



Zorg moet nuttig zijn

Over economische evaluatie en de grenzen van het pakket

Dr. Werner Brouwer

iBMG / iMTA

VAGZ / NVAG meeting

12 maart 2008

Economie en nut

- Waarom bent u hier?

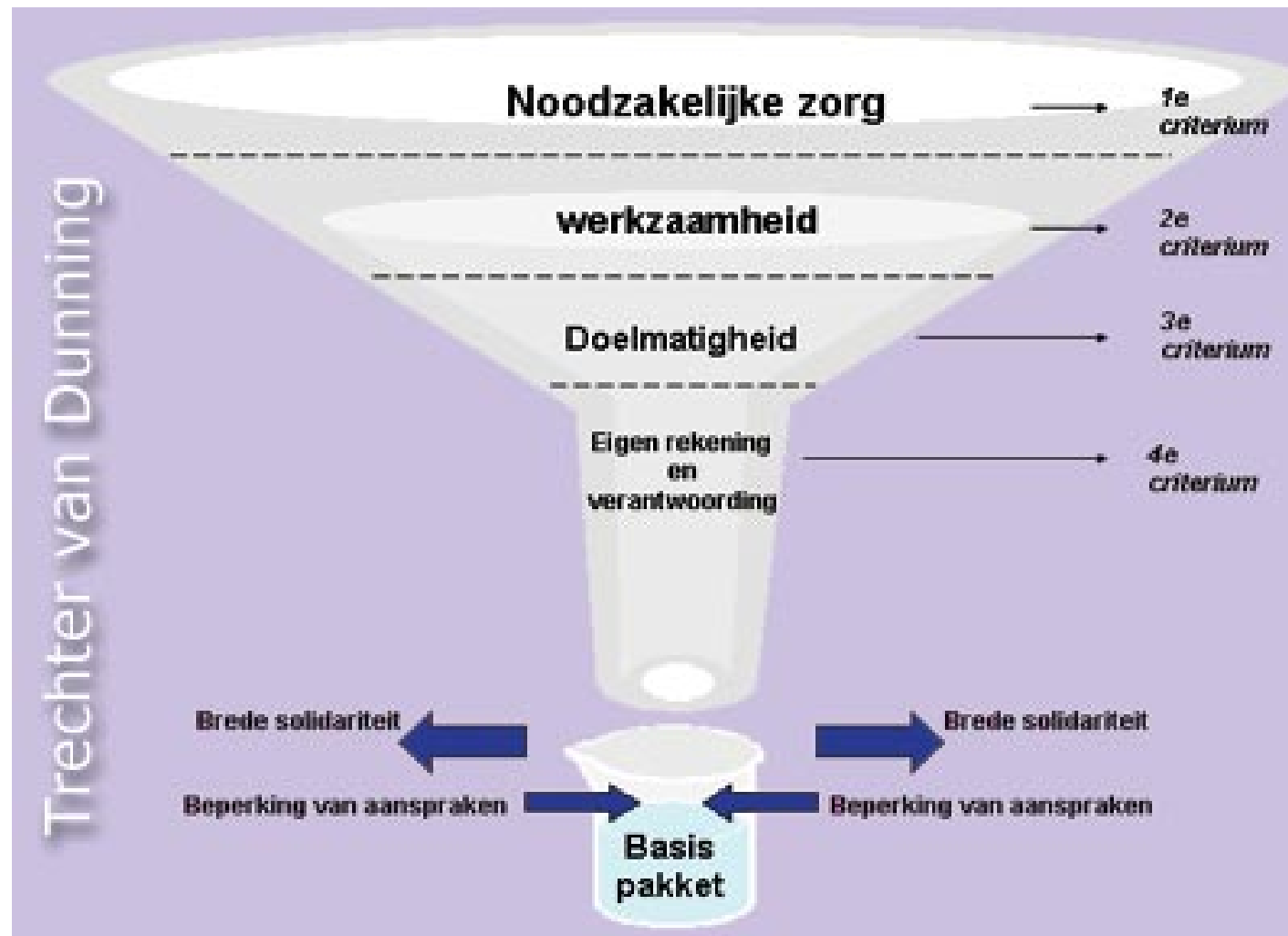
Economie

- Economie is de sociale wetenschap die zich bezig houdt met de doelmatigheids- en verdelingseffecten van alternatieve toepassingen van schaarse middelen
- Rechtvaardigheid is ook van belang omdat doelmatigheid en rechtvaardigheid niet los van elkaar kunnen worden gezien (Arrow, 1963)
- Kernuitgangspunt: de wensen van mensen zijn oneindig, maar hun middelen beperkt – dus moeten we kiezen hoe we onze middelen optimaal kunnen inzetten!
- Wat is optimaal?
- Voor individuen: nut (geluk), voor bedrijven: winst, voor een maatschappij: maatschappelijk nut
- Keuzen noodzakelijk vanwege schaarste

Grenzen aan het pakket

- Ondanks uitgaven ook binnen de zorg schaarste: middelen < wensen
- Keuzen zijn noodzakelijk: wat hoort er (niet) in het collectieve basispakket?
- Samenstelling van het basispakket is (zeer terecht!) een publieke taak
- Denken hierover niet nieuw: *landmark* publicatie op dit terrein was ongetwijfeld het rapport van de commissie Dunning (1991)
- Zorg in het basispakket moest geselecteerd worden op basis van heldere criteria: noodzakelijkheid, effectiviteit, doelmatigheid en ‘eigen rekening en verantwoording’
- Toch werd er relatief weinig gedaan met de trechter.
- Enerzijds vanwege het feit dat de criteria niet helder werden geoperationaliseerd noch systematisch toegepast
- Anderzijds was het ook nog niet heel sterk noodzakelijk om de trechter te gebruiken – rantsoenering kon ook via andere wegen
- Tijden veranderen...

