

Is een in-vitrobaby meer waard dan een kankerpatiënt?

door **J. De Maeseneer**

Negentig procent van de Belgen gebruikt op jaarbasis samen slechts 30 procent van de middelen van de ziektekostenverzekering. De overigen gebruiken daar maar liefst 70 procent van. Dat vraagt om een belangrijke solidariteit

Prof. J. De Maeseneer en prof. L. Annemans

over de moeilijke keuzes in de zorgsector

Naar aanleiding van de recente aandacht in de media voor de hoge kostprijs van een geneesmiddel voor kanker en de vele reacties die erop komen dachten we dat het noodzakelijk was om even de discussie in een ruimer kader te plaatsen. Deze discussies zijn immers exemplarisch voor de dilemma's waarmee we de komende jaren geconfronteerd zullen worden. De kernvraag is: hoe kan een maatschappelijk verantwoord en wetenschappelijk onderbouwd kader worden ontwikkeld dat ons kan helpen bij het maken van keuzes in de gezondheidszorg? En dat gaat over heel wat meer dan het al dan niet terugbetalen van een medicijn.

De eerste vraag die zich stelt is: hoeveel willen we als samenleving betalen voor gezondheidszorg? België geeft momenteel ongeveer 9 procent van zijn bbp uit aan gezondheidszorg en zit hiermee op Europees vlak zowat midden in het peloton. Jaarlijks nemen de uitgaven voor de ziekteverzekering met 4,5 procent boven de gezondheidsindex toe. We zijn dus langzaam op weg naar 10 procent van het bbp of meer. Op zich is dat nog niet overdreven veel, in de Verenigde Staten zit men boven de 15 procent (en daar hebben meer dan 40 miljoen mensen niet eens een ziekteverzekering). In het achterliggend maatschappelijk debat blijft de vraag: waaraan besteden we als samenleving onze middelen? Aan gezondheidszorg, onderwijs, tewerkstelling, infrastructuur, militaire uitgaven...?

Dit debat dient par excellence in het bevoegde parlement gevoerd. Eigenlijk zou men de logica moeten omdraaien: vandaag stellen we budgetten op (genre: volgend jaar gaan we een x aantal procent meer uitgeven dan dit jaar) en dan tracht men binnen dat budget te blijven. Wat men echter zou moeten doen is doelstellingen opstellen: wat willen we bereiken inzake gezondheid en tegen wanneer? Een voorbeeld van zo'n doelstelling kan zijn om tegen 2015 de vroegtijdige sterfte (bijvoorbeeld voor de leeftijd van 75 jaar) ten gevolge van een hartziekte met 25 procent te verminderen. Door veel meer van zulke doelstellingen te formuleren kan het beleid aangeven waar men naartoe wil en daar een realistisch budget tegenover stellen.

Zodra de middelen voor gezondheidszorg vastliggen, is de vraag aan de orde hoe we die middelen binnen de sector verdelen. In Nederland heeft de commissie Keuzen in de Zorg vijftien jaar geleden enkele stappen geformuleerd die kunnen helpen bij het maken van de keuzes via een filterproces. De eerste vraag is: gaat het over noodzakelijke zorg? Zo kan men zich bijvoorbeeld afvragen of geassisteerde procreatie (zoals ivf) noodzakelijke zorg is. Vanuit een individuele benadering van gezondheid en gezondheidszorg is deze zorg noodzakelijk, als de vrouw in kwestie dat vindt. Maar hoever moet men hierin gaan? Is dit vanuit een gemeenschapsgerichte benadering noodzakelijke zorg?

Velen zullen aanvoeren dat ongewilde kinderloosheid het voortbestaan van de samenleving niet in gevaar brengt, hoewel gezondheidseconomen berekend hebben dat de terugverdieneffecten van in-vitrofertilisatie uiteindelijk economisch gunstig zijn (bijdragen tot de 'vergroening' van de samenleving). De keuze is dus niet vanzelfsprekend. Andere interventies liggen zo mogelijk nog moeilijker, denk maar aan esthetische chirurgie bij patiënten die lijden aan body dysmorphic disease (mensen die niet tevreden zijn over hoe ze eruitzien). De keuze wat 'noodzakelijke zorg' is, vraagt om een maatschappelijk debat, met volle participatie van de bevolking. Het tweede criterium gaat over de 'werkzaamheid' van de interventie. Wat niet werkzaam is, moet niet worden terugbetaald. De stand van de wetenschap vandaag leert ons dat de werkzaamheid van bijvoorbeeld homeopathische geneesmiddelen onvoldoende is aangetoond. Maar heel wat klassieke medicijnen op de markt zijn ook niet werkzaam, zoals geneesmiddelen tegen slechte werking van de aders.

De ontwikkeling van evidence based medicine heeft veel nuttige informatie verschaft om de vraag naar werkzaamheid wetenschappelijk te beantwoorden. Het is duidelijk dat niet-werkzame geneesmiddelen eigenlijk niet meer op de markt zouden mogen komen. Hier ligt een belangrijke taak voor registratiecommissies, zeker ook wat betreft een groot aantal oude geneesmiddelen dat nog steeds op de markt beschikbaar is. Bovendien gaat het hier niet enkel over geneesmiddelen, maar ook over medische interventies. Die zijn ook niet altijd voldoende werkzaam en worden toch nog terugbetaald. Denk aan het plaatsen van een coronaire stent bij patiënten bij wie het niet nodig is of aan het twee keer in korte tijd toepassen van eenzelfde diagnostische test door verschillende artsen, meestal omdat de tweede niet op de hoogte is van de al eerder uitgevoerde test. Een opvolging van werkzaamheid en het vermijden van overtollige zorg kan natuurlijk alleen maar bereikt worden via een adequaat "gezondheidsinformatiesysteem".

