

cpb

QALY-tijd

Den Haag
8-10-2007

QALY-tijd

Medische technologie, kosteneffectiviteit
en richtlijnen

i MTA institute for Medical
Technology Assessment

Werner Brouwer, Leona Hakkaart,
Mark Koopmanschap, Louis Niessen, Frans Rutten

cpb

QAL Y-tijd

Den Haag
8-10-2007

Actoren & rekwisieten



Outline presentatie

- Het goede nieuws en het prijskaartje
- Wat is kosteneffectiviteit?
- Is de econoom de vijand van de arts?
- De kool en de geit van Dunning
- Twee stellingen
- Tegenwerpingen

Stellingen

- Stelling 1: de Nederlandse drempelwaarde voor kosteneffectiviteit van 20 000 euro per QALY is onvoldoende onderbouwd
- Stelling 2: het criterium kosteneffectiviteit hoort in de praktijkrichtlijnen van artsen

Het goede nieuws

Verkenningen RAND Corporation

Medische doorbraaktechnologie	Kans op doorbraak vóór 2020
Geneesmiddel ter preventie van diabetes	50
Geneesmiddel ter preventie van Alzheimer	40
Behandeling/preventie beroerte	60
Kanker: telomeraseremmer	100
Kanker: anti-angiogenese	70-100
Kankervaccin	10-20
Hart en vaat: LVAD	15-80
Hart en vaat: ICD	30-40

Bron: Goldman et al., Health Affairs 2005

...en het prijskaartje

	Kosten per extra levensjaar, x \$ 1000
Medische doorbraaktechnologie	
Geneesmiddel ter preventie van diabetes	150
Geneesmiddel ter preventie van Alzheimer	80
Behandeling/preventie beroerte	20-1400
Behandeling/preventie kanker	20-500
Behandeling/preventie hart en vaat	100-500

Bron: Goldman et al., Health Affairs 2005



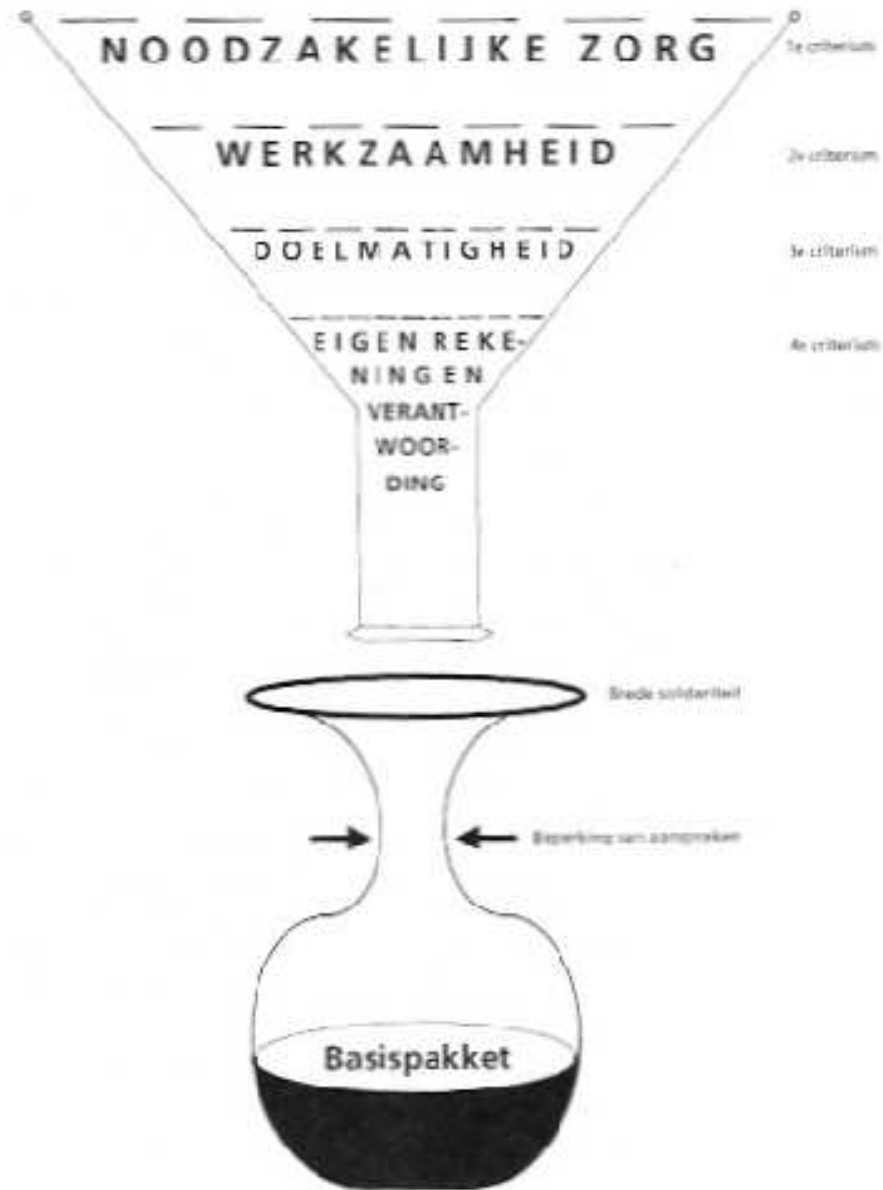
Wat is kosteneffectiviteit?

