

A aplicabilidade de índices e perfis da saúde em economia de saúde

JOSÉ MANUEL FERRAZ NUNES

Nenhuma sociedade tem capacidade para oferecer aos seus membros todos os serviços de saúde que sejam considerados positivos para a saúde pública. A escassez dos recursos, sempre presente, dita que nem todas as necessidades de serviços poderão ser satisfeitas. Nesta perspectiva, o conceito de necessidade implica a existência de alguma utilidade para os utentes na prestação de cada serviço específico. Os recursos limitados impõem o estabelecimento de prioridades, o que implica a existência de alguma utilidade para os utentes na prestação de cada serviço específico. Os recursos limitados impõem o estabelecimento de prioridades, o que implica a escolha de quem recebe um serviço e, automaticamente, de quem não vai recebê-lo. Não havendo um mercado que resolva de maneira satisfatória esta questão, o público deixará para os políticos, os funcionários e os técnicos a difícil missão de estabelecerem prioridades, quer seja dentro de uma perspectiva de segurança social ou numa mais restrita de segurança privada. Estes responsáveis pela tomada de decisões poder-se-ão ver numa missão em que faltam referências dos valores do público, ou, ainda pior, sujeitos a estabelecerem prioridades sob a influência da retórica do debate público daqueles que defendem que prioridades não são eticamente defensáveis.

□

José Manuel Ferraz Nunes é professor na School of Public Administration, Universidade de Gotemburgo, Suécia.

Introdução

A ética tradicional nos serviços de saúde não é suficiente para estabelecer critérios que ajudem os responsáveis pela tomada de decisões a estabelecer prioridades. Os princípios da ética médica, cujo objectivo principal é defender os doentes contra as acções de profissionais sem escrúpulos, podem ser definidos nos seguintes pontos (Ruark, 1988): (1) preservar a vida; (2) aliviar o sofrimento; (3) não fazer ofensas; (4) dizer a verdade; (5) respeitar a autonomia do doente; (6) ser justo no tratamento.

Nenhum destes princípios é absoluto, podendo mesmo haver contradição entre eles. A resolução de conflitos resultantes de eventuais contradições é de carácter pessoal. Diferentes profissionais poderão chegar a conclusões diversas em situações que são idênticas, sendo possível que todos eles procedam correctamente sob uma perspectiva ética. A necessidade de estabelecer prioridades exige também que se tome em consideração o que outros indivíduos perdem por se ter tomado uma decisão determinada. A ética não defende que terá de se fazer tudo o que é tecnicamente possível por um indivíduo, independentemente do que aconteça com outros indivíduos que também tenham necessidades do mesmo ou de outros serviços. Aceitando-se este ponto de partida, haverá que introduzir conceitos baseados numa perspectiva social, como é o caso da economia de saúde.

Neste artigo parte-se do ponto de vista de que o mercado não conduz de forma eficiente nem justa ao estabelecimento de prioridades, seguindo-se a linha de pensamento seguida por importantes analistas que defendem que o papel da economia de saúde é contribuir com argumentos para o estabelecimento de prioridades no contexto de metas definidas no processo político democrático (Evans, Culyer, 1996). A questão principal é a da utilização de técnicas de custo-efectividade como um argumento importante

na definição de prioridades entre os membros abrangidos pelo seguro social e universal. As análises de custo-efectividade (CEA) pressupõem que os resultados dos tratamentos e actividades dos serviços de saúde sejam definidos por uma medida única e inequívoca. Havendo essa medida comum, as CEA possibilitam o ordenamento das actividades através do critério que coloca em primeiro lugar aquelas que custam menos para atingir o mesmo fim. Este princípio é bastante simples, mas pode exigir informação que contém elementos bastante complexos. O problema maior das CEA é a utilização das medidas e dos valores que definem esses resultados. A não inclusão de aspectos importantes na medida dos resultados poderá tornar a análise de valor mais restrita ou até mesmo sem valor. A comparação entre terapias alternativas referentes a um problema específico e a uma população definida não exigirá a mesma complexidade nas medidas a utilizar em comparação com situações em que as alternativas são mais gerais, tanto no que diz respeito às terapias e especialidades como à inclusão de toda a população. Por isso se utiliza uma medida de utilidade referente ao efeito na qualidade e esperança de vida dos utentes que utilizam serviços de saúde. Este tipo de análise constitui um alargamento do conceito de custo-efectividade e denomina-se análise de custo-utilidade (CUA).

