



Meten en evalueren in de zorg

Auteur(s):

Berg, B. van den,
Rutten, F.F.H.

Beide auteurs zijn verbonden aan iBMG/IMTA Erasmus Universiteit Rotterdam. De eerste auteur werkt daarnaast bij het czo Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.

b.vandenberg@bmg.eur.nl

Verschenen in:

ESB, 87e jaargang, nr. 4371, pagina 581, 9 augustus 2002

Rubriek:**Trefwoord(en):**

gezondheidszorg

In de gezondheidszorg zijn technische en economische haalbaarheid soms strijdig. Diverse vormen van economische evaluatie zijn behulpzaam bij de afwegingen.

Dankzij de medisch-technologische vooruitgang wordt in de gezondheidszorg steeds meer mogelijk. Dit leidt tot hogere uitgaven aan gezondheidszorg, terwijl een evenredige stijging van het budget voor gezondheidszorg als percentage van het nationaal inkomen als onwenselijk wordt gezien. Een goede afweging van de kosten en baten van interventies in de gezondheidszorg is noodzakelijk om te bewerkstelligen dat het huidige gezondheidszorgbudget doelmatig wordt ingezet. Economische evaluaties zijn instrumenten om beleidsmakers informatie te verschaffen over de doelmatigheid van nieuwe interventies in de gezondheidszorg. In dit artikel geven we een overzicht van de huidige stand van zaken van een aantal theoretische discussiepunten ten aanzien van economische evaluaties. Daarnaast beschrijven we hoe economische evaluaties worden gebruikt in het gezondheidszorgbeleid in Nederland

De theorie van evaluaties

In een gereguleerde markt zoals de gezondheidszorg ontbreken prijzen of representeren prijzen de reële schaarsteverhoudingen niet. Economische evaluaties zijn instrumenten om beleidsmakers in een dergelijke context te adviseren over de allocatie van schaarse middelen zoals kennis, faciliteiten, tijd en geld. Zo'n evaluatie is een systematische analyse van de kosten en effecten van een interventie in de gezondheidszorg¹. Steeds wanneer er een keuze bestaat tussen verschillende strategieën, kan de evaluatie in maat en getal aangeven welke keuze doelmatig is.

Er zijn verschillende vormen van economische evaluaties, waarvan we de belangrijkste bespreken. Het verschil zit in de gebruikte

uitkomstmaten. In een kosten-effectiviteitsanalyse gaat het om gewonnen levensjaren, in een kosten-utiliteitsanalyse om voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren en in een kosten-batenanalyse om monetaire eenheden.

Kosten-batenanalyse

De kosten-batenanalyse is het meest bekend bij economen, maar naar verhouding het minst gebruikt door gezondheidseconomen. De oorzaak hiervan zit in het identificeren en waarderen van uitkomsten van interventies. De uitkomsten van veel interventies in de gezondheidszorg zijn (voor kwaliteit gecorrigeerde) levensjaren. Voor een kosten-batenanalyse moeten deze gewonnen levensjaren worden gewaardeerd in monetaire eenheden. Deze aanpak is controversieel en heeft geleid tot heftige debatten. Binnen de human-

capitalbenadering stelt men de waarde van een mensjaar gelijk aan iemands economische productie gedurende dat jaar. Een probleem is dat deze methode discrimineert ten aanzien van mensen zonder baan en tegenover mensen met een relatief laag inkomen. Door de waarde van huishoudelijk werk toe te voegen, kan hiervoor worden gecorrigeerd.

Cruciaal is het verschil tussen de waarde van levensonderhoud, zoals in de human-capitalmethode, en de waarde van een statistisch leven. De waarde van een statistisch leven kan worden gemeten aan de hand van iemands betalingsbereidheid voor een bepaalde daling van de kans op overlijden². Het is de relevante maat voor economische evaluaties, omdat het bij interventies in de gezondheidszorg vaak gaat om kansen op een langer of beter leven. Het meten van een dergelijke betalingsbereidheid door middel van data over gebleken voorkeuren (revealed preferences) zoals bijvoorbeeld is gedaan met gegevens van beroepsrisico's, zegt weinig over risico's van interventies in de gezondheidszorg. Als alternatief zijn methoden met verklaarde voorkeuren (stated preference) zoals de 'contingent valuation'-methode toegepast. In deze methoden wordt de waarde van goederen die niet op de markt worden verhandeld, bepaald door middel van enquêtevragen. Een nadeel van deze aanpak is dat het ontwerp van de studie erg bepalend is voor de uitkomsten³.

