

# Kosteneffectiviteit is stok achter de deur voor Big Pharma

Health Economics is een relatief jong vakgebied binnen de economische wetenschappen. Financial Investigator sprak met Maarten Postma, Professor Health Economics en tweede op de lijst van meest innovatieve economen volgens de ESB-ranking van 2023, over diverse maatschappelijk relevante gezondheidsvraagstukken en het al dan niet bestaan van ‘Big Pharma’.

Door Harry Geels

## Waarom heeft u de tweede plaats in de ESB top-20 meest vernieuwende economen te danken? En wat doet een Professor Global Health Economics?

‘Het is goed om even te memoreren hoe deze ranking tot stand komt. Bij de achterliggende berekening wordt over een periode van vijf jaar gekeken of een bepaalde wetenschappelijke studie beschouwd wordt als dé standaardstudie over een bepaald onderwerp. Andere, latere studies verwijzen dan alleen nog naar deze standaardstudie en citeren niet meer alle daaraan voorafgaande studies. Secundair kan het ook om onderzoek gaan dat echt innovatief is, in de zin dat er weinig voorafgaande, vergelijkbare studies zijn geweest. Hoe minder referenties er zijn gebruikt – niet uit luiheid, maar gewoon omdat er weinig zijn – hoe vernieuwender een paper zou zijn.

Het vernieuwende in de onderzoeken die ik doe, zit hem in de relatie tussen gezondheid en economie, en dan vooral in de toepassing van economische methoden op allerlei aspecten van de gezondheidszorg. In Groningen hebben we specifiek ook nog de combinatie van Health Economics en Ontwikkelingseconomie. Het is lastig om één vernieuwend kernpunt van onze studies te benoemen. Maar als je het toch vraagt, dan is dat ‘kosteneffectiviteit’. We zien

dat het belang van kosteneffectieve beslissingen in de gezondheidszorg toeneemt, bijvoorbeeld voor het introduceren van nieuwe medicijnen, vaccins, screeningsmethoden en technologieën, en we hebben allerlei modellen ontwikkeld om die beslissingen zo goed mogelijk te nemen.

Platgeslagen moeten de directe en indirecte baten ervan groter zijn dan de kosten. Meestal zullen de kosten de directe geldbesparingen overtreffen. De vraag is dan wat de indirecte ‘gezondheidswinst’ is. De facto bepalen we de waarde van een ‘levensjaar’, waarbij we ook de kwaliteit van dat extra leven meenemen, samengevat in het magische begrip ‘quality-adjusted life year (qaly)’, die in Nederland nu rond de € 50.000 ligt. In andere landen kan die hoger of lager zijn, afhankelijk van de lokale kosten van levensonderhoud. Zo stellen we de vraag wat een eventueel nieuw medicijn per qaly kost. Als het nieuwe medicijn per gewonnen qaly bijvoorbeeld hoger is dan € 50.000, dan is het niet kosteneffectief. Daaronder wel. Eventuele besparingswinst komt bijvoorbeeld ook in de vorm van minder ziektedagen, dus meer productiviteit, als het geneesmiddel of vaccin voldoende effectief is.

Voor vaccins maken we overigens weer een net iets andere berekening. De besparingen en gezondheidswinsten van vaccins gelden immers niet alleen

‘Kosteneffectiviteit is een stukje van de puzzel. Er is ook nog een ethische afweging.’



CV

## Maarten Postma

Prof. Maarten J. Postma (1960) is Hoogleraar Global Health Economics (UMCG) en Farmacoeconomie (RUG), met leerstoelen in onder andere Indonesië. Met een MSc in Econometrie en een PhD in Gezondheidseconomie leidt hij een team van 100 onderzoekers. Hij is expert in de rol van Farmacoeconomie, vooral ten aanzien van de kosteneffectiviteit van medicijnen en vaccins. Daarnaast is hij adviseur voor overheden, farmaceuten en de WHO, en lid van het Britse Joint Committee on Vaccination and Immunisation. Hij publiceerde zo'n 1.000 wetenschappelijke artikelen (H-index 100) en verwierf € 25 miljoen aan onderzoeksgelden.

voor de gevaccineerde, maar ook voor de mensen in de omgeving, omdat die dan minder risico lopen om geïnfecteerd te raken. Voor vaccins zijn onze simulatiemethodieken, vanwege deze indirecte effecten, dus ingewikkelder dan bijvoorbeeld die voor medicijnen. Om de link met ontwikkelingseconomie te maken: we passen veel van onze ontwikkelde vaccin-modellen ook daar toe en we zijn bijvoorbeeld betrokken geweest bij de recent geïnstalleerde, speciale Indonesische commissie voor technologische gezondheidstoepassingen. Deze commissie beoordeelt voor Indonesië sinds kort alle nieuwe medische hulpmiddelen op kosteneffectiviteit.'