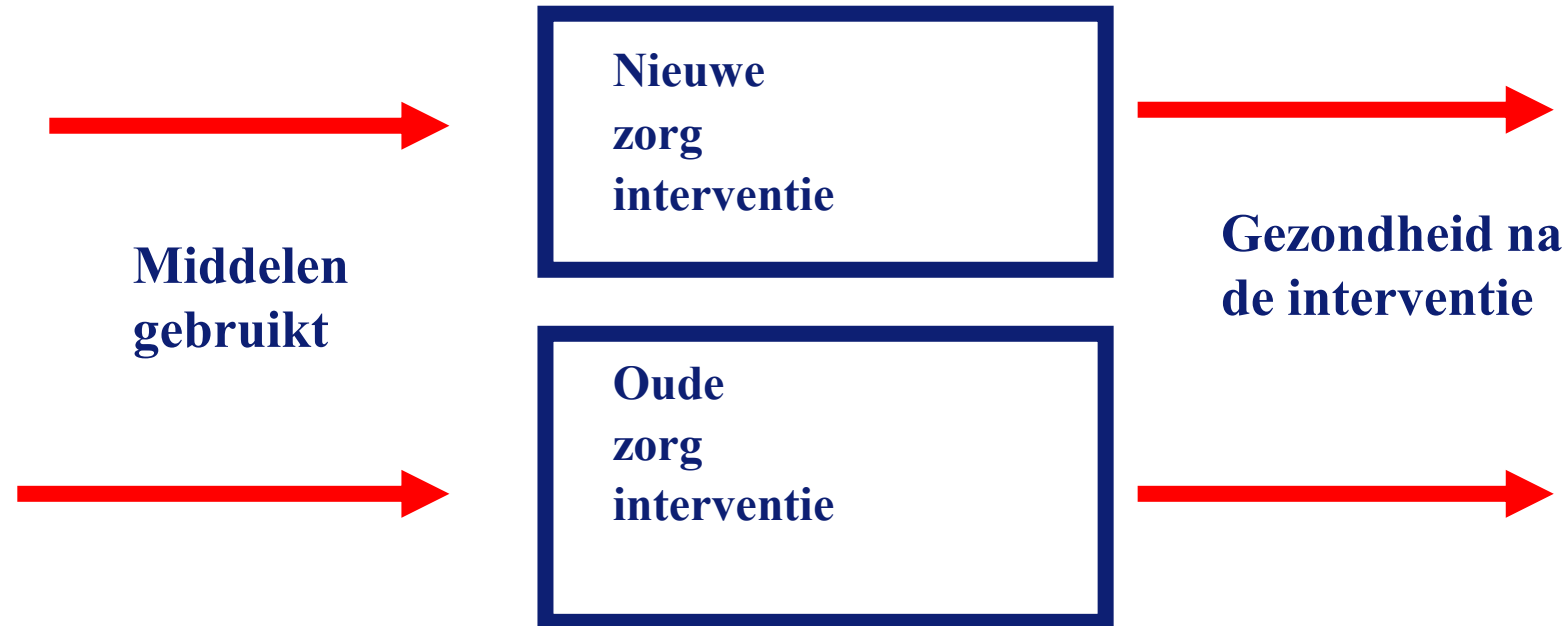
Trechter van Dunning



Economische evaluaties

- Economische evaluatie omvat tweede en derde zeef van de trechter
- Geeft inzicht in de relatieve efficiëntie van interventies (medicijnen, operaties e.d.)
- Achtergrond in welvaartseconomie: bezie of de baten (**de monetaire waarde van het nut**) van een interventie de kosten ervan overstijgen:
$$\text{waarde gewonnen unit output} * \text{aantal units} - \text{kosten} > 0$$
- In de zorg gebeurt een economische evaluatie meestal door alle kosten gerelateerd aan een programma te vergelijken met alle gezondheidseffecten (QALYs) van dat programma (maatschappelijk perspectief, maar wel focus op gezondheid)
- Zo krijg je een kosteneffectiviteitsratio: Des te meer gezondheid per euro worden gewonnen, des te gunstiger de ratio
- Gebruik onvolledig maar groeiend: medicijnvergoedingen (verplicht vanaf 2005), pakketbeslissingen, vaccinatieprogramma, richtlijnen voor kosteneffectief handelen, dure geneesmiddelen, uitbreiding naar de care, etc...

Economic Evaluation



Vraag:

Is de additionele gezondheid met de nieuwe interventie afdoende om de additionele middelen ten opzichte van de oude interventie te rechtvaardigen?

Economische evaluatie

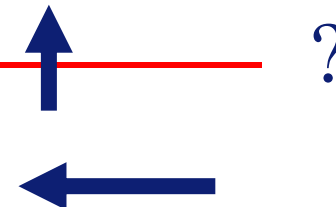
- Economische evaluatie vertelt ons de relatie tussen kosten en effecten van een interventie
- Alleen als een interventie voldoende oplevert in termen van gezondheid rechtvaardigt dit de kosten, was het klassieke idee erachter
- Let wel: om uiteindelijk een besluit te nemen moeten we de waarde van de QALY kennen:

waarde QALY * $\Delta QALY - \Delta K > 0$