O objectivo deste artigo é o de definir em que condições podem aplicar-se os instrumentos que procuram medir estados de saúde em modelos e análise de custo-efectividade e custo-utilidade.

Medir qualidade de vida

A economia da saúde tem dado passos importantes naquilo que poderá ser entendido como o caminho para definir medidas dos resultados consequentes dos tratamentos e dos serviços de saúde, partindo do ponto de vista de que em saúde fazer melhor num contexto de recursos escassos e de necessidades enormes é melhorar a saúde dos indivíduos membros da sociedade. Melhoria em saúde tem duas dimensões principais: aumentar a esperança de vida e melhorar a qualidade de vida. Mais especificamente, a qualidade de vida a que se faz referência neste contexto é a da qualidade de vida relacionada com o estado de saúde (HRQL). Esta definição de qualidade de vida pode, no entanto, ser utilizada com objectivos diversos e, portanto, é necessário ter presentes quais os propósitos das medidas de qualidade de vida que são base de instrumentos usados em cada contexto.

O conceito mais generalizado como medida do resultado dos serviços de saúde no contexto da economia de saúde é o de ano de vida ajustado à qualidade (QALY), que se baseia nos trabalhos paralelos de equipas de investigação diferentes (Culyer, Lavers

e Williams, 1972). (Torrance, Sackett e Thomas, 1973). (Patrick, Busch e Chen, 1973).

Um QALY representa um equivalente a um ano de vida e qualidade de vida que corresponde a «saúde plena». Numericamente, saúde plena corresponde ao valor 1 e situação de morte corresponde ao valor 0 (Kaplan, 1988). Portanto, um QALY é o resultado de uma agregação das duas dimensões: *qualidade de vida* e *quantidade de vida*. A componente qualidade de vida é definida a partir daquilo que acima se denominou HRQL. A tarefa de obter valores que correspondam à componente *qualidade* é baseada na ideia de utilidade. A utilidade refere-se a estados de saúde de indivíduos e, portanto, é necessário que se construa um sistema que defina os estados de saúde. Estes são obtidos através da definição de dimensões que definem independentemente os elementos considerados pelos indivíduos em geral como partes importantes da noção de saúde. A investigação neste campo tem definido estas dimensões, que correspondem a características principais da noção de saúde baseada na percepção do público em geral. Essas características são, por exemplo, a dor, a morbilidade, a disposição de ânimo, etc. Em cada dimensão definem-se vários graus de saúde, em que o melhor corresponde à ausência de problema e o pior a uma situação que se julga como a pior possível. Assim, é possível construir um perfil para cada estado de saúde e um número de estados de saúde que depende do número de dimensões e de graus definidos. Um sistema com, por exemplo, cinco dimensões e três graus em cada dimensão dá origem a 243 estados de saúde, aos quais será dado um valor entre 0 e 1. Estes devem corresponder a utilidades baseadas nas preferências dos indivíduos.

Teoricamente, o resultado relevante devido a uma intervenção ou não-intervenção é sempre a probabilidade da distribuição da evolução futura de diferentes percursos do estado de saúde. Portanto, a descrição dos estados de saúde é uma necessidade prática a fim de poderem fazer-se comparações entre dois percursos, por exemplo, morte imediata e viver com um estado de saúde previamente definido durante um número determinado de anos. Prosseguindo desta forma, é possível obter o valor das preferências dos indivíduos entre todos os estados de saúde definido num sistema. Os métodos mais importantes para obter estes valores são: a escala visual análoga (VAS), o *time tradeoff* (TTO), o *personal tradeoff* (PTO) e o *standard gamble* (SG). O método SG é considerado o teoricamente mais correcto para obter utilidades num contexto de incerteza (Drummond *et al.*, 1997). No entanto, o TTO dará valores que se aproximam do SG e têm demonstrado vantagens práticas relativas à maior compreensão do público (Dolan *et al.*, 1996). O método PTO é defendido como uma alternativa ao TTO (Nord, 1995). Não existe consenso sobre qual é

o método mais correcto, constituindo um dos pontos de discussão metodológica neste campo, dividida entre o que é correcto teoricamente e o que é aceitável do ponto de vista normativo. Qualquer dos métodos tem, no entanto, como fim o de fazer possível a agregação dos valores atribuídos às diferentes dimensões do estado de saúde num só índice definido entre 0 e 1. É, porém, importante reter que comparações exigem a utilização de valores obtidos pelo mesmo método.