### Hoe beïnvloedt gezondheidszorg de economie precies, bijvoorbeeld wat betreft enkele actuele onderwerpen, zoals epidemieën, vruchtbaarheid en vergrijzing?

'De maatschappelijke invloed van de gezondheidszorg is groot. Specifiek raken de toepassingen van kosteneffectiviteitsmodellen de BV Nederland, zoals we dat wel zo mooi uitdrukken. We kunnen bijvoorbeeld uitrekenen hoeveel griepvaccins voor de BV Nederland opleveren. Ze kosten X en leveren Y op in de vorm van meer productieve werkdagen en minder ziekenhuisopnames. De COVID-19-pandemie bewijst het belang van vaccins. Die kostte Nederland in 2020 maar liefst 8% van het bbp. Vaccins konden deze kosten in de opvolgende jaren voorkomen. Een indirecte gezondheidswinst van vaccins is verder dat het overbelasting van de gezondheidszorg kan voorkomen. In januari en februari overstroomt de zorg doordat vaak veel virussen tegelijkertijd rondwaren en veel ouderen in ziekenhuizen terecht komen, wat weer tot overbelasting en vervolgens weer tot extra uitval van personeel kan leiden. Als we dat met gerichte vaccins kunnen voorkomen, levert dat veel maatschappelijk voordeel op.'

Het concept van kosteneffectiviteit kan verder helpen bij de vraag welke patiënten we nog wel of niet meer door willen behandelen. Als een bepaalde behandeling zeg € 200.000 kost, dan is die bijvoorbeeld niet meer kosteneffectief voor iemand die 85 is, maar wel voor iemand die 40 is. We kunnen dit soort zaken ook stellen voor medicijnen. Bijvoorbeeld voor statines, waarop in Nederland als eerste het concept van kosteneffectiviteit werd toegepast. Die zijn voor een jonge risicopatiënt mogelijk kosteneffectief, maar voor een tachtigjarige mogelijk niet. Dit illustreert trouwens direct ook de mogelijk gespannen verhouding tussen Health Economics en de ethiek.'

### En de vruchtbaarheid en vergrijzing?

'Over andere zaken, zoals afnemende vruchtbaarheid of toenemende vergrijzing, en of immigratie kan bijdragen aan de oplossing, heb ik natuurlijk een politieke privémening, maar die is hier niet echt relevant. Ik kan wél uitrekenen of bijvoorbeeld een IVF-behandeling kosteneffectief is. Voor IVF valt de balans trouwens positief uit. De kosten ervan – niet alleen de technische behandeling, maar ook de latere gezondheids- en onderwijskosten – zijn relatief beperkt vergeleken met de winst in de kwaliteit van het leven van de aanstaande ouders en extra economische groei gerelateerd aan iedere nieuwgeborene.'

Voor de duidelijkheid: kosteneffectiviteit is een stukje van de puzzel. Er is ook nog een ethische afweging. Ik zeg altijd tegen mijn studenten: 'Mocht je in de gezondheidszorg terecht komen en kosteneffectiviteitsberekeningen maken, laat je gerust overtuigen door een ethicus als die zegt dat die berekeningen in een bepaalde situatie niet doorslaggevend mogen zijn.' In de meeste commissies die medische toepassingen beoordelen, zitten naast gezondheidseconomen ook klinici, farma-therapeuten en ethici.' >

## ‘Ik durf de stelling aan te gaan dat de meeste vernieuwingen kosteneffectief zijn.’

**Er gaat steeds meer geld naar gezondheidszorg. Gaat dat efficiënt? Moet gezondheidszorg publiek of privaat geregeld worden? Sommige artsen in dienst van publieke ziekenhuizen klagen weleens over het gemak waarmee private ziekenhuizen geld verdienen, omdat ze standaardoperaties doen zonder de 24-uurszorg.**

‘Het criterium is wederom kosteneffectiviteit. Als private zorginstellingen een deel van de operaties door hun specialisaties efficiënter gaan uitvoeren, is dat voor de gezondheidszorg in het algemeen een goede ontwikkeling. Daarom zien we ook dat publieke ziekenhuizen zich specialiseren op bepaalde onderdelen van de zorg. In de academische ziekenhuizen werken de artsen in dienstverband in eerste instantie vanwege de unieke, niet-routineuze ingrepen, vooral als die ook de wetenschap verder kunnen helpen.