Als een interventie 'werkzaam' is (wat gelukkig nog altijd de regel is) is de volgende vraag of ze doelmatig is, dit betekent of het resultaat in verhouding staat tot de kostprijs.

En hier komen we volop in het actuele debat over de geneesmiddelen tegen kanker. Het antwoord zal afhangen van het standpunt van de samenleving. We kunnen het probleem illustreren met het volgende voorbeeld. Stel dat er voor een patiënt met een bepaalde kanker twee behandelingen zijn, behandeling A en behandeling B. Op basis van een evidence based benadering komt men - via de wetenschappelijke literatuur - tot de vaststelling dat behandeling A leidt tot acht jaar overleving met een aanvaardbare levenskwaliteit en behandeling B tot tien jaar. Een arts die zich laat leiden door evidence based geneeskunde kiest duidelijk voor therapie B. De vraag is of dit de goede beslissing is als men rekening houdt met de middelen die in de samenleving ter beschikking zijn.

Stel dat therapie A 5.000 euro kost en therapie B 30.000 euro. Als het Riziv beslist om B terug te betalen, dan betaalt het per patiënt 25.000 euro meer, en met dat geld wint men per patiënt twee levensjaren van aanvaardbare kwaliteit. Dat komt neer op het uitgeven van 12.500 euro om één levensjaar te winnen. Is dat goed besteed geld? Dat hangt ervan af wat men goed besteed geld noemt. Volgens de meeste bronnen, ook volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO), ligt de grens van het aanvaardbare rond de 30.000 euro per gewonnen levensjaar. Zolang men daar onder blijft (wat het geval is in ons voorbeeld) kan men spreken van een aanvaardbare 'investering'.

Sommigen hebben het hier moeilijk mee: een leven is toch onbetaalbaar? Maar zoals eerder gesteld, de middelen zijn beperkt en men moet daarmee het maximale proberen te doen. Dan kan men het zich niet meer veroorloven om heel veel geld uit te geven aan een behandeling die zogoed als geen gezondheidswinst zal opleveren.

Steeds meer zal ook de budgettaire impact meetellen. Stel dat er vijfduizend patiënten zijn met deze soort van kanker uit het voorbeeld. Dan is de totale budgettaire impact van behandeling B gelijk aan 5.000, vermenigvuldigd met 30.000, kortom 150 miljoen euro, wat 125 miljoen meer is dan behandeling A. Is men bereid die 125 miljoen euro uit te geven? Dat is weer een vraag die men enkel kan oplossen als men duidelijke doelstellingen heeft. Indien het de doelstelling is om het verlies aan levensverwachting ten gevolge van kanker te verminderen dan zal men meteen ook moeten aangeven welk budget men daarvoor veil heeft. Het is duidelijk dat men dit soort keuzes niet kan overlaten aan het individuele contact tussen arts en patiënt. We zullen hierover een gezamenlijke beslissing moeten nemen, waarbij de solidariteit duidelijk op de proef wordt gesteld. Want als we het principe van het solidair zorgen voor de middelen voor gezondheidszorg verlaten, en ervan uitgaat dat wie therapie B wil en dit zelf kan betalen, dat ook maar moet doen, dan krijgen we onmiddellijk een gezondheidszorg met twee snelheden. In de praktijk zal het er ook vaak op neerkomen om die groepen patiënten te

identificeren die echt baat hebben bij een behandeling: een opdracht voor het wetenschappelijke onderzoek (maar er zal altijd een mate van onzekerheid blijven). Tevens zal men ervoor moeten zorgen dat de prijszetting redelijk is: een opdracht voor industrie en overheid. Het probleem is dat men op het moment dat men hierover een beslissing moet nemen nog niet beschikt over alle gegevens over een geneesmiddel. Om dit op te vangen kan de overheid eventueel contracten aangaan met de industrie. Als blijkt dat een behandeling niet zo doelmatig is als men oorspronkelijk dacht dan kan een deel van het geld dat de overheid heeft besteed aan de terugbetaling van dat geneesmiddel gerecupereerd worden.

Tenslotte zal de samenleving moeten kiezen voor solidariteit. In België gebruikt 90 procent van de bevolking op jaarbasis samen slechts 30 procent van de middelen van de ziektekostenverzekering. De overige 10 procent gebruikt 70 procent van de middelen! Dat vraagt om een belangrijke solidariteit tussen gezonden en zieken en tussen meer en minder bemiddelden. Een solidariteit die men volgens ons moet blijven opbrengen. De bottomline blijft dat we een euro maar één keer kunnen uitgeven, of aan een kankermedicijn of aan palliatieve thuiszorg of aan meer screening of aan een vaccin tegen kanker. Die keuze moet telkens weer zorgvuldig gemaakt worden in een samenspel van wetenschap, overheid en bevolking.

J. De Maeseneer is professor huisartsgeneeskunde en eerstelijnsgezondheidszorg.

L. Annemans is professor gezondheidseconomie aan de universiteit Gent.

Publicatiedatum : **2007-02-03**

Sectie : **Opiniemakers**