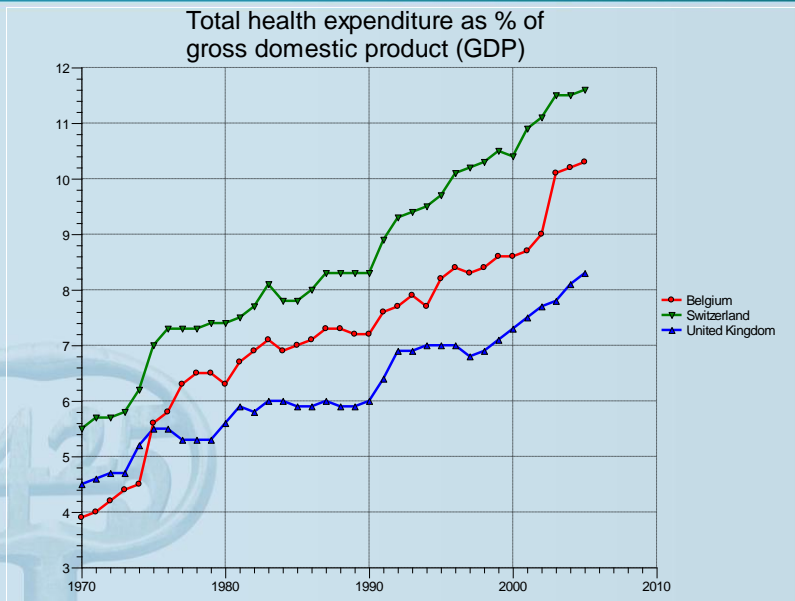




Maatschappij en medisch-technische innovatie

Erik Schokkaert (Departement Economie, K.U.Leuven en CORE, UCLouvain)

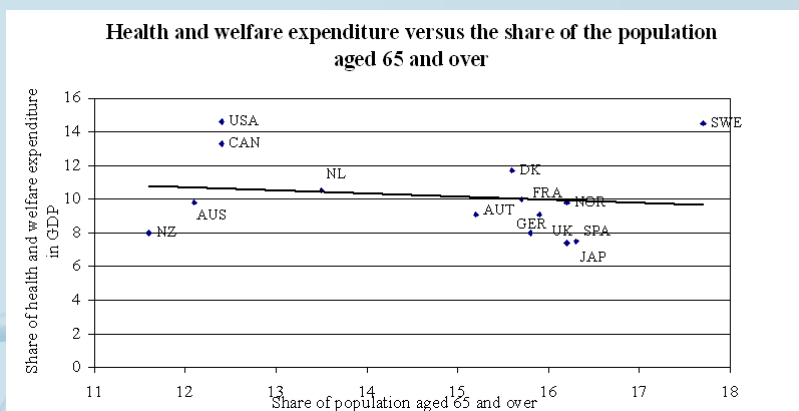
Inleiding



- Efficiëntie kan niet betekenen: uitgaven zo laag mogelijk houden... Naast kosten zijn er ook baten!
- Bestaat er een "maatschappelijk wenselijk" niveau van de uitgaven in de gezondheidszorg? Of dicteert de macroeconomische omgeving de wet?
- Optimale allocatie: uitgaven in gezondheidszorg moeten afgewogen worden tegen andere mogelijke toepassingen van de beschikbare middelen.

3

1. De vergrijzing



Bron: Jacobzone (2005)

4

Verklaring

- Natuurlijk stijgen de uitgaven voor gezondheidszorg met de leeftijd.
- Maar: uitgaven van mensen in hun laatste levensjaar vertegenwoordigen 25% van de totale uitgaven voor gezondheidszorg, onafgezien van de leeftijd.
- Ook na nauwkeurige statistische analyse blijft dit effect overeind.



5

De uitdaging?

- Wanneer men rekening houdt met het tijdstip van overlijden, wordt de relevante vraag: leven (door de vergrijzing) mensen een groter aantal levensjaren in "slechte" gezondheid?
 - De evidentie hierover is gemengd!
- De grootste uitdaging ligt in het afstemmen op elkaar van "zorg" en "gezondheidszorg", thuiszorg en geïnstitutionaliseerde zorg. De grens tussen die twee zal in de toekomst steeds verder vervagen.