Tussen de private en academische ziekenhuizen zitten de ziekenhuizen die voor zichzelf een zo efficiënt mogelijke rechtvaardiging moeten zien te vinden. Er zijn mogelijk wél twee complicaties. Ten eerste als zorgverzekeraars privaat zouden bevoordelen boven publiek, bijvoorbeeld omdat ze meer budget vrijmaken voor standaardoperaties dan voor niet-standaardoperaties, door daar periodiek een budgettaire stop op te zetten, hetgeen tot een financiële onbalans tussen privaat en publiek kan leiden. Ten tweede als er geen gelijke toegang tot zorg is voor alle Nederlanders, bijvoorbeeld als mensen met geld zich private zorg kunnen toe-eigenen die anderen niet krijgen.

Ik heb de indruk dat wij het in ons land wat betreft deze complicaties prima geregeld hebben. Het heet in Nederland officieel privaat, maar het past uiteindelijk prima in het grote plaatje. In veel andere landen manifesteren deze complicaties zich overigens wel degelijk. Voor de duidelijkheid stel ik niet dat er hier nooit sprake is van zorgongelijkheid. Actueel is bijvoorbeeld de discussie over het gordelroosvaccin, waar de Nederlandse overheid geen budget voor heeft, daar waar ouderen in andere landen dit vaccin wel gratis toegediend krijgen. Er zijn Nederlanders die dit vaccin zelf kunnen kopen en anderen die het niet kunnen betalen. Dat riekt naar ongelijkheid. Anderzijds, stel dat een deel van de ouderen het vaccin toch zelf koopt, dan leidt dat op totaalniveau waarschijnlijk tot minder zorg. Ondanks dat er dus op persoonsniveau sprake is van ongelijkheid, is de maatschappij er toch bij gebaat als mensen dit vaccin kopen. Sterker nog, de overheid zou het gebruik van het vaccin eigenlijk met campagnes kunnen stimuleren.’

**De geneesmiddelenindustrie wordt gedomineerd door Big Pharma, althans in de perceptie van het**

**publiek. Is Big Pharma, als het al bestaat, bevorderlijk voor de gezondheidszorg specifiek en de maatschappij in het bijzonder?**

‘De uitgangssituatie is hoe wij de maatschappij hebben georganiseerd. In ons kapitalistische systeem zijn er inderdaad een aantal grote farmaceuten ontstaan. Een waardeoordeel hierover zou zich moeten baseren op de vernieuwingen die plaatsvinden in de gezondheidszorg. Het is mijn indruk dat die voor het leeuwendeel afkomstig zijn van deze grote bedrijven. Er is blijkbaar voldoende concurrentie. Er is specifiek voor de farmaceutische bedrijven nog een stok achter de deur, namelijk de reeds veelbesproken kosteneffectiviteit. Als ze namelijk producten maken die niet kosteneffectief zijn, dan worden ze ook niet afgenomen, dus zijn farmaceuten gedwongen hun eigen kosten onder controle te houden. Inderdaad wordt er vaak geschermd met hoge ontwikkelkosten om hoge prijzen te rechtvaardigen, zonder daar echt transparant over te zijn. Daarover discussiëren is echter meestal een heilloze weg. Daarom draai ik het schakbord met de kosteneffectiviteit graag om.

Ergens begrijp ik het spookbeeld van Big Pharma wel, omdat veel mensen diep van binnen vinden dat er geen winst mag worden gemaakt met gezondheid. Sommigen zien ook niets in het begrip kosteneffectiviteit en vinden dat er geen prijs per qaly zou moeten bestaan. Hoe we er ook politiek naar kunnen kijken, ik durf de stelling aan te gaan dat de meeste vernieuwingen kosteneffectief zijn. En dat geldt zeker ook voor de COVID-19-vaccins die de EU heeft ingekocht. Zelfs als die tweemaal zo duur waren geweest, waren ze nog kosteneffectief.’

**Wat zijn uw plannen en ambities, als wetenschapper, als mens, wellicht als politicus of anderszins?**

‘Mijn persoonlijke missie is om mens en maatschappij vooruit te helpen. Een van de manieren om dat te bereiken, is via vaccins. Ze helpen op individueel niveau (mensen worden minder ziek) en op maatschappelijk niveau (ze kunnen de zorgkosten drukken). In Nederland zijn er nog stappen te zetten, bijvoorbeeld in vergelijking met Engeland, waar niet alleen vaccins tegen gordelroos goed worden ingezet, maar ook tegen bijvoorbeeld meningokokken. Bij deze ambitie hoort ook mijn bijdrage in de discussies over het nut, en in sommige gevallen ook de verplichting, van vaccins. Tot slot, ondanks dat ik nog maar twee jaar voor mijn pensioen zit, ben ik nog altijd een ambitieuze wetenschapper. Hoewel ik geen idee heb hoe de ESB-criteria precies uitwerken, wil ik graag nummer 1 op de ESB-lijst worden, want tweede is toch eigenlijk ook weer net niks.’ ■