- QALY = Quality Adjusted Life Year: verschillende vormen van gezondheidswinst gecombineerd in één maatstaf
 - ▶ levensduur
 - ▶ invaliditeit, zelfstandig functioneren
- Voorbeeld: behandeling levert 2 jaar extra levensverwachting op, met een kwaliteit van leven die gewaardeerd wordt op 0,5 = 1 QALY.
- Kosteneffectiviteit = extra kosten / extra QALY
- Kosten per QALY ↑, kosteneffectiviteit ↓
- NB: Kosteneffectiviteit = kostenutiliteit

Is de econoom een vijand van de arts?

- “Economen kijken alleen naar de *kosten* van de zorg.”
- “De positieve welvaartseffecten van de zorg voor de levensverwachting en vitaliteit van mensen moeten meetellen voor de welvaart. Een puur financiële benadering van de zorg negeert het extra levensgeluk van langer en gezonder leven.”(Van der Ploeg, 2004)
- Cutler (2004), hart- en vaatziekten: "For every dollar spent, we have realized a return of \$4."
 - ▶ Zegt niets over doelmatigheid extra zorgeuro's

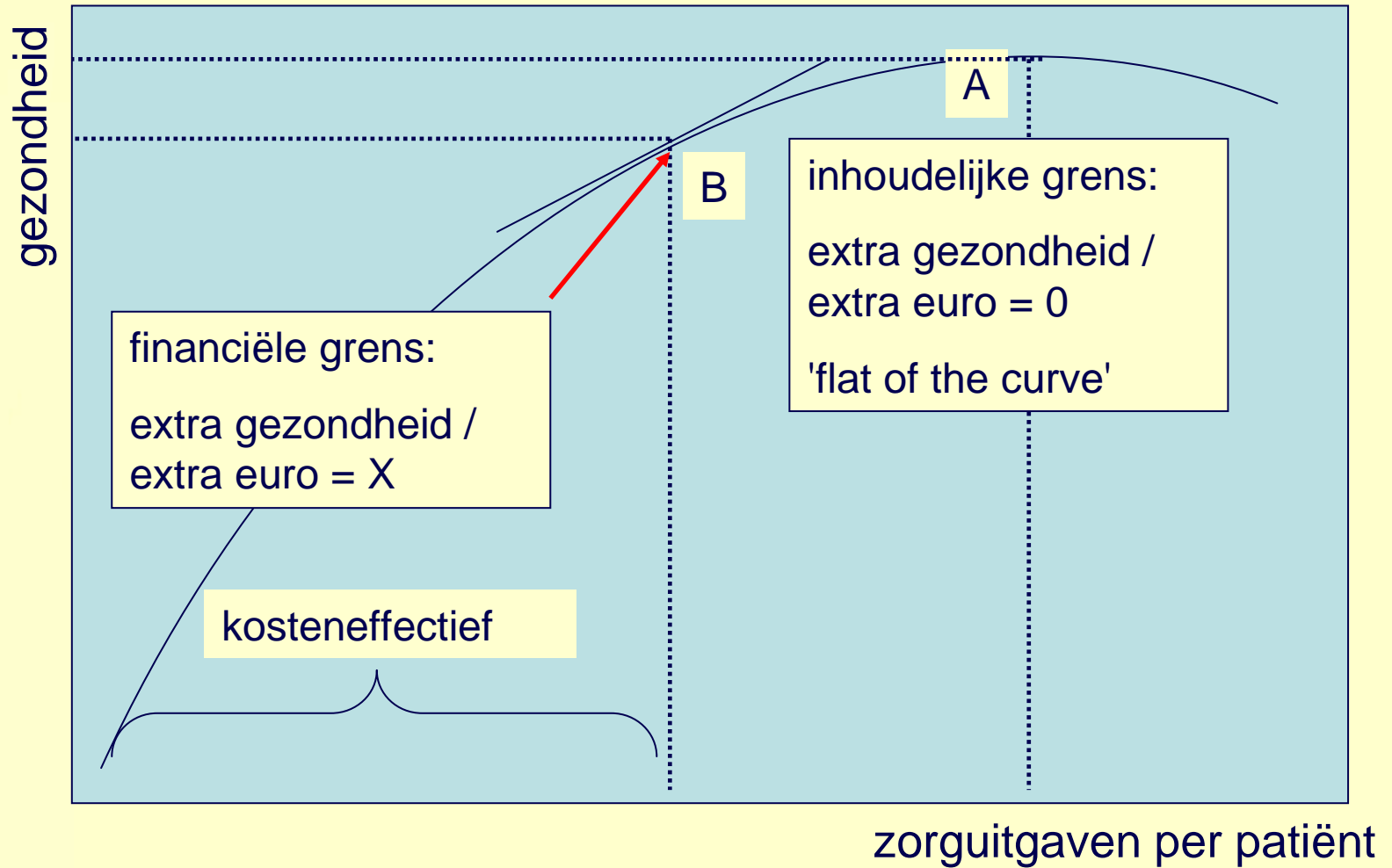
Trechter van Dunning



Kool en geit (Dunning p.190)

- "..een onbegrensde invulling van de plicht tot hulpverlening kan andere patiënten en verzekerden schaden, **omdat het beslag legt op beperkte middelen en mankracht.**"
- **"De commissie wil uitdrukkelijk het voortouw bij de vaststelling wat gepaste zorg is, aan de professie geven.** Indien de overheid of de verzekeraars die verantwoordelijkheid op zich nemen, bestaat het **gevaar dat niet inhoudelijke, maar financiële grenzen de normen voor gepaste zorg gaan bepalen**, waardoor de patiënt tekort zou komen."

Inhoudelijke en financiële grenzen



Een arts aan het woord

Scott Ramsey, J Gen Intern Med. 2002

- "Applications in which a medical technology is *effective* but *cost-ineffective* will cause economists to make one recommendation and clinical practice guidelines creators to make another."
- "Economic analyses may appear more frequently in guidelines in which the bulk of economic studies support a given guideline's recommendations (e.g., Wallace and colleagues' findings for smoking cessation) than they would in guidelines in which the economic evaluations are less favorable (e.g., surgical therapy for breast cancer)."