Os valores obtidos deste modo correspondem às preferências dos diferentes estados de saúde baseados na população em geral, criando-se uma «tarifa» que deverá ser específica para uma determinada região ou país. A variação entre países europeus de cultura semelhante tem-se mostrado relativamente pequena (Essink-boot *et al.*, 1993), mas entre culturas bastante diferentes observam-se diferenças substanciais na atribuição das preferências expressas. É importante que os instrumentos definidos com o objectivo de medir os valores das preferências em estados de saúde possam ser avaliados, sendo necessário que: (1) os estados de saúde correspondam a um ordenamento lógico; (2) possa ser possível que os valores atribuídos discriminem os indivíduos de características diferentes e que esses valores correspondam àquilo que se pretende medir (validade); (3) haja estabilidade nos valores obtidos em diferentes amostras da mesma população em que forem utilizados (credibilidade).

Os valores das preferências dos diferentes estados de saúde podem usar-se em situações diversas. As decisões de política clínica onde se definem prioridades de acção colocam a questão de qual a orientação na distribuição de recursos que poderá contribuir em maior grau para melhorar a saúde pública. A política de saúde pressupõe que se coloque uma questão semelhante, mas aí haverá que comparar efeitos de distribuição alternativa entre especialidades e áreas diferentes. Estas duas situações são típicas da análise de custo-utilidade. Porém, os valores das preferências dos estados de saúde poderão ser utilizados também como uma medida do nível das prestações em estudos que pretendam utilizar uma medida dos resultados. E, por fim, em análises dirigidas para o conhecimento da evolução ou do estado momentâneo da saúde pública de uma determinada população. Se a análise tem como objectivo principal uma destas duas últimas mencionadas questões, há outras alternativas às medidas de preferências. É, pois, importante definir as características de diferentes instrumentos para medir qualidade de vida em função do contexto de análise.

Instrumentos para medir qualidade de vida

Os instrumentos que procuram medir estados de saúde têm características bastante diferentes, podendo

dividir-se em quatro grupos (Kind *et al.*, 1994), partindo das suas características. Os instrumentos podem ser gerais ou específicos. Os gerais procuram obter valores que são independentes de um tipo de problema ou doença e destinam-se a ser usados quando o objectivo principal é comparar o estado geral de saúde entre grupos de indivíduos diferentes. Os específicos são mais restritos, descrevendo apenas dimensões que sejam comuns a uma doença ou problema, sendo relevantes quando as comparações se efectuam entre indivíduos com características idênticas e, ao mesmo tempo, quando as características específicas sejam as únicas importantes para definir o resultado. Por outro lado, tanto os instrumentos gerais como específicos podem ser somente perfis ou dar origem a um índice. Os perfis correspondem a valores individuais em cada dimensão sem ser feita qualquer comparação entre as diferentes dimensões através do seu peso relativo. Os índices resultam da agregação das diferentes dimensões através de um sistema em que se obtêm os pesos relativos de cada dimensão para determinar a utilidade de cada estado de saúde. No *Quadro 1* mostram-se alguns dos instrumentos mais importantes.

Apenas os instrumentos que pressupõem o cálculo de um índice e são gerais podem ser utilizados em análises de custo-utilidade em economia de saúde. Um perfil que seja geral possibilita a descrição de estados de saúde e a comparação entre especialidades ou grupos de indivíduos diferentes. No entanto, não é possível avaliar dimensões diferentes. Suponhamos que se comparem duas alternativas, sendo o resultado das intervenções descrito por um perfil genérico. Se uma intervenção melhorar a dimensão correspondente à mobilidade e piorar uma outra dimensão, não será possível fazer a avaliação se o estado de saúde melhorou ou piorou, já que não temos informação sobre o

Quadro 1

Classificação de instrumentos para medir estados de saúde

	Gerais	Específicos
Índice	QWB	AIMS
	EuroQol(EQ-5D)	GHQ
	HUI	
Perfil	NHP	KDQ
	SF-36	
	SIP	

QWB = quality of well-being (Patrik *et al.*, 1973).

