verontwaardiging echter over hetzelfde: voor welke gezondheidszorguitgaven moet de maatschappij opdraaien, en wanneer moet het individu maar (veel) dieper in de buidel tasten?

Nieuwjaarscliché

De commotie die rond dergelijke debatten ontstaat is normaal. Het mag dan wel een Nieuwjaarscliché zijn, maar gezondheid is wel degelijk ons meest waardevolle bezit. Onze psychologische en lichamelijke integriteit staan boven alles en die wensen we uit individueel standpunt dan ook, letterlijk, koste wat het kost te verdedigen. Zo blijkt ook uit onderzoek. In een bekend artikel stellen Hall en Jones vast dat het nut van een extra levensjaar – in tegenstelling tot een derde of vierde auto bijvoorbeeld – niet afneemt. Ons Federaal Planbureau berekende dat de 'elasticiteit' van gezondheidsuitgaven per capita en het bruto binnenlands product (BBP)

per capita – de mate waarin de vraag naar gezondheid daalt of stijgt in vergelijking met de groei van onze welvaart – groter is dan 1. Dit betekent twee dingen: 1) hoe rijker we worden, hoe meer we bereid zijn uit te geven aan onze gezondheid, en 2), relatief gezien zouden we meer willen uitgeven aan gezondheidszorg dan dat we aan rijkdom gewonnen hebben.

Niet de vergrijzing is dé katalysator achter onze gezondheidsuitgaven, wel onze behoefte naar meer gezondheidszorg. Landen die prospecties maken voor de gezondheidszorguitgaven voor de verre toekomst gaan er van uit dat meer dan 1/3e van het BBP

“

Niet de vergrijzing is dé katalysator achter onze gezondheidsuitgaven, wel onze behoefte naar meer gezondheidszorg.

”

aan gezondheidszorg zal worden gespendeerd (tegen iets meer dan 1/10e vandaag). In de post-moderne maatschappijen van het rijke westen is welzijn de logische verderzetting van welvaart. De technologische en epidemiologische ontwikkelingen laten steeds meer gezondheidswinsten toe, maar wel aan een steeds hogere prijs. Economen noemen dit de wet van de dalende marginale productiviteit: het wordt moeilijker, en daarom ook kostelijker, eenzelfde eenheid gezondheid te produceren.

Op zich is dit niet per se een probleem. Zolang de vraag stijgt, moet het aanbod in een goed werkende markteconomie volgen. Maar de markt voor gezondheidszorg mag uiteraard niet over dezelfde kam worden geschoren als bijvoorbeeld de markt voor auto's. Vanwege het vitale solidariteitscomponent dat in onze sociale markteconomie gevlochten zit, wordt ongeveer 72% van onze gezondheidsuitgaven via onze sociale zekerheid betaald. Zolang de meeruitgaven kunnen worden gefinancierd dankzij de meerinkomsten is er niets aan de hand. Er stelt zich echter wel een probleem wanneer de uitgaven-groei gevoelig hoger ligt dan de

welvaartsgroei. Dan kom je tot het scenario van vandaag waarbij de gezondheidsuitgaven de welvaart geleidelijk aan kannibaliseert ten koste van andere interessante uitgavenposten. Op termijn is dit niet haalbaar en we moeten goed beseffen dat, hoezeer we dat ook zouden willen, niet alles terugbetaald kan worden. Ooit bereikt de exponentiële uitgaven-groei zijn budgettaire grens. De vraag is daarom niet hoeveel de gezondheidszorg maximaal mag kosten, maar wel hoeveel gezondheid door de overheid moet worden aangeboden?

Kosten-baten

We hebben met andere woorden één, of meerdere, drempelwaardes nodig. Neemt de overheid haar verantwoordelijkheid op door met belastinggeld dementerende hoogbejaarden zo lang mogelijk in leven te houden, of net niet? Kan dat geld niet beter worden gebruikt om kinderen met zeer zeldzame ziektes – de zogenaamde weesziekten – te behandelen?