6

2. Medisch-technische innovatie

- Analogie met groeiboekhouding: wat is de residuele factor? Berekening niet evident.
 - meer dan 50% van de groei te wijten aan technologische vooruitgang.
- Macro-economische analyses recent steeds meer aangevuld met micro-economisch onderzoek: vb. Cutler en McClellan (2001)

7

Het klassieke voorbeeld: hartaanvallen

EXHIBIT 1
Accounting For The Increased Cost Of Heart Attack Treatments, 1984 And 1998

	1984	1998	Annual change
Total spending (billions)	\$3.0	\$4.8	3.4%
Number of cases	245,687	221,133	-9.8
Average spending per case	\$12,083	\$21,714	4.2

SOURCE: Authors' analysis of Medicare claims records for all elderly patients with a heart attack in 1984 and 1998.

8

EXHIBIT 3
Summary Of Research On The Value Of Medical Technology Changes

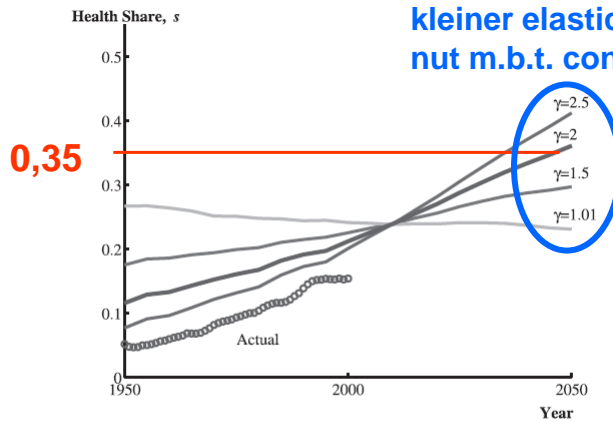
Condition	Years	Change in treatment costs	Outcome		
			Change	Value	Net benefit
Heart attack ^a	1984-98	\$10,000	One-year increase in life expectancy	\$70,000	\$60,000
Low-birthweight infants ^b	1950-90	\$40,000	Twelve-year increase in life expectancy	\$240,000	\$200,000
Depression ^c	1991-96	\$0	Higher remission probability at some cost for those already treated		
		<\$0	More people treated, with benefits exceeding costs		
Cataracts ^d	1969-98	\$0	Substantial improvements in quality at no cost increase for those already treated		
		<\$0	More people treated, with benefits exceeding costs		
Breast cancer ^e	1985-96	\$20,000	Four-month increase in life expectancy	\$20,000	\$0

3. Optimaal niveau uitgaven GZZ

- **Argument 1:** "as we get older and richer, which is more valuable: a third car, yet another television, more clothing – or an extra year of life?" (Hall and Jones, Quarterly Journal of Economics, 2007).
- **Argument 2:** complementariteit – "Improvements in life expectancy raise willingness to pay for further health improvements by increasing the value of remaining life. This means that advances against one disease, say heart disease, raise the value of progress against other age-related ailments such as cancer or Alzheimer's" (Murphy and Topel, Journal of Political Economy, 2006).

"Optimaal" pad van uitgaven gezondheidszorg

hoe groter γ , hoe kleiner elasticiteit van nut m.b.t. consumptie



0,35

FIGURE V

Simulation Results: The Health Share of Spending

Note: Circles "o" show actual data for the health share. Solid lines show the models predictions under the baseline scenario ($\gamma = 2$) and for alternative choices of the utility curvature parameter. See Table II for other parameter values.

11

Is er dan geen probleem?

- Natuurlijk wel:
 - beperkte transparantie van collectieve financiering: verzekeringselement niet altijd voldoende duidelijk.
 - verplicht systeem van ziekteverzekering legt solidariteit op die verder gaat dan verzekering uit eigenbelang.
- **UITDAGING:**
 - bereidheid tot betalen "mobiliseren"
 - solidariteit versterken

12

4. Toepassing 1: de groeinorm

- Voordeel: vormt een referentiepunt voor het beleid en stimuleert tot nastreven van efficiëntie
- MAAR: vervallen tot cijferfetisjisme
 - discussie absoluut niet ingekaderd in een bredere maatschappelijke visie - moeilijke keuzen in verband met trade-off niet geëxpliciteerd ("routine trade-off")
 - gemakkelijke suggestie dat norm kan gehaald worden door "verhoging efficiëntie"

13

Gevolgen van een "te lage" groeinorm

- OFWEL: sluipende privatisering
 - verdelingseffecten en vermindering universele verzekeringsdekking: weggemoffeld
- OFWEL: groeinorm stelselmatig overschreden
 - stijging van de uitgaven in de gezondheidszorg wordt dan per definitie als "probleematisch" gepercipieerd;
 - maar dit heeft niets te maken met economisch verantwoord denken over optimale allocatie.

14

Meer transparantie

- Aanhangers van een lage groeinorm zouden moeten verplicht worden om te expliciteren welke verstrekkingen/innovaties ze wensen door te schuiven naar de aanvullende verzekering.

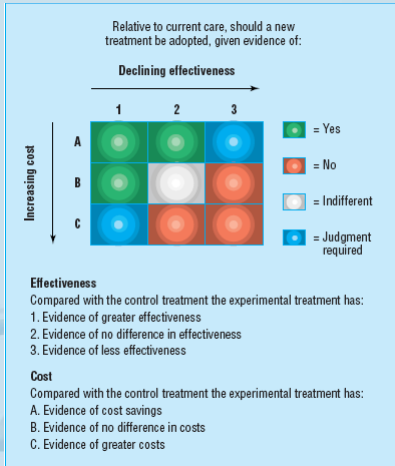


5. Kosten-effectiviteitsanalyse

- Biedt de standaard-methode een antwoord op de hoger geschetste uitdagingen?
 - verdeling en solidariteit?
 - expliciteren trade-offs en prioriteitzetting?
- Keuze techniek hangt af van de doelstellingen van de analyse.
- Rond NICE geanimeerde discussie!



A. Allocatie van het globale budget



- **Vak C1:** "kosteneffectieve" interventies zullen leiden tot:
- OFWEL: besparingen op andere posten;
- OFWEL: noodzaak van uitbreiding van het globale budget

Mogelijkheid 1: andere besparingen?

"How much will Herceptin really cost?"

Table 1 Cost and potential benefits of adjuvant cancer treatments in Norfolk and Norwich University Hospital Trust

Treatment	No of patients given treatment	Drug cost (£000)	Proven benefit	Potential benefit at our hospital	Cost per patient cured (£000)
Adjuvant chemotherapy for lung cancer	15	23	5-15% improved 5 year overall survival ^{M3}	1 extra patient cured	23
Oxaliplatin as adjuvant therapy for colon cancer compared with fluorouracil alone	20	137	5% improved 3 year disease-free survival; no benefit to overall survival ^{M4}	1 extra patient without recurrence at 3 years	137
Neoadjuvant chemotherapy for oesophageal cancer	25	8	9% improved 5 year survival ^{M5}	3 extra patients cured	2.67
Rituximab in addition to CHOP for non-Hodgkin lymphoma in patients over 60	25	215	13% improved 2 year overall survival ^{M6}	3 extra patients cured	71.67
Adjuvant aromatase inhibitors in postmenopausal breast cancer	270	120	3.7% improved disease-free survival compared with tamoxifen; no benefit to overall survival ^{M7}	8 extra patients without recurrence at 5 years	15
Total	355	503		16 extra patients cured	
Herceptin for early stage breast cancer	75	1940	0-4% improved 4 year overall survival ^{M1, M2}	3 extra patients cured	650

CHOP=cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, and prednisolone.

Bron: Barrett et al., BMJ, 2006

Mogelijkheid 2: uitbreiding budget?

- Economische evaluatie zou moeten geïntegreerd worden in de discussie over de groeinorm.
- Verschillende innovaties zouden met elkaar moeten worden vergeleken, en ook vergeleken met reeds toegepaste behandelingsmethodes.
- Maar dan ook: afgewogen tegenover andere toepassingen van het overheidsbudget!
 - bv. onderwijs en huisvesting voor zwakste groepen in de samenleving.

19

B. Verdelingseffecten

- Verdelingseffecten worden schijnbaar buiten beschouwing gelaten, maar dit betekent dat impliciet waardeoordelen worden geïmplementeerd:
 - een QALY is een QALY;
 - wijze van financiering (aandeel en verdeling eigen betalingen) verwaarloosd.
- Opname verdelingsgewichten in principe mogelijk, maar in de praktijk amper toegepast.

20

C. Gezondheidseffecten, QALY's en de rest

- a) "CONSEQUENTIALISTISCHE" benadering
- In de gezondheids- en welzijnssector gaat het niet enkel om gezondheid, dus a fortiori niet enkel om QALY's.
 - Op welke wijze moeten ook andere aspecten van levenskwaliteit tegen gezondheid worden afgewogen? (bv. leven in een bepaalde sociale omgeving)
- b) PROCESaspecten van de zorg
- "Respect voor menselijke waardigheid"
 - Vrijheid en autonomie van de patiënt

21

Besluit

- Vele medisch-technische innovaties zijn in principe welvaartsverhogend.
- Collectieve financiering wenselijk omwille van solidariteit – maar problematisch omwille van gebrek aan transparantie.
- Nood aan een breder debat en aan de ontwikkeling van technieken die dat debat kunnen schragen.

22