

## First class of economy?

Bij het boeken van een vliegticket of treinkaartje komt de boeker van de reis onvermijdelijk voor de keuze tussen 'first class' of 'economy' te staan. Wat de uiteindelijke keuze wordt, is afhankelijk van verschillende factoren. Zo is het beschikbare aantal plaatsen belangrijk, maar zeker ook de preferenties van de reiziger (de waarde die men hecht aan beenruimte, een krant of iets te eten onderweg) en het beschikbare budget. Economie is de wetenschap die zich met deze vraagstukken bezighoudt. Met deze kwesties heeft men niet alleen in de reiswereld te maken: ook in het tandheelkundig vakgebied komt economie om de hoek kijken. Uiteraard kan het draaiende houden van een praktijk met alle zaken die daarbij komen kijken, zoals de ruimte in de praktijkagenda, de waarde die men hecht aan innovatie, kwaliteit van de aangeschafte apparatuur en verbruiksmaterialen tot aan het kiezen van cadeautjes voor de kleinste patiënten aan toe, worden gezien als een onderneming. Maar we kunnen ook iets verder uitzoomen en de rol van de tandheelkunde in de maatschappij door een economische bril bekijken. Is economie dan relevant voor de tandheelkunde en is tandheelkunde eigenlijk relevant voor de economie?



Economie beperkt zich niet tot grote tabellen op de achterste pagina's van een dagblad. Het is veel meer dan dat. Je zou economie kunnen beschouwen als het onderzoek naar de verdeling van geluk. Met andere woorden: antwoord geven op de vraag hoe de nu beschikbare middelen in een maatschappij zo efficiënt mogelijk kunnen worden ingezet zodat de verdeling van geluk maximaal is; nu en in de toekomst.

Een gezonde mond is natuurlijk puur geluk, maar bij een schaarste aan middelen (lees: beschikbaar budget) zullen er keuzes moeten worden gemaakt. Dat kan vanuit het perspectief van de patiënt, die zich afvraagt: *"Heb ik genoeg financiële middelen om een wortelkanaalbehandeling te laten uitvoeren of laat ik die kies liever trekken?"*, maar zeker ook vanuit het perspectief van de zorgverlener, de zorgverzekeraar of het kabinet. Het beschikbare budget dat jaarlijks voor tandheelkundige zorg - vergoed vanuit de basisverzekering - in de rijksbegroting wordt gereserveerd (en dus vanuit collectief geld wordt gefinancierd) is niet oneindig en dus zullen er op dat niveau ook keuzes moeten worden gemaakt. Als fictief voorbeeld: kiezen we voor uitbreiding van de volledige vergoeding van tandheelkundige zorg tot en met 21 jaar of schaffen we nog een extra Joint Strike Fighter aan? Vragen die wat dichterbij de realiteit liggen zijn: welke interventie is effectief om een aanwezig probleem te verhelpen? Zijn er alternatieven? Zo ja: zijn die alternatieven even effectief? En tegen welke meer- of minderprijs? Om daar iets over te kunnen zeggen, staan er vanuit de (gezondheids) economie verschillende instrumenten ter beschikking.

Zo is er de redelijk eenvoudige en overzichtelijke kostenminimalisatieanalyse (welke interventie is het goedkoopst?), maar ook de kosteneffectiviteitsanalyse (wat is het verschil in kosten ten opzichte van het verschil in effecten?). Er bestaan zeker nog meer verfijnde technieken, zoals de kostenutiliteitsanalyse. Deze heeft echter de 'quality adjusted life year' (QALY) als vrij

abstracte uitkomstmaat. Dit voor levenskwaliteit gecorrigeerde levensjaar staat met betrekking tot de tandheelkunde nog in de kinderschoenen; de uitkomst van tandheelkundige behandelingen op de levenskwaliteit ligt namelijk niet vaak in het meetbare gebied. Dat vraagt om maatwerk en dus instrumenten voor het meten van ziektespecifieke levenskwaliteit. Een ander aspect dat in de toekomst waarschijnlijk steeds belangrijker zal gaan worden is dat wat de eindgebruiker belangrijk vindt, de zogenoemde 'patient-reported outcome measure' (kortweg: PROM).

In vergelijking met verschillende disciplines van de geneeskunde en - vooral - de farmacie, loopt de tandheelkunde wellicht nog flink achter bij het gebruiken van dergelijke uitkomstmaten, maar de eerste contouren voor dergelijke analyses beginnen zich inmiddels binnen het tandheelkundig onderzoek te vormen. Interesse is er zeker, vanuit verschillende nationale en internationale onderzoeksgroepen, maar ook vanuit de overheid en de zorgverzekeraars. Wellicht zal deze interesse nog eens flink worden aangewakkerd door de huidige en toenemende roep om doelmatige besteding van collectieve middelen. Zo luidt de vraag tegenwoordig of een interventie die hetzelfde oplevert maar minder kostbaar is niet de voorkeur verdient, zeker als het uit collectief geld moet worden bekostigd.

Eersteklas tandheelkunde is wat tandartsen hun patiënten graag willen leveren en een tweedeklas prijs is wat de afnemers graag willen betalen. Hier zal een evenwicht moeten worden gevonden tussen het 'spekkoper-type' en het 'voor een dubbeltje op de eerste rang-type'. Gezondheidseconomische vraagstukken over doelmatigheid, kosteneffectiviteit en PROM's zullen steeds vaker onderdeel uit gaan maken van klinische onderzoeken, ook in de tandheelkunde. Wellicht dat er hierdoor tevens een kleine verschuiving in onderzoeksbudgettering zal plaatsvinden? Wie zal het zeggen? Het blijft een zaak van vraag en aanbod, nietwaar?