



