- $\Leftrightarrow \Delta K / \Delta QALY < \text{waarde QALY}$
- In Nederland wordt / werd veelal gesproken over de K€20, maar recent verandert dit
- Ongeacht de precieze grens zegt dit dat er een grens is – niet alleen vanwege verloren ‘opportunities’ binnen de zorg maar ook daarbuiten
- Economische evaluaties faciliteren een ‘optimale’ besteding van geld binnen de zorg: maximale gezondheid gegeven zorg budget.

Doelmatige besteding

Intervention	\$ / QALY
GM-CSF elderly with leukemia	\$235.958
EPO in dialysis patients	\$139.623
Lung transplantation	\$100.957
End stage renal disease	\$53.513
Heart transplantation	\$46.775
Didronel in osteoporosis	\$32.047
Statins in high cholesterol	\$18.151
PTA with Stent	\$17.889
terbinafine in onychomycosis	\$16.843
Breast cancer screening	\$5.147
Viagra	\$5.097
Congenital anorectal malformation	\$2.778



Waarde QALY (1)

- Elke expliciete grens die wordt aangeduid stuit op weerstand
- K€ 80, genoemd door RVZ als maximale grens, riep veel verzet op
- Veel argumentatie kwam er op neer dat er geen grens mocht worden gesteld (leven is niet te waarderen)
- Het ontkennen van die grens ontkent echter de eindigheid van de middelen – de prijs van meer gezondheid in 1 groep is minder gezondheid in een andere groep!
- De prijs van gezondheid is het opgeven van gezondheid (of geluk elders in de samenleving)
- Daarbij: we hechten impliciet continu waarde aan gezondheid en leven
- De keuze waar spoorbomen/stoplichten moeten staan en waar niet, de keuze om airco's te plaatsen in verpleeghuizen of niet, de keuze of je side-airbags in je nieuwe auto neemt of niet...
- We moeten nog steeds kiezen **en we kiezen ook!**

