

# Irina Cleemput

**Irina Cleemput is gezondheidseconoom en doctor in de sociale gezondheidswetenschappen. Ze werkt als expert economische analyse op het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE), waar zij kosten en baten van specifieke medische technologieën in kaart brengt.\***

## **1. Regulering en sturing**

Men mag nieuwe technieken alleen maar op mensen uittesten als zij daar toestemming voor geven en als zij goed weten wat het experiment behelst. Mensen moeten weten dat zij proefkonijn zijn, zogezegd. Dat is overigens al goed bij wet geregeld en wordt 'informed consent' genoemd.

Onderzoek willen tegenhouden, werkt niet. Wat ik wel zie als gevaar, is dat een technologie, of het nu een medicijn of een operatietechniek is, soms snel te ruim wordt toegepast. Er zijn dan weliswaar aanwijzingen dat de ingreep werkt, maar er is nog te weinig ervaring om van echt deugdelijk bewijs te mogen spreken. Dat gebeurt, omdat wetenschappers willen scoren en omdat financiers geld willen verdienen. Dat vind ik gevaarlijk, en ik denk dan ook dat de burgers hier een terechte bekommernis voelen.

Het komt dus vaak voor dat nieuwe experimenten en nieuwe technologieën al een loop nemen voordat we weten of ze echt effectief zijn. En zelfs al werken ze, dan nog blijft de vraag openstaan of we die effecten eigenlijk wel wensen, en of we daar de prijs die ervoor staat wel willen betalen. Bij elke nieuwe technologie zou je je moeten afvragen: moet die techniek er eigenlijk wel komen, en hoeveel geld mag dat kosten? Kortom: is het sop de kolen waard? Tegelijkertijd moeten we bedenken dat een techniek die nu nog niet erg kosten-effectief is, dat wél zou kunnen worden als ze de kans krijgt zich te ontwikkelen. Het is lastig om de kosten en baten in de gezondheidszorg te wegen. Wat telt als winst? We gebruiken nu als maat: de extra levensjijd van goede kwaliteit die een behandeling oplevert. Een extra kwaliteitsaangepast levensjaar mag dan, zeg, 50.000 euro aan publieke middelen kosten. Maar ook die maat is eigenlijk te grof, vind ik. Want het zou betekenen dat een goede maand leven extra voor een vijfjarig kind evenveel 'waard' is als een goede maand leven extra voor een negentig-plusser. En dat klopt niet met de intuïtie van veel mensen. U ziet, het zijn heel lastige, pijnlijke discussies. Maar die zijn aan de orde als we het hebben over de besteding van budgetten in de gezondheidszorg.

## **2. Normaliteit versus diversiteit**

Ik zie dit als de vraag naar wat wij nu eigenlijk maatschappelijk wenselijk vinden. Dat zal een heel moeilijk punt worden, vooral binnen de hersenwetenschappen. Daar is immers extra moeilijk te bepalen wat precies als winst telt. Als een arts een patiënt van zijn spasmen af kan helpen, zal iedereen dat positief vinden. Maar is het ook zo positief als een arts via een pil het geheugen van een student kan opkrikken?

De kosten en baten zijn ook veel moeilijker te berekenen. Je kunt meten of, en zelfs hoeveel, iemands spierfunctie vooruit is gegaan door een operatie. Maar hoe meet je het succes van een ingreep bij een schizofreen? De overheid kan niet bepalen dat die ingreep succesvol is omdat een schizofreen 'normaler' is geworden – wat in psychisch opzicht telt als 'normaal' mag de overheid niet zeggen. Dat kan op zijn best een uitkomst zijn van een maatschappelijke discussie. Anderzijds: als wij een schizofreen kunnen helpen, levert dat

duidelijk iets op, voor hem én voor zijn omgeving. Enfin, ik vind het een terechte vraag, en ik zie het probleem ook wel, maar vanuit mijn expertise kan ik hier eigenlijk niet veel over zeggen.