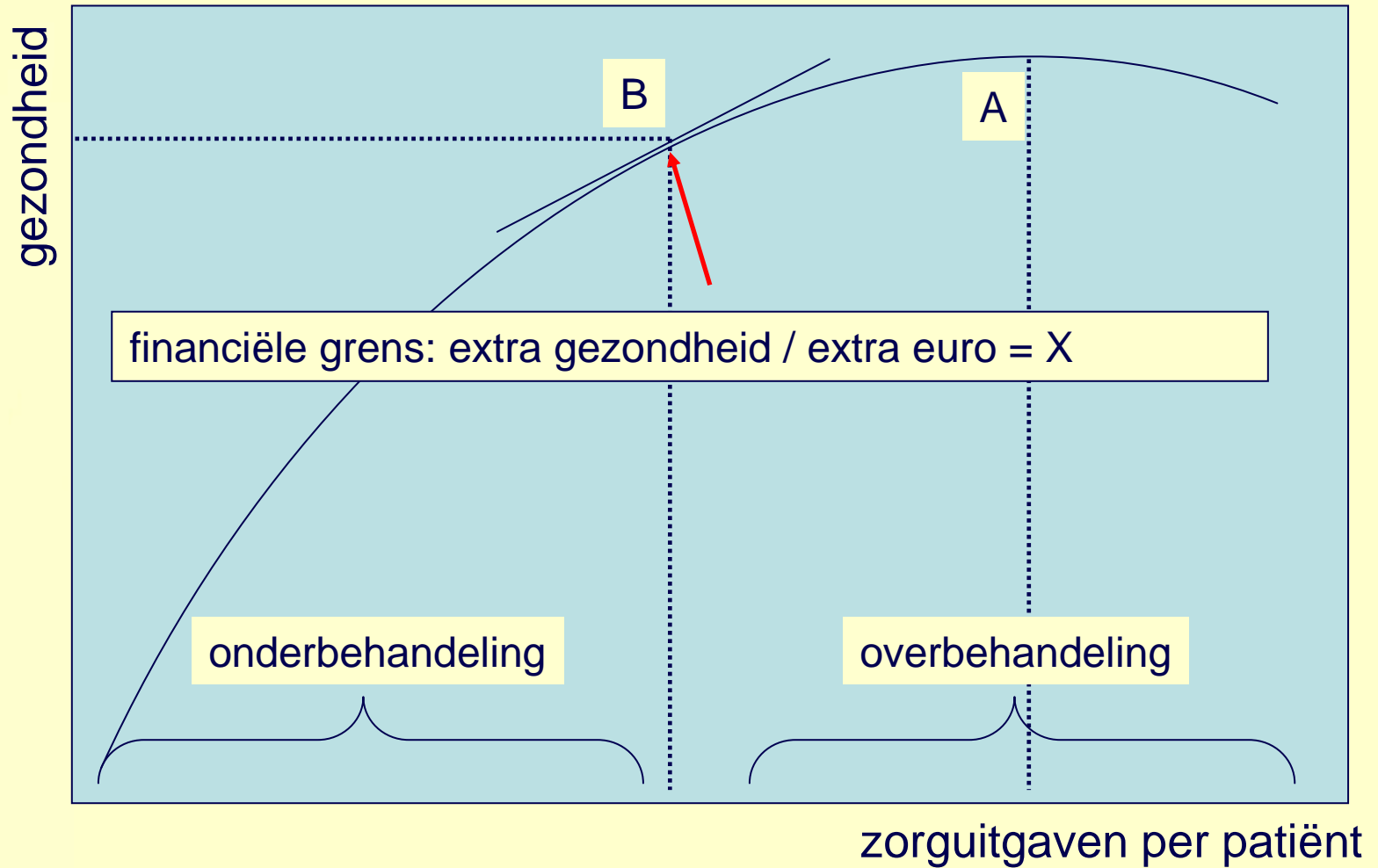
Kanttekening: Het bekostigingssysteem

- **Betaling per verrichting**
 - ▶ prikkel tot overbehandeling

- **Vast budget**
 - ▶ prikkel tot onderbehandeling
 - ▶ voorbeeld: dure geneesmiddelen in ziekenhuizen

- **DBC's**
 - ▶ gemengde prikkel: veel DBC produceren, per DBC niet teveel doen; geen dure technologie tenzij je die kunt doorberekenen aan de verzekeraar

Over- en onderbehandeling



Stelling 1

De huidige Nederlandse drempelwaarde voor kosteneffectiviteit van 20 000 euro per QALY is onvoldoende onderbouwd

Dunning

- "De derde zeef selecteert op doelmatigheid, hetgeen met behulp van kosteneffectiviteitsanalyses en kostenutiliteitsanalyses kan gebeuren. [...] De commissie is van mening dat voor opname van een vorm van zorg in het basispakket een ondergrens van doelmatigheid moet worden gehanteerd, die wordt bereikt bij een lage effectiviteit met zeer hoge kosten." (p.152)
- Geen uitspraak over niveau ondergrens

Huidige praktijk

- Als kosteneffectiviteit als besliscriterium wordt meegewogen, dan doorgaans een grens van ongeveer 20 000 euro/QALY

- Toegepast in:
 - ▶ NHG-richtlijn hartfalen (statines)
 - ▶ Rijksvaccinatieprogramma

- Feitelijk: veel zorg duurder dan 20 000 euro per QALY
 - ▶ Nierdialyse
 - ▶ Transplantaties