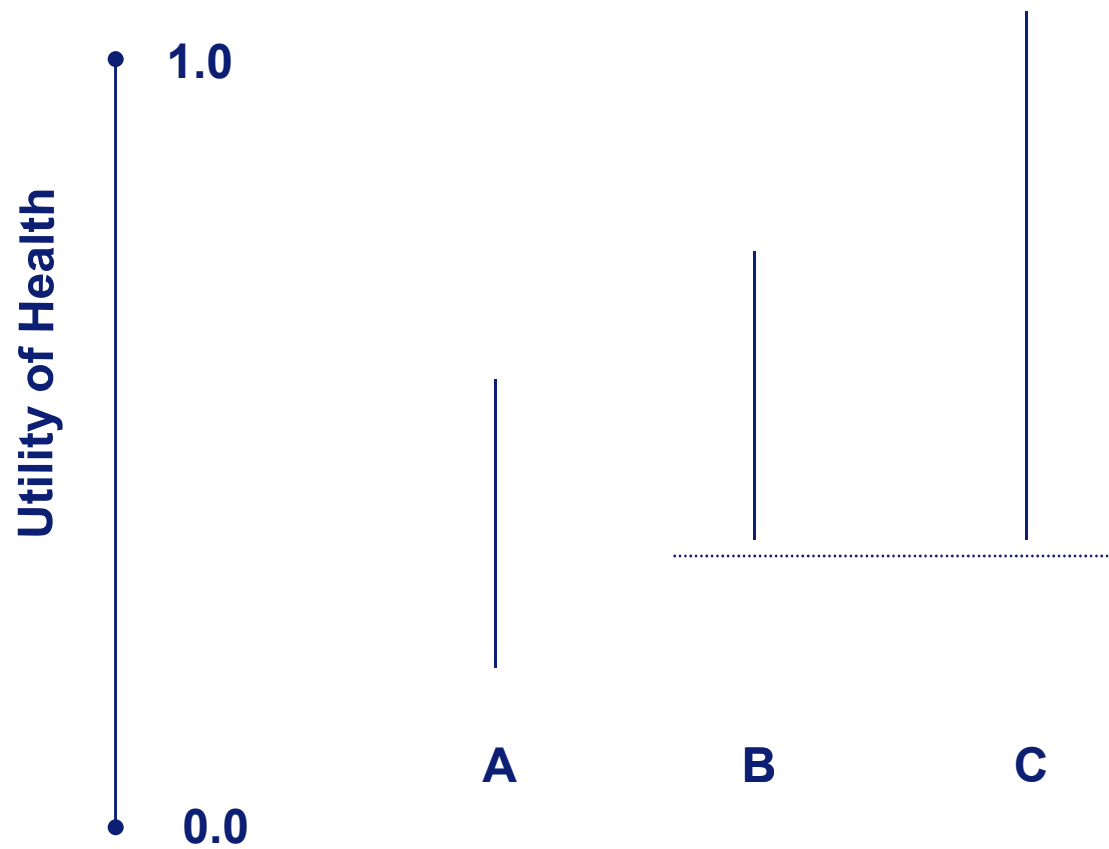
Welk afwegingskader is het juiste?

- Het idee van gezondheidsmaximalisatie dat achter economische evaluaties ligt is een normatief kader.
- Maar is het het juiste afwegingskader voor keuzen binnen de zorg?
- Twee voorbeelden:
 - * Vast budget, nieuw middel , kost 1mln en levert 100 QALYs op. Teneinde het te financieren halen we er iets anders uit ter waarde van 1 mln. Dat leverde maar 90 QALYs op. Goede zaak?
 - * Er is een weesgeneesmiddel voor pasgeborenen met een zeldzame, dodelijke aandoening. Het kost 500.000 per QALY ofwel 25 QALYs elders in de zorg. Stoppen we de vergoeding?
- De wereld is complex en de analyse onvolledig!
- Er zijn ethische criteria die schijnbaar niet meteen in onze economische evaluatie zitten!