Kwaliteit van leven

Een en ander heeft ertoe bijgedragen dat veel gezondheidseconomen zijn gaan opteren voor andere uitkomstmaten in economische

evaluaties, zoals bijvoorbeeld de quality-adjusted life-years (qaly's) in een kosten-utiliteitsanalyse. Een qaly is een integrale maat voor gezondheid die levensduur en kwaliteit van leven met elkaar combineert. Andere gezondheidseconomen kiezen principieel voor het gebruik van qaly's als uitkomstmaat, omdat zij benadrukken dat gezondheidswinst het primaire doel is van interventies in de zorgsector. Bijkomend voordeel van qaly's is dat ze meer acceptabel zijn bij beleidsmakers in de zorgsector dan monetaire uitkomstmaten. Nadeel is natuurlijk dat dan niet, zoals in een kosten-batenanalyse, direct duidelijk is welke alternatieve strategie de beste is, omdat dit afhangt van de maatschappelijke waardering van een qaly.

Qaly berekenen

De berekeningswijze van een qaly is belangrijk. Omdat gezondheidstoestanden in oneindig veel variaties voorkomen, is het moeilijk om de effecten van gezondheidszorg op de gezondheid van mensen te meten en te vergelijken. Om toch een vergelijking van de effecten van verschillende interventies te kunnen maken, drukt men deze effecten uit in één en dezelfde uitkomstmaat. Hiervoor beperken gezondheidseconomen zich tot het aantal gewonnen levensjaren en de kwaliteit van deze gewonnen levensjaren. Een historisch voorbeeld is een vergelijking van de effecten van nierdialyse met de effecten van niertransplantatie. Naast het schatten van het aantal overlevingsjaren als gevolg van beide interventies, hebben zorggebruikers na transplantatie een hogere kwaliteit van leven dan zorggebruikers die worden gedialyseerd. Door bijvoorbeeld de kwaliteit van leven van gedialyseerde zorggebruikers op 0,8 te stellen, combineert men het aantal gewonnen levensjaren met de kwaliteit van leven tot één getal, de qaly ⁴.

Er zijn verschillende technieken ontwikkeld om een qaly te waarderen. Men kan bijvoorbeeld respondenten vragen hun huidige gezondheidstoestand te scoren op een thermometer, de visueel analoge schaal. Een alternatief is respondenten te vragen hoeveel risico op de dood men maximaal zou willen nemen om een bepaalde gezondheidstoestand te vermijden, de 'standard gamble'. Een gebruikersvriendelijk alternatief voor de standard gamble is de tijduitruil waarbij respondenten gevraagd wordt naar de maximale hoeveelheid tijd die men bereid is in te leveren om een bepaalde gezondheidstoestand te vermijden. De verschillende methoden blijken echter systematisch tot verschillende gewichten voor gezondheidstoestanden te leiden, waarbij de standard gamble tot te hoge en de visueel analoge schaal tot te lage gewichten leiden. Qaly's die zijn berekend door middel van de tijduitruil lijken feitelijke keuzes het meest accuraat weer te geven ⁵.

Wiens preferenties?

Een andere discussie is of de voorkeuren van zorggebruikers of van het algemene publiek moeten worden gebruikt om kwaliteit van leven te meten. Zorggebruikers zijn als consumenten uiteraard de aangewezen personen om het effect van een interventie te beoordelen. Een probleem is echter dat zorggebruikers zich na verloop van tijd gaan aanpassen aan hun situatie. Dit kan leiden tot een overschatting van hun eigen gezondheidstoestand als gevolg van aanpassing of gewenning. Daarbij komt dat het in een aantal gevallen onmogelijk is om zorggebruikers vragen te stellen omdat men te zwaar belast of niet in staat is om antwoorden te geven. Ook kan het zijn dat zorggebruikers als gevolg van het directe belang dat ze hebben bij een interventie strategisch gaan antwoorden. In het algemene publiek zitten gezonde mensen en (voormalige) zorggebruikers. Men vraagt naar hun gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven in hypothetische situaties die gangbaar binnen de gezondheidseconomie. Naast genoemde argumenten, wordt hiervoor soms het argument aangevoerd dat zij als belasting- en premiebetalers en als mogelijke toekomstige zorggebruikers de geëigende personen zijn om hypothetische situaties te waarderen. In de praktijk wordt per type interventie gekozen voor hetzij de preferenties van de zorggebruikers dan wel de preferenties van het algemene publiek of een combinatie van beide ⁶.