Oorsprong 20 000 euro-grens

Behandelrichtlijn cholesterolverlagers 1998

- "De eerdergenoemde grens van een 10-jaarsrisico op sterfte door hartinfarct of beroerte van 25% komt overeen met een kosteneffectiviteit van ongeveer *f* 40.000,- per gewonnen levensjaar. [...] Voor een harttransplantatie zijn de kosten per gewonnen levensjaar ongeveer *f* 60.000,-, voor een levertransplantatie *f* 80.000,- en voor screening op borstkanker *f* 30.000,- [...] In vergelijking met andere programma's acht de werkgroep een kosteneffectiviteitsratio van *f* 40.000,-/gewonnen levensjaar redelijk." (Simoons en Casparie, NtvG 1998)

Weerspiegelt 20 000 euro per QALY de maatschappelijke voorkeuren?

- Mackenbach (2003):
 - ▶ "Het zou me niet verbazen als een democratisch besluit over de 'prijs' van een levensjaar heel wat hoger uitkomt dan de 25 000 (sic) euro die nu meestal als grenswaarde voor kosteneffectieve interventies wordt aangehouden"
- NICE: 20 000 - 30 000 pond (en >)
 - ▶ In de praktijk dichterbij 45 000
 - ▶ NICE's cost effectiveness threshold: How high should it be? Appleby BMJ Aug 2007
- RVZ: 80 000 euro bij maximale ziektelast
- Gezondheidseconomen VS: 100 000 dollar

Empirisch onderzoek

- Waarde van een statistisch leven
 - ▶ Loonverschillen etc.
 - ▶ Grote bandbreedte
 - ▶ Methodologische problemen

- Directe meting maatschappelijke voorkeuren.
 - ▶ Leeftijd, gezondheidstoestand, eigen verantwoordelijkheid, ouders kleine kinderen

- Conclusie: beleid aan zet

Stelling 2

Kosteneffectiviteit zou als criterium een rol moeten spelen in de praktijkrichtlijnen en standaarden van artsen

Het belang van richtlijnen: Captain Barbossa



Elizabeth: Wait! You have to take me to shore. According to the Code of the Order of the Brethren...

Barbossa: the code is more what you'd call "**guidelines**" than actual rules. Welcome aboard the Black Pearl, Miss Turner .

Richtlijnen en kosteneffectiviteit

- Sommige NHG-standaarden (bijv. hartfalen) hanteren kosteneffectiviteit als besliscriterium
 - ▶ 20 000 euro grens
- Richtlijnen medisch specialistische zorg: zelden
 - ▶ Eind jaren '90: onderzoeksprogramma gericht op consensusrichtlijnen waarin naast klinische effectiviteit ook kosteneffectiviteit werd meegewogen (zie later: Louis Niessen); om onduidelijke redenen stopgezet

Economic analysis and clinical practice guidelines: why not a match made in heaven?

- "The "guidelines crowd" and the "economic analysis crowd" work, largely, in isolation."
(Ramsey, J Gen Intern Med. 2002)
- Oorzaak: conflict tussen inhoudelijke en financiële grenzen

Waarom via richtlijnen?

- Alternatief: kosteneffectiviteit als criterium bij de pakketafbakening: CvZ
- Globale pakketbeslissingen te grofmazig
 - ▶ Kosteneffectiviteit hangt af van patiëntenkenmerken
 - ▶ In het beste geval: 'quasi-richtlijnen'
- Risico van conflicten met eigen richtlijnen
 - ▶ Protocolleerresten HR: eigen richtlijnen gaan voor

Hoe krijg je artsen mee?

- Opstellen richtlijnen
 - ▶ Overheidsfinanciering richtlijnen mits opname kosteneffectiviteit als criterium
 - ▶ Toetsing richtlijnen door onafhankelijk instantie
 - ▶ Overheidsinstituut naar voorbeeld NICE

- Naleving richtlijnen
 - ▶ Verzekeraars
 - ▶ IGZ
 - ▶ Pay-for-performance

QALY-tijd: tegenwerpingen

- Methodologie deugt niet, empirie ontbreekt
- Beleid kan geen drempelwaarden vaststellen
- Ondergraving draagvlak richtlijnen
- Risico sterker stijgende zorguitgaven
- Niet nodig: huidige praktijk voldoet prima
 - ▶ Nieuwe technologie in de pijplijn
 - ▶ Twijfels over drempelwaarde 20 000 euro
 - ▶ Juridische houdbaarheid