EuroQol (Brooks, 1996).

HUI = health utility index (Torrence *et al.*, 1995).

NHP = Nottingham health profile (Hunt *et al.*, 1985).

SF-36 (Ware & Sherborne 1992).

SIP = sickness impact profile (Bergner *et al.*, 1981).

AIMS = arthritis impact measurement scale (Mecnan, 1982).

GHQ (Goldberg, 1972).

KDQ = kidney disease questionnaire (Laupacis *et al.*, 1992).

peso do melhoramento em relação ao peso do agravamento. Também na comparação entre duas intervenções este problema é relevante, mesmo que todas as dimensões tenham melhorado. Se uma intervenção melhorar a mobilidade mais do que a outra intervenção e esta melhorar o estado mental mais do que a mobilidade em relação à primeira intervenção, será impossível determinar qual das intervenções é mais eficaz. Neste caso seria necessário ter um sistema de avaliação em que as dimensões diferentes possam ser comparadas.

A comparação dos custos só será relevante se tivermos a possibilidade de também compararmos os resultados. Os índices gerais resolvem este problema, conforme se indicou anteriormente. Assim, o EuroQol, o HUI ou o QWB são instrumentos destinados a obter um valor correspondente à componente de qualidade de vida no cálculo do QALY. Por outro lado, os conhecidos perfis SF-36, NHP ou SIP só poderão ser utilizados em estudos descritivos sobre a evolução do estado de saúde de uma população. A sua aplicabilidade na análise em economia de saúde é bastante reduzida. Poderão ser utilizados em estudos restritos quando se comparam duas terapias no mesmo grupo de doentes e quando as diferenças forem inequívocas. Por exemplo, se algumas dimensões melhorarem mais quando se usa uma terapia sem que as outras dimensões se agravem, haverá a hipótese de concluir que uma terapia é mais eficaz do que a outra. No entanto, se a terapia mais eficaz for também mais cara, as conclusões são muito limitadas. O problema é que antes da avaliação não se pode determinar se todas estas condições se vão observar e, portanto, a utilização de perfis não será útil ao analista de economia de saúde.

Os índices específicos não poderão ser utilizados em CUA, mas poderão ser utilizados em CEA que tenham um objectivo mais restrito, comparando apenas o uso de terapias diferentes para o mesmo grupo de doentes. Já os perfis específicos não podem ser utilizados na análise de custo-efectividade mesmo que a análise tenha este objectivo mais restritivo pelo mesmo motivo que se indicou para os perfis genéricos. A utilização de índices específicos são muitas vezes instrumentos suficientes quando o objectivo da análise está restrito a prioridades dentro da mesma valência ou sector de actividade. Digamos que as prioridades em questão se resumem a terapias ou programas alternativos em doentes com problemas de artrite. A utilização do índice específico AIMS será suficiente para avaliar a qualidade de vida e aplicabilidade num custo-efectividade, partindo do pressuposto de que outros aspectos não incluídos no índice específico não sejam importantes.

Os instrumentos específicos são geralmente incididos em sintomas, enquanto os instrumentos genéricos incidem mais em componentes importantes para a

saúde, como um argumento importante da qualidade de vida em geral incidindo em funções físicas, papéis sociais ou estados psíquicos.