Kosten in evaluaties

Het meetellen van diverse soorten kosten in een economische evaluatie heeft tot minder debatten geleid. Drie thema's verdienen de aandacht. In hoeverre moeten de kosten van behandelingen gedurende de gewonnen levensjaren van de interventie meegenomen worden als kosten van deze interventie? "Niet doen omdat economische evaluaties partiële analyses zijn", is een standpunt. Anderen pleiten ervoor om ze wel op te nemen (ook de niet-gezondheidsgerelateerde kosten) omdat dit anders per definitie leidt tot gunstiger resultaten van evaluaties van interventies die levensverlengend zijn ten opzichte van interventies met als doel de kwaliteit van leven te verhogen. Moeten productiviteitswinsten als gevolg van een interventie mee worden genomen als negatieve kosten? Dit wordt meestal wel gedaan, hoewel in verschillende landen verschillende methoden worden aanbevolen. Met welke methode moet mantelzorg worden gewaardeerd om het mee te nemen in economische evaluaties? Hiervoor is nog geen standaard ontwikkeld.

Maatschappelijk perspectief

Het kiezen van een perspectief is van cruciaal belang bij een economische evaluatie. De wetenschappelijke standaard is de uitvoering van een analyse vanuit maatschappelijk perspectief. Vanuit dit perspectief worden alle kosten en effecten van een interventie of programma meegenomen, ongeacht welke partijen baat hebben bij de gezondheidseffecten en welke partijen opdraaien voor de kosten. Niet alle actoren binnen de gezondheidszorg zijn geneigd om aanbevelingen op basis van economische evaluaties vanuit het maatschappelijk perspectief op te volgen. Een interventie kan bijvoorbeeld vanuit het maatschappelijk perspectief kosteneffectief zijn ten opzichte van een traditionele behandeling. Als gevolg van zogenoemde schotten tussen de verschillende financieringsvormen in de zorg denken sommige actoren echter partieel waardoor voor hen, lees hun budget, een interventie ongunstig uitpakt. Voor het succesvol implementeren van economische evaluaties, is het dan ook essentieel dat de belangen van de actoren parallel gaan lopen met dalende kosten-effectiviteitsratio's.

Maatschappelijk belang

Van groot belang daarbij is het besef van actoren binnen de gezondheidszorg dat hun werk een maatschappelijk belang dient. Het beleid zou dan ook gericht moeten zijn op het kenbaar maken van de maatschappelijke kosten en effecten van de gezondheidszorg. Een belangrijk deel van deze bewustwording zal kunnen plaatsvinden door het opstellen van richtlijnen voor medisch handelen, waarin keuzes worden onderbouwd vanuit dit maatschappelijk perspectief ⁷.

Economische evaluaties en beleid in Nederland

Economische evaluaties worden in Nederland op verschillende beleidsniveaus gebruikt. Op nationaal niveau gaat het bijvoorbeeld om toevoegingen van belangrijke nieuwe gezondheidszorgprogramma's aan het verstrekkingspakket krachtens de sociale ziektekostenverzekering. In Nederland zijn in dit verband alle transplantatieprogramma's eerst aan een economische evaluatie onderworpen alvorens een besluit werd genomen over invoering ervan. Ook de introductie van belangrijke preventieve programma's vindt plaats op basis van informatie over de te verwachten kosten en effecten. Zo is het nationale screeningprogramma op borstkanker ingevoerd op basis van een uitgebreide economische evaluatie, waarin precies was uitgerekend wat de effecten op kosten en qaly's waren van verschillende scenario's, waarbij de leeftijdsgroep waarin werd gescreend en de frequentie van uitnodiging voor controle varieerden ⁸.