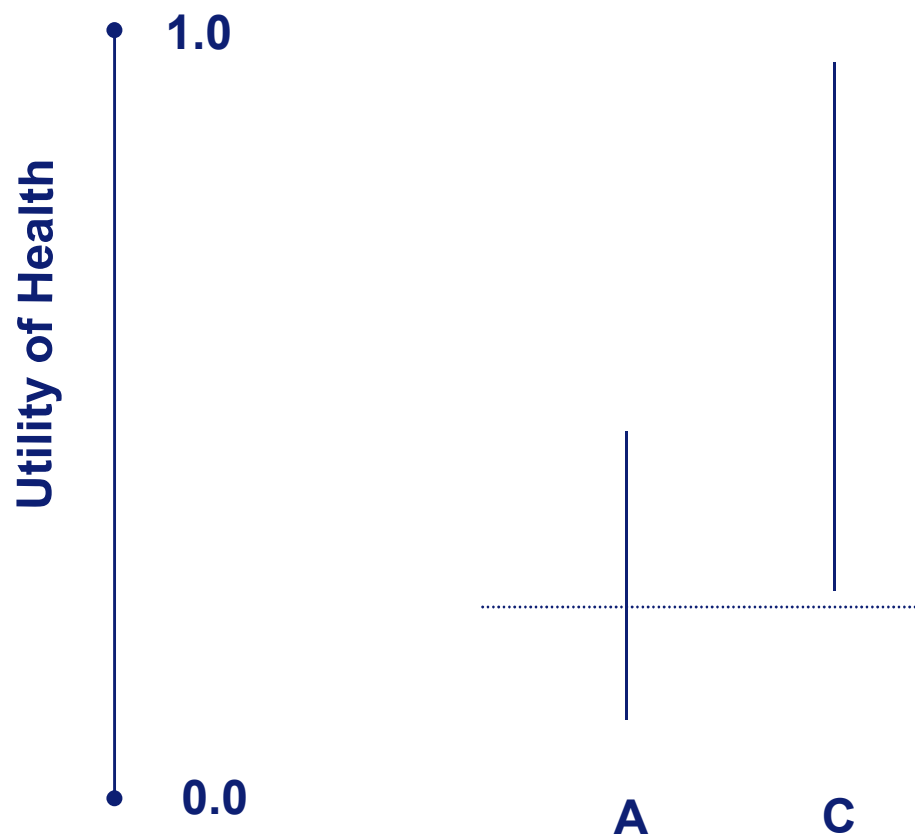
Kritiek op economische evaluaties

- Economische evaluaties houden geen rekening met de persoon aan wie gezondheidswinsten toevallen: “*A QALY is a QALY no matter who gets it*”
- Echter, in realiteit zijn sommige QALY winsten belangrijker dan anderen, zo lijkt.
- Hammond (1991) geeft al aan bij vergelijkingen van nut (QALY) tussen personen vergeten wordt ‘... *what they really are – preferences for different kinds of people.*’
- Daarom schuiven we in de *league table* en daarom willen we wellicht *wel* weesgeneesmiddelen vergoeden – hoe ondoelmatig ook
- In feite richten we onze pijlen dus weg van de ratio en naar de *waarde van de QALY*. Die *verschilt* *klaarblijkelijk* *tussen QALYs/interventies/personen!*
- Weet u nog: $\text{kosten} / \text{aantal QALYs} < \text{waarde QALY}$
- Deze waarde moet wellicht context specifiek zijn!
- Rechtvaardigheid/noodzakelijkheid speelt een belangrijke rol!

Rechtvaardig en/of doelmatig?



... een afweging!