Os estudos aplicados

O custo por QALY é o objectivo principal na utilização dos índices de qualidade de vida baseados nas preferências dos indivíduos, sendo a base de informação da CUA. A ideia é comparar os custos adicionais com uma intervenção com o resultado dessa intervenção. Será necessário calcular o efeito na esperança de vida e na qualidade de vida. Na *Figura 1* mostra-se um exemplo hipotético onde se compara a situação A, onde é atribuído a um indivíduo o valor 0,5 na escala de utilidade do estado de saúde actual e em que a esperança de vida é de cinco anos se não ocorrer qualquer tratamento. A situação B corresponde ao mesmo indivíduo se for tratado, esperando-se que o estado de saúde melhore e a esperança de vida aumente. Neste caso, admite-se que o novo estado de saúde corresponda a 0,8 e a esperança de vida oito anos, partindo, também neste caso e para simplicidade, do exemplo de que o estado de saúde é constante durante oito anos. O caso A corresponde a um equivalente de 2,5 QALY e o caso B a um equivalente de 6,4 QALY. O resultado do tratamento corresponde desta maneira a 3,9 QALY. Se o custo adicional devido ao tratamento no caso B for 390 000\$00, o custo por QALY será 100 000\$00. Continuando com este tipo de cálculos em todos os casos de uma amostra representativa de todos os indivíduos sujeitos ao mesmo tipo de intervenção, será possível fazer uma estimação pontual que corresponda a uma medida de custo-utilidade para este tipo de intervenções. Fazendo um tipo de cálculo semelhante noutras intervenções, é possível fazer comparações através da elaboração de uma «tabela de preços». Suponhamos que o caso acima indicado é representativo e que existem elementos que indicam que o custo por QALY noutras intervenções alternativas vai desde 2000\$00 por QALY até 50 000\$00 por QALY. Esta informação diz-nos que as intervenções do exemplo da *Figura 1* não são eficientes, já que a utilização dos recursos nas outras intervenções alternativas conseguiriam um resultado igual em termos de QALY com menos recursos. Ou dizendo de outra maneira, conseguiríamos mais QALY na população para um determinado orçamento.

Dissemos na secção introdutória que o papel da economia de saúde é contribuir com argumentos para o estabelecimento de prioridades no contexto de metas definidas no processo político democrático. Assim, o tipo de informação sobre o custo por QALY poderá ser utilizado pelos políticos directamente ou como um argumento nas prioridades. Suponhamos que no nosso exemplo se dava prioridade à interven-

ção com o maior custo por QALY. Na perspectiva da análise económica não será a decisão «certa», mas a decisão poderia estar correcta do ponto de vista de política de bem-estar geral, se existirem outros elementos não incluídos na CUA que sejam importantes. No entanto, quem tomar a decisão faz um julgamento implícito, escolhendo intervenções que resultam em menor qualidade de vida relacionada com a saúde. O valor dos factores eventualmente importantes e que não foram tomados em conta na CUA será julgado maior do que a perda de QALY motivado pela escolha das intervenções que têm um maior custo por QALY.

Este tipo de análise pressupõe que a informação sobre os estados de saúde é baseada em observações efectuadas antes e depois da intervenção. Será sempre o doente que define o estado de saúde, mas os momentos próprios para as observações serão definidos em função do conhecimento prévio da evolução esperada do curso dos efeitos da intervenção. Em muitos casos não basta fazer uma observação depois da intervenção a fim de obter informação mais fidedigna sobre a evolução do estado de saúde. Esta questão é, aliás, comum a qualquer tipo de instrumento que se utilizar.