Zorgpakket

Op het niveau van het ziekenhuis, wanneer het gaat om de vaststelling van de lijst van aldaar te gebruiken geneesmiddelen of de aanschaf van apparatuur voor diagnostiek en behandeling, kan het beleid onderbouwd worden met resultaten van economische evaluaties. We zien dan ook dat allerlei besluitvormers vanuit verschillende disciplines geïnteresseerd raken in dit instrument en proberen hun keuzen met betrekking tot alternatieve strategieën te onderbouwen met informatie over kosten en baten.

Deze trend is nog het meest duidelijk waar te nemen bij de besluitvorming over de vergoeding van geneesmiddelen. Inmiddels bestaat in een aantal landen de verplichting om een economische evaluatie van een nieuw geneesmiddel te overleggen ten behoeve van een besluit over de vergoeding ervan, of is een dergelijk systeem in voorbereiding (Australië, Canada, Denemarken, Finland, Nederland en Portugal ⁹). In Nederland wordt indiening van een economisch dossier met een analyse van de kosteneffectiviteit van het nieuwe geneesmiddel verplicht in 2005. Momenteel al kan zo'n economische evaluatie bij het College voor Zorgverzekeringen worden ingediend als een producent een hogere prijs voor een nieuw geneesmiddel wil dan de vergoedingslimiet, die nu voor vergelijkbare geneesmiddelen geldt. Er bestaan inmiddels nationale richtlijnen over de eisen waaraan zo'n economische evaluatie moet voldoen, teneinde te worden meegenomen in de besluitvorming over introductie of vergoeding van een medische interventie of programma.

Tenslotte kan worden gewezen op een lopend programma om systematisch informatie over kosteneffectiviteit te betrekken bij de ontwikkeling van praktijkrichtlijnen, zoals die door medisch wetenschappelijke verenigingen en het kwaliteitsinstituut cbo worden opgesteld ¹⁰. Zo is bijvoorbeeld in 1999 een richtlijn voor medicamenteuze behandeling van patiënten met een te hoog cholesterolgehalte in het bloed gemaakt.

Conclusie

Gezondheidszorg staat hoog op de beleidsagenda. De kloof tussen wat technisch mogelijk is binnen de gezondheidszorg en wat economisch haalbaar is, zal waarschijnlijk toenemen. Voortschrijdend theoretisch inzicht in combinatie met toegepast gezondheidseconomisch onderzoek geeft beleidsmakers belangrijke handvatten bij het maken van keuzen. Daarom is het van belang dat beleidsmakers bekend zijn met de methodologie van dit onderzoek en met de problemen rond de interpretatie van economische evaluaties

1 Voor achtergrondinformatie: M.P.M.H. Rutten-van Mólken e.a. (red.), Van kosten tot effecten: een handleiding voor evaluatiestudies in de gezondheidszorg, Elsevier gezondheidszorg, Maarssen, 2000; M.F. Drummond e.a. (red.), Methods for the economic evaluation of health care programmes, tweede uitgave, Oxford University Press, Oxford, 1997; M.R. Gold e.a. (red.), Cost-effectiveness in health and medicine, Oxford University Press, New York, 1996.

2 J. Hurley, An overview of the normative

3 P.O. Johansson, Evaluating health risks: an economic approach, Cambridge University Press, Cambridge, 1995.

4 M.P.M.H. Rutten-van Mólken e.a. (red.), op. cit., blz. 77-78.

5 H. Bleichrodt, Applications of utility theory in the economic evaluation of health care, dissertatie, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996, blz. 215.

6 P. Dolan, The measurement of health-related quality of life, in: A.J. Culyer en J.P. Newhouse (red.), Handbook of health economics, Elsevier, Amsterdam, 2000, blz. 1723-1760.

7 M.P.M.H. Rutten-van Mólken e.a. (red.), op. cit., blz. 151-152.

8 P.J. van der Maas e.a., The cost-effectiveness of breast cancer screening, International Journal of Cancer, jrg. 43, 1989, blz. 1055-1060.

9 M. Drummond e.a., Current trends in the use of pharmacoeconomics and outcomes research in Europe, Value in Health, jrg. 2, nr. 5, 1999, blz. 323.

10 F.F.H. Rutten en E.W.M. Grijseels, De voorwaarden voor invoering en financiering van nieuwe technieken, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, jrg. 143, 1999, blz. 2229-2232.