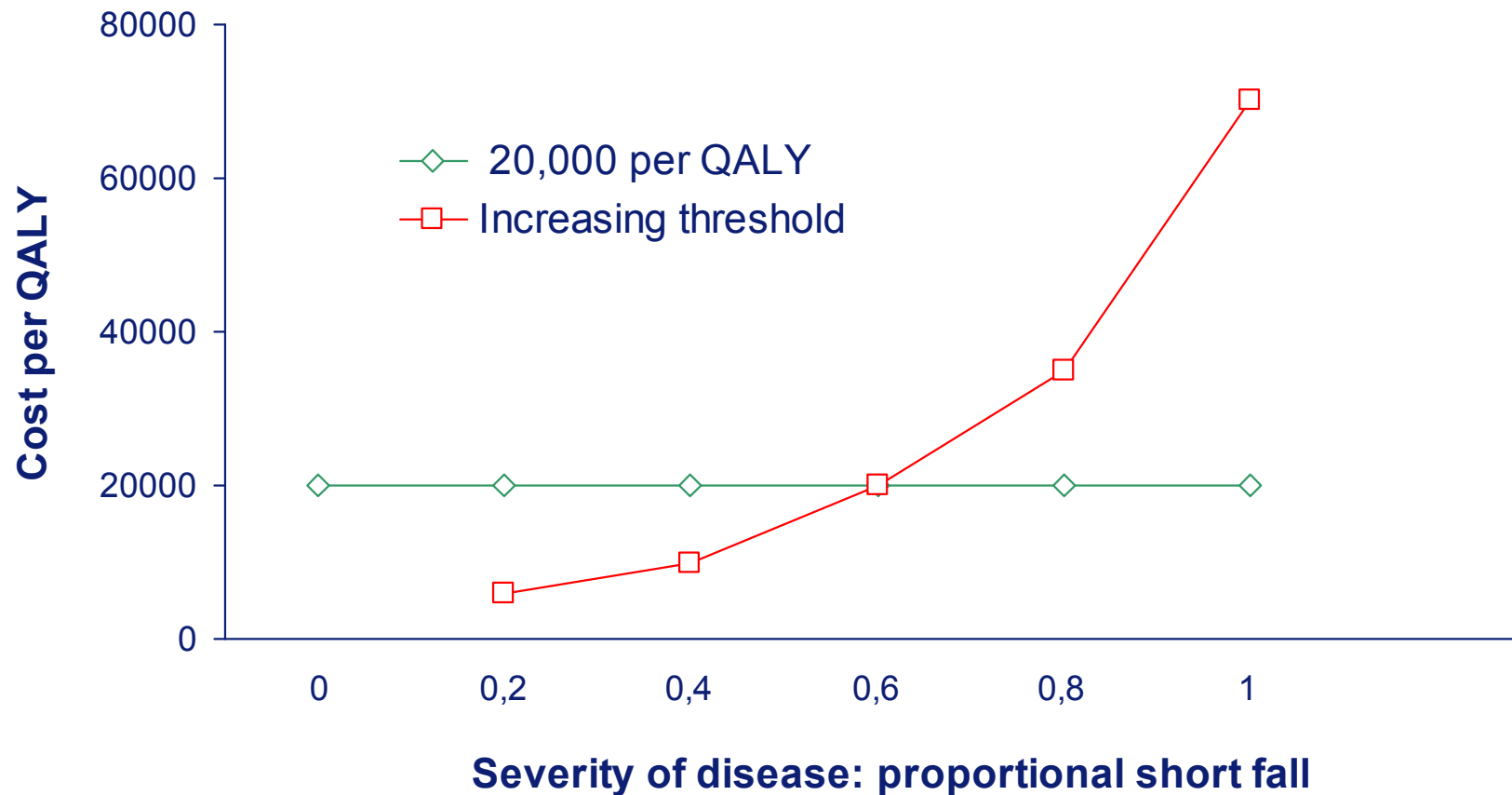
Waarde QALY (2)

- De (gemiddelde) waarde van een QALY blijkt in feite onbekend (laat staan de context specifieke!)
- Hirth et al (2000) geven een overzicht dat met waarden die rangen van \$25,000 (fout) tot meer dan \$450,000 (in de tijd dat de dollar nog wat waard was...)
- In Engeland is het rond de € 45K, in Australie ook, in Nederland meest genoemd
- Dranove (2003) stelt: *“Regardless of which number is correct, the data all point to the same important conclusion: The cost-effectiveness thresholds used by NICE, Australia’s PBS, Canada, and other government payers are too low.”*
- Maar waarde is waarschijnlijk dus niet uniform. Factoren: ernst aandoening, leeftijd, verantwoordelijkheid ziekte, hebben van afhankelijke kinderen, statistisch leven vs. geïdentificeerd leven, etc
- In Nederland is meest genoemde en gebruikte grens €20K euro, maar recent wordt het de range tot € 80K, zo lijkt het.
- Range op basis van noodzakelijkheid – de eerste zeef!

