

De rol van HTA in gezondheidsstelsels

Inleiding

Health Technology Assessment (HTA) streeft naar verbetering van het functioneren van gezondheidsstelsels. Maar hoe ziet een goed gezondheidsstelsel eruit? Volgens de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) is de definitie van een 'goed gezondheidsstelsel':

'Een goed gezondheidsstelsel levert kwaliteitsdiensten aan alle mensen, wanneer en waar zij deze nodig hebben.'¹

Hoewel de structuur van gezondheidsstelsels per land verschilt, moeten alle 'goede gezondheidsstelsels':

- de gezondheid verbeteren van de mensen die ze bedienen,
- reageren op verwachtingen van mensen **en**
- financiële bescherming bieden tegen de kosten van een slechte gezondheid.

Deze definitie geeft een waardevol inzicht in de activiteiten op het gebied van Health Technology Assessment. De definitie identificeert drie doelstellingen voor gezondheidsstelsels:

1. Gezondheid
2. Responsiviteit
3. Eerlijke financiering

Wat is eerlijke financiering?

In het *Wereldgezondheidsverslag voor 2000* gebruikt de WHO 'eerlijke financiering' om twee gerelateerde ideeën te beschrijven:

- bescherming van het individu tegen onnodige financiële lasten als gevolg van ziektekosten, **en**
- gelijkwaardige bijdragen aan de kosten van het gezondheidsstelsel binnen inkomensniveaus.

Eerlijke financiering betekent dat de kosten van het gezondheidsstelsel worden verdeeld volgens het vermogen om bij te dragen en niet volgens het risico van ziekte: een eerlijk gefinancierd systeem garandeert financiële bescherming voor iedereen. Eerlijke financiering kan niet los worden gezien van rechtvaardigheid, wat van oudsher inhoudt dat de benodigde diensten worden verleend in ruil voor een individuele financiële bijdrage binnen wat mogelijk is.

Het concept 'rechtvaardigheid' bij HTA

In bovenstaande context verwijst rechtvaardigheid naar 'eerlijkheid' in zijn algemeenheid. In de praktijk betekent dit vaak eerlijke toegang tot zorg – dat wil zeggen dat het betreffende geneesmiddel redelijkerwijs beschikbaar is voor iedereen die er baat bij kan hebben, ongeacht factoren die grotendeels niet gerelateerd zijn aan zijn/haar gezondheid, zoals waar hij/zij woont en, in sommige gezondheidsstelsels, zijn/haar vermogen ervoor te betalen.

De kwestie van rechtvaardigheid wordt beoordeeld voor nieuwe geneesmiddelen, maar is het duidelijkst voor zeer gespecialiseerde diensten. Deze zijn meestal gelokaliseerd in stedelijke gebieden en minder in landelijke gebieden, vaak in gespecialiseerde centra of universitaire ziekenhuizen.

Enkele voorbeelden:

- nieuwe geneesmiddelen tegen kanker waarvoor specifieke tests nodig zijn zoals 'geassocieerde diagnostiek' ('companion diagnostics'), die mogelijk alleen

- beschikbaar zijn in stedelijke centra;
- sommige geneesmiddelen moeten mogelijk intraveneus (rechtstreeks in een ader) worden toegediend in een ziekenhuis of gespecialiseerde kliniek;
 - voor sommige zeldzame ziekten met kleine patiëntenpopulaties, waarvoor de medische expertise beperkt is, kunnen er expertisecentra worden opgericht om de zorg regionaal of nationaal te coördineren.

Ondanks dat er sprake is van een rechtvaardig gezondheidsstelsel, bestaat er toch een aanzienlijke variatie in de toegankelijkheid tot gezondheidszorg. Afhankelijk van waar ze wonen, kunnen patiënten niet allemaal toegang hebben tot de juiste behandeling omdat lokaal mogelijk niet alle diensten beschikbaar zijn.

HTA ter ondersteuning van betere gezondheidsstelsels

Beleidsmakers houden zich niet slechts bezig met de voordelen voor individuele patiënten, maar voor populaties in het algemeen. HTA streeft naar informatievoorziening voor beleid om de prestatie van gezondheidsstelsels te verbeteren door toepassing van robuuste 'evidence-based' benaderingen om duidelijke, consistente aanbevelingen te doen over welke gezondheidstechnologieën worden toegepast en voor welke patiënten. Dit ondersteunt de kwaliteitsverbetering en de efficiëntie binnen het gezondheidsstelsel.

Teneinde dit te bereiken moet HTA betrouwbaar advies opleveren voor de diverse niveaus van besluitvorming in het gezondheidsstelsel. Wat geneesmiddelen betreft kunnen deze beslissingen op nationaal of provinciaal niveau worden genomen, in afzonderlijke instellingen of ziekenhuizen, of door afzonderlijke zorgverleners. Wanneer er aanbevelingen worden gedaan voor geneesmiddelen, moet de HTA in aanmerking nemen of geneesmiddelen

- worden vergoed door zorgverzekeringstelsels **of**
- worden aanbevolen voor gebruik in op taxatie gebaseerde systemen (het geneesmiddel wordt meestal opgenomen in een 'formularium' – een lijst van uiteenlopende medicamenteuze opties die voor een specifieke aandoening kunnen worden voorgeschreven).