### **3. Publieksinformatie**

Het KCE geeft beleidsaanbevelingen aan de federale overheid op het terrein van de gezondheidszorg. Vanuit mijn werk vind ik het heel belangrijk om het publiek bij discussies te betrekken. Binnen de gezondheidszorg zijn er verschillende belangengroepen: artsen, de farmaceutische industrie, de producenten van medische apparatuur – maar ook patiënten en hun familie. Hun stem klinkt niet altijd goed door. Ik vind dat burgers over de goede informatie moeten beschikken, zodat ook zij hun visie kunnen formuleren. Let wel: de mening van burgers kan geen dictaat zijn – of een ingreep wetenschappelijk bewezen is, en of hij alles afwegende zijn geld waard is, kan het publiek niet alleen bepalen. Maar door goede informatie krijgt de visie van burgers wel meer gewicht.

Ik vind dat patiëntenverenigingen in Vlaanderen te weinig systematisch georganiseerd zijn. Daarom is hun invloed niet groot. Dat is zonde, want zij zijn een cruciale schakel. Bij beleidsvoorbereidingen zien we patiëntenverenigingen nu soms noodgedwongen samen met de farmaceutische industrie aan tafel zitten. Dan vraag je je toch af wiens stem je eigenlijk hoort.

### **4. Druk vanuit economische belangen**

Ook dit vind ik een terechte zorg van de burgers. Nu is het zo dat een fabrikant van pillen of van medische apparatuur kijkt welke zorgverstrekkers een nieuw middel zouden kunnen gaan gebruiken. Daar stappen ze vervolgens op af met een positief verhaal. Op dat moment zijn de kosten nog geen onderwerp van gesprek – de zorgverstrekkers krijgen de spullen gewoon.

De risico's zijn tweërlei. In feite wordt er zo ongecontroleerd geëxperimenteerd met nog niet helemaal uitontwikkelde technologie. En zorgverstrekkers wennen aan het product, en zullen het medicijn of de scan ook voorschrijven als het niet meer gratis is. Terwijl dat product misschien niet het beste resultaat voor de beste prijs levert.

Veel firma's doen dat overigens anders, netjes. Veel zorgverleners letten goed op. En inmiddels is er regelgeving die uitwassen verbiedt. Maar het mechanisme is er. Dit is alleen te voorkomen als de overheid zélf besluit te investeren in de ontwikkeling van medische producten. Dan kan ze opzet en uitvoering van het onderzoek in handen houden.

### **5. Gelijke toegang tot behandeling**

Dit thema draait rond de vraag: wie moet welke behandeling kunnen krijgen? Anders gezegd: wie krijgt wat van de beperkte middelen? Want het is volstrekt onmogelijk om iedereen tot alle behandelingen toe te laten. Dat wordt veel te duur, en dan zou er ook geen geld overblijven voor onderzoek naar vernieuwingen. De harde waarheid is, dat we de toegang tot de gezondheidszorg zullen moeten beperken. We zullen moeten kiezen.

Het is mijns inziens te eenvoudig om te zeggen: iedereen moet een gelijke behandeling kunnen krijgen. Denk weer aan de vijfjarige en de negentigjarige. Misschien moeten we een depressieve moeder met jonge kinderen voorrang geven boven een depressieve bejaarde? Ingewikkeld is ook dat niet iedereen evenveel gebaat zal zijn bij eenzelfde behandeling. De kosten-baten-verhouding valt per individu anders uit – het maakt voor het slagen van een behandeling bijvoorbeeld ook uit of iemand verder gezond leeft of niet.

Stelt u zich een arts voor die tegen een patiënt moet zeggen dat hij of zij niet voor een bepaalde behandeling in aanmerking komt – bijvoorbeeld omdat de patiënt in vergelijking met andere patiënten niet ziek genoeg is. Voor een individuele arts is dat verschrikkelijk om tegen een individuele patiënt te moeten zeggen. Daarom moeten we zorgen dat daar duidelijke algemene richtlijnen voor zijn, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. En dan nog zullen sommige rijkere patiënten zeggen: ‘als ik de behandeling niet vergoed krijg, betaal ik haar zelf wel’. Die ongelijkheid is er.

### **6. Keuzevrijheid**

Ik denk dat het recht van patiënten om zelf keuzes te maken, of bijvoorbeeld een behandeling te weigeren, redelijk goed geregeld is. Ik denk niet dat we in de nabije toekomst zullen zien dat hersenbehandelingen worden opgelegd.

\* Dit interview reflecteert de persoonlijke mening van Dr. Cleemput en vertegenwoordigt niet noodzakelijk het standpunt van het KCE.

© Marjan Slob. Geschreven voor de website van ViWTA, 2005.