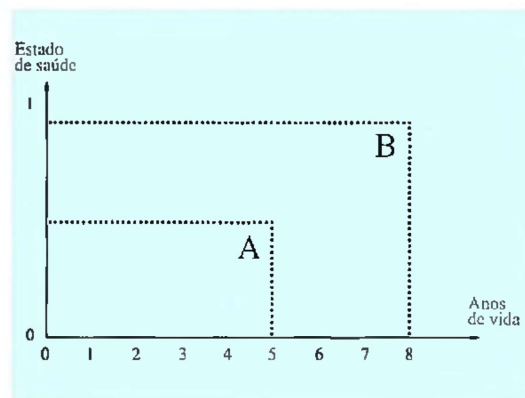
Comentários finais

Procurou-se neste artigo defender que o uso das análises de custo-utilidade (CUA) ou custo-efectividade (CEA) pressupõem a escolha de medidas que são coerentes com o objectivo destas técnicas. Dada a proliferação de instrumentos para medir qualidade de vida no sector de saúde, é necessário que haja cuidado na sua utilização, especialmente no que diz respeito ao conhecimento do analista sobre o fim para que foram concebidos. Não basta construir um índice sem ter em conta os métodos e características que devem estar na base da sua construção. A investigação neste campo é recente e mesmo os instrumentos aqui discutidos são motivo de análise e evolução tanto nos métodos em obter valores como na construção da sua estrutura. Será, portanto, ainda mais questionável a utilização de instrumentos inadequados ao objectivo da análise, ou, o que ainda é mais grave, a modificação dos instrumentos, adaptando-os a necessidades práticas de ocasião. A simples tradução errada num questionário pode pôr em causa os valores obtidos. A utilização de tarifas em regiões diferentes daquelas em que foram obtidas sem um conhecimento prévio dos valores sociais em cada região poderá tomar a análise sem qualquer ou com valor duvidoso.

As análises de custo-efectividade (CEA) e custo-utilidade (CUA) não poderão ser interpretadas como uma panaceia para a resolução do difícil problema da definição de prioridades, mas tão-somente uma contribuição importante para o processo de tomada de

Figura 1

QALY em duas situações hipotéticas
A = sem tratamento B = com tratamento



decisões. Sendo assim, há que saber exactamente quais os valores que estão incluídos nas medidas usadas. Não será lógico que se dêem interpretações e pesos que não correspondem aos valores sociais, uma vez que os sistemas de saúde são construídos a partir de uma base de decisões colectivas decorrentes do processo democrático. Ignorar as análises CUA e CEA é, porém, fechar os olhos conscientemente para que os sistemas de decisão vigentes não sejam alterados nem melhorados. Será sempre um avanço basear as tomadas de decisão no que respeita à distribuição de recursos em valores que possam ser transparentes e que sejam coerentes com aqueles que sustentam as actividades no sector de saúde, ou seja, os contribuintes como membros de um seguro social.

Se, por um lado, as limitações nas análises de economia de saúde são evidentes, também a sua ausência não contribuirá para melhores decisões. É evidente que o caminho seguido na disciplina, em paralelo com a investigação noutras disciplinas adjacentes, tem tido vasta confirmação nos estudos empíricos baseados nas populações. O uso da noção de qualidade de vida é imprescindível nos argumentos-bases da distribuição dos recursos, mas a sua aplicação constitui um caminho tortuoso que exige a velocidade de progressão e atenção necessárias.

Referências bibliográficas

- BERGNER, M., et al.
The sickness impact profile.
«Medical Care», 1981, 19, 787-805.
- Brooks, R.
EuroQol: the current state of play.
«Health Policy», 1996, 37, 53-72.
- CULYER, A., et al.
Health Indicators.

In *Social indicators and social policy* (eds.), A. Shonfiele et al., 1972. Londres.

CULYER, A., e EVANS R.

Mark Pauly on welfare economics: normative rabbits from positive hats.

«*Journal of Health Economics*», 1996, 15, 2, pp. 243-.

DOLAN, P., et al.

Valuing health states: a comparison of methods.

«*Journal of Health Economics*», 1996, 15, 209-231.

DRUMMOND, M., et al.

Methods for the evaluation of health care, 2.^a ed., Nova Iorque: Oxford University Press.

ESSINK-BOT, M., et al.

Generalizability of valuations on health states collected with the EuroQol.

«*Health Economics*», 1993, 2, 237-246.

GOLDBERG, D.

The detection of psychiatric illness by questionnaire, 1972. Londres: Oxford University Press.

HUNT, S., et al.

Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists.

«*Journal of the Royal College of General Practitioners*», 1985, 35, 331-340.

KAPLAN, R.

A general health policy model: update and applications.

«*Health Services Research*», 1988, 23, pp. 203-235.

KIND, P., e GUDIX, C.

The role of QALYs in assessing priorities between health-care interventions.

LAUPACIS, A., et al.

A disease-specific questionnaire for assessing quality of life in patients on hemodialysis.

«*Nephron*», 1992, 60, 302-306.

MEENAN, R.

The AIMS approach to health status measurement.

«*Journal of Rheumatology*», 1982, 9, 785-788.

NORD, E.

The person-tradeoff approach to valuing health care programmes. «*Medical Decision Making*», 15, 3, 201-208.