Om dergelijke ethisch zeer ingewikkelde en emotioneel zeer beladen kwesties te benaderen gebruiken economen graag kosten-batenanalyses. Een kosten-batenanalyse vergelijkt de geïnvesteerde middelen, in ons geval belastinggeld, met de bereikte

uitkomst, in ons geval gezondheid. Dit lijkt simpeler dan het is want wie een kosten-batenanalyse in de gezondheidszorg wilt uitvoeren wordt al snel geconfronteerd met een dubbel probleem: **1) hoe meet je gezondheidswinsten?, en 2) hoe druk je gezondheidswinsten uit in geld,** want daar moet het ten slotte mee vergeleken worden?.

Maar ook hier hebben economen iets op gevonden. Om de eerste hindernis te omzeilen hebben gezondheidseconomen beslist om gezondheidswinsten uit te drukken in levensjaren in goede gezondheid, de QALY's genaamd (Quality Adjusted Life Years). Stel dat een harttransplantatie van 80 000 euro het leven met gemiddeld 2 jaar in goede gezondheid verlengt, dan kost één jaar in goede gezondheid, of 1 QALY, via deze behandeling 50 000 euro. Vervolgens, en zo hebben ze de tweede moeilijkheid overwonnen, hebben economen berekend hoeveel één levensjaar gemiddeld waard is. Hiervoor bestaan verschillende technieken. Dit kan onder andere worden gedaan door te gaan kijken hoeveel levensverzekeringen waard zijn, of door de gemiddelde hoeveelheid rijkdom dat een individu in zijn leven vergaart op te tellen (we zijn wat we produceren). Zo werd in de Verenigde Staten de contante waarde van één levensjaar in goede gezond-

heid geschat op 100 000 euro. Nu kunnen we gaan vergelijken. Een harttransplantatie kost 100 000 dollar en levert twee gezonde jaren op. Er wordt dankzij de harttransplantatie dus voor 260 000 dollar gezondheid gecreëerd (twee keer 130 000). De baat is veel groter dan de kost, en het is bijgevolg een economisch waardevolle interventie. Had de kostprijs van de harttransplantatie echter boven de 260 000 dollar gelegen, dan zouden de kosten de baten overstijgen en zou een econoom het advies geven het bedrag in andere behandelingen te investeren.

Er zijn ook behandelingen die alleen levenskwaliteit opbrengen, geen levensverlenging, maar die ook in QALY's omgezet worden. Neem nu Viagra. Uit onderzoek blijkt dat het geneesmiddel tegen erectiestoornissen maar 5000 euro per QALY kost. Gezondheidseconomen besluiten in dat geval dat Viagra tien keer 'doelmatiger' is dan een harttransplantatie.

Uiteraard moet men in dit zeer geladen debat ook nog rekening houden met een tal van andere complexe ethische beschouwingen. Om er maar één te noemen: is een levensjaar van een kind evenveel waard als dat van een hoogbejaarde man of vrouw?

We moeten beseffen dat een

transparant en objectief debat over wat wel, en wat niet, door de sociale zekerheid moet worden terugbetaald onvermijdelijk is. Dat heeft alles te maken met de moderne medische mogelijkheden, en hun kostprijs. Een objectieve evaluatie – kwatongen spreken van ‘economische euthanasie’ – kan bijvoorbeeld worden gedaan door een bij ons nog op te richten Hoge Autoriteit voor Gezondheidszorg. Zij zou er over moeten waken dat de schaarse middelen enkel ingezet worden wanneer dat de volksgezondheid effectief ten goede komt. Dat is geen economische euthanasie, maar beleid met zin voor verantwoordelijkheid en solidariteit.

Brieuc Van Damme, onderzoeker Itinera Institute

Verschenen als opiniestuk in De Morgen van 02/04/2010

Voor duurzame economische groei en sociale bescherming.