Noodzakelijkheid

- Maar wat is dat precies?
- Verschillende opvattingen: Fair innings, Prospective health
- In Nederland: Proportional shortfall => Welk deel van je anders geleefde gezondheid (i.e. QALYs) raak je kwijt als gevolg van deze aandoening?
- Stel je zou anders nog 40 jaar, perfect gezond leven maar nu:
 - ★ Sterf je plotsklaps over 20 jaar. Verlies is 20 jaar van 40. Proportional shortfall = $20/40=0.5$
 - ★ Krijg je een niet dodelijke ziekte waardoor je verder leeft met QALY waarde 0.75. Verlies is $25*40 = 10$. Proportional shortfall = $10/40=0.25$
- Met deze rekenregels wordt getracht noodzakelijkheid iets meer objectief te maken en besluitvorming daarmee consistent
- Over de exacte definitie van noodzakelijk is meer debat nodig
- De waarde van de QALY hangt nu af van de noodzakelijkheid van behandeling

iMTA model – CVZ model – RVZ model



Intervention	\$ / QALY	N	Treated	Spend
groefactor bij leukemiebehandeling	\$235.958	30		\$0
EPO bij nierdialyse	\$139.623	20		\$0
longtransplantatie	\$100.957	10		\$0
nierdialyse	\$53.513	20		\$0
harttransplantatie	\$46.775	100		\$0
preventie osteoporotische fracturen	\$32.047	200	128	\$4.102.016
cholesterolverlagers	\$18.151	300	300	\$5.445.300
dotteren met stentplaatsing	\$17.889	200	200	\$3.577.800
kalknagels	\$16.843	100	100	\$1.684.300
borstkanker screening	\$5.147	500	500	\$2.573.500
Viagra	\$5.097	500	500	\$2.548.500
aangeboren anorectale malformatie	\$2.778	20	20	\$55.560
Totaal		2000	1748	\$19.986.976
			87,4%	99,9%
Max budget				\$20.000.000

Efficient!

Eerlijk?

Intervention	\$ / QALY	N	Treated	Spend
groefactor bij leukem	\$235.958	30		\$0
EPO bij nierdialyse	\$139.623	20		\$0
longtransplantatie	\$100.957	10	10	\$1.009.570
nierdialyse	\$53.513	20	20	\$1.070.260
harttransplantatie	\$46.775	100	100	\$4.677.500
preventie osteoporoti	\$32.047	200	100	\$3.204.700
cholesterolverlagers	\$18.151	300	200	\$3.630.200
dotteren met stentpla	\$17.889	200	200	\$3.577.800
kalknagels	\$16.843	100		
borstkanker screenir	\$5.147	500	500	\$2.573.500
Viagra	\$5.097	500		
aangeboren anorecta	\$2.778	20	20	\$55.560
Totaal		2000	1150	\$19.799.090
			57,5%	99,0%
Max budget			18	\$20.000.000

ErasmusMC

iBMG

En dus

- De huidige systematiek om het pakket mee vast te stellen gaat ervan uit dat we alleen dan kosten kunnen rechtvaardigen indien er voldoende *gewaardeerde* gezondheid tegenover staat, oftewel voldoende *nuttig* is
- Over de aspecten die de waardering beïnvloeden is nog veel onduidelijk alsmede over de exacte hoogte van de waarde (in verschillende contexten. We maken vorderingen maar het blijft belangrijk dit verder te ontwikkelen
- Tevens kunnen we niet alles vangen in maat en getal. Albert Einstein zei al: *Not everything that can be counted counts and not everything that counts can be counted*
- Assessment en Appraisal fase (RVZ, 2007)
- Maar dat laat onverlet dat zorg uiteindelijk nuttig moet zijn (maar dat nut uit meer bestaat dan enkel gezondheid etc)!
- De tegenstelling tussen ‘nuttig’ en ‘ethisch’ is m.i. voornamelijk schijn en onbegrip – bijvoorbeeld: kan het toewijzen van geld dat anders had kunnen worden besteed en niet nuttig is wel ethisch zijn?
- *Het ontkennen van een moeilijke realiteit is pas onethisch!*