PATRIK, D., et al.

Methods for measuring levels of well-being for a health status index.

«*Health Services Research*», 1973, 8, 229-244.

RUARK, J.

Initiating and withdrawing life support.

«*New England Journal of Medicine*», 1988, 318, 25-30.

TORRANCE, G., et al.

A utility maximization model for evaluation of health care programs.

«*Health Service Research*», 1973, 7, 118-133.

WARE, J., e SHERBOURNE, C.

The MOS 36-item short form health survey (SF36).

«*Medical Care*», 1992, 30, 473-483.

WILLIAMS, A.

The measurement and valuation of health, 1995. Discussion paper 136. Centre for Health Economics, University of York.

WILLIAMS, A.

The role of the EuroQol instrument in QALY calculation, 1995. Discussion paper 136. Centre for Health Economics, University of York.

Resumo

L'APPLICABILITÉ DES INDICES ET PROFILS DE SANTÉ EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

La faiblesse des moyens, qui est une constante, conduit à ce que la prise de décisions sur les priorités ne soit pas seulement basée sur des principes d'éthique traditionnelle. L'utilisation de techniques de coût-efficacité pourra constituer un argument important dans la définition de priorités entre les membres couverts par l'assurance sociale et universelle. Les analyses de coût-efficacité (CEA) supposent que les résultats des traitements et des activités des services de santé puissent être définis par une mesure unique et inéquivoque. La comparaison des grandes alternatives, comme celles concernant les thérapies et les spécialités, mais aussi la couverture de toute la population, exige l'utilisation d'une mesure d'utilité en matière d'effet sur la qualité et l'espérance de vie des usagers des services de santé. Ce type d'analyse constitue un élargissement du concept de coût-efficacité et s'appelle analyse de coût-utilité (CUA). Le concept le plus utilisé pour mesurer le résultat des services de santé dans le cadre de l'analyse CUA est l'année de vie ajustée à la qualité (QALY), la qualité étant mesurée à partir de la définition et des valeurs des états de santé. Les instruments qui cherchent à mesurer les états de santé ont des caractéristiques très différentes: ils peuvent être généraux ou particuliers. Seuls les instruments généraux peuvent être utilisés dans le cadre de l'analyse CUA. Les instruments particuliers pourront être utilisés pour des comparaisons plus restreintes dans le domaine de politiques spécifiques dans un domaine ou secteur d'activité ayant les mêmes caractéristiques. Nous serons ainsi devant l'utilisation des techniques d'analyse CEA. Cependant, que ce soit dans le cas général ou dans le cas particulier, seuls pourront être utilisés pour l'analyse CUA et CEA des instruments de mesure qui puissent donner lieu au calcul d'un indice. Les dits profils de santé manquent de poids relatif dans les différentes dimensions et par conséquent ne pourront pas être utilisés avec les mêmes objectifs d'indices de santé.

Summary

THE APPLICABILITY OF HEALTH INDICES AND PROFILES IN HEALTH ECONOMICS

Constant scarcity of resources means that decisions about priorities cannot be taken solely based on principles of traditional ethics. Techniques that assess cost-effectiveness can play an important part in defining priorities between members covered by universal social security. Cost-effectiveness analyses (CEA) presuppose that outcomes of treatments and activities by health services are defined by a single clear measurement. Comparisons of general alternatives, for therapies and specialities as well as to include the whole population, require a measurement of benefit that assesses the life expectancy and quality of life for the users of health services. This type of analysis is a wider version of cost effectiveness, and is called cost-utility analysis (CUA). In the context of CUA, the more general concept that measures the outcome of health services is that of quality adjusted life year (QALY). This is quality measured on the basis of the definition and values of states of health. The methods available for measuring states of health are quite varied, and can be general or specific. Only general methods can be used in CUA. However, specific methods can be used for more restricted comparisons within particular policies for a value or sector of activity that has the same characteristics. This would mean that CEA techniques are being used. Nevertheless, both in general and specific cases, in CUA and CEA the methods of measurement used must lead to the calculation of indices. The so-called health profiles lack relative weight in the various dimensions, so they cannot be used with the same aims as health indices.