Bezien vanuit het perspectief van HTA is onderscheid maken tussen financiering en zorglevering de centrale kwestie als het gaat om inzicht in gezondheidsstelsels.

- **Financiering:** wie betaalt er voor de diensten en hoeveel geld ontvangen degenen die de diensten verlenen? Dit is belangrijk omdat dit het gedrag van artsen en instellingen kan beïnvloeden.
- **Levering van zorg:** hoe wordt gezondheidszorg verleend aan individuen door artsen en instellingen? Dit is belangrijk omdat dit van invloed kan zijn hoe geneesmiddelen worden gebruikt.

De rol van HTA bij besluitvorming in gezondheidsstelsels: het afwegen van waarde en kansen.

De gezondheidsuitgaven kunnen niet oneindig blijven stijgen; er zijn altijd diverse beperkingen op de levering van gezondheidsdiensten. Wanneer de financiële middelen schaars zijn ten opzichte van de behoeften door een beperkt budget, beperkt het gebruik van de middelen op de ene manier het gebruik ervan op andere manieren. Dit worden 'opportunitetskosten' (of 'alternatieve kosten') genoemd: De opportunitetskosten voor investering in een gezondheidszorginterventie worden het best afgemeten aan de gezondheidsvoordelen (zoals extra levensjaren) die hadden kunnen worden bereikt als het geld zou zijn besteed aan de op een na beste alternatieve interventie of gezondheidsprogramma.

Door de beperkingen waarmee besluitvormers worden geconfronteerd, wordt HTA-informatie belangrijk bij de keuze welke geneesmiddelen of andere diensten zullen worden betaald (of vergoed) door een gezondheidsstelsel en welke met beperkte middelen niet kunnen worden betaald. Met andere woorden, besluitvormers moeten in aanmerking nemen hoeveel kansen op gezondheid of andere gunstige zaken voor de maatschappij men bereid is op te geven (door beschikbare middelen te gebruiken) in vergelijking met hoeveel kansen er op gezondheid voor de maatschappij te winnen zouden zijn met dezelfde middelen.

HTA tracht besluitvormers enig idee te geven van de waarde van beslissingen over investeringen in de gezondheidszorg. Waarde wordt technisch gedefinieerd als wat consumenten individueel bereid zouden zijn te betalen of op te geven voor een extra 'product' of dienst. Wanneer er politieke beslissingen worden genomen voor gehele gezondheidsstelsels, wordt de waarde eerder uitgedrukt in termen van populaties dan individuen – men moet inzien dat 'de winst en het verlies' in verschillende onderdelen van het gezondheidsstelsel of buiten het gezondheidsstelsel kan optreden. Belasting verhogen om nieuwe geneesmiddelen te bekostigen kan bijvoorbeeld ernstige gevolgen hebben voor mensen met weinig geld.

Als uitgangspunt wordt bij de meeste HTA-processen rekening gehouden met de extra gezondheidsvoordelen als een manier om de waarde te begrijpen van de aanbevelingen die moeten worden gedaan. Sommige HTA-processen, en in het bijzonder waarbij rekening wordt gehouden met dekking voor nieuwe geneesmiddelen, beoordelen ook de economische impact (kosten) van beslissingen om te betalen voor nieuwe geneesmiddelen. Veel gezondheidsstelsels hebben richtlijnen ontwikkeld voor economische beoordeling om ervoor te zorgen dat ramingen van de kosten en effecten door vergoeding van nieuwe geneesmiddelen duidelijk en consistent worden berekend. Dit voorkomt een situatie waarbij een beoordeling van het ene geneesmiddel er gunstiger uitziet dan een andere, simpelweg

doordat de onderzoeker verschillende onderliggende aannamen en benaderingen toepaste.

Overheden die verantwoordelijk zijn voor gezondheidsstelsels, proberen ook vaak

- het inkomen te beschermen,
- te zorgen voor een goede toegang voor iedereen zonder uitsluiting,
- keuzevrijheid voor consumenten te beschermen **en**
- passende autonomie voor zorgverleners te garanderen.

Behalve nadenken over opportunitetskosten binnen een gezondheidsstelsel, moeten overheden ook nadenken over vragen over hoeveel geld de economie aan zorg moet besteden en hoe dit van invloed kan zijn op kansen op maatschappelijk voordeel van andere overheidsprogramma's, zoals justitie en onderwijs. Er is herhaaldelijk aangetoond dat een eerlijke verdeling van gezondheid en welvaart over de populatie (rechtvaardigheid) voor het publiek belangrijker is dan maximalisering van de gezondheid uit beperkte financiële middelen (efficiëntie).

Overige informatiebronnen

- Daniels, N. 'Accountability for reasonableness'. *British Medical Journal* (321:7272), 1300-1301. Geraadpleegd op 11 februari 2016 op: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1119050/>
- World Health Organisation (2000). *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: World Health Organisation. Geraadpleegd op 11 februari 2016 op: https://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf

Referenties

1. World Health Organisation (2016). 'Health Systems'. *Health Topics*. Geraadpleegd op 11 februari 2016 op:

http://www.who.int/topics/health_systems/en/

A2-6.01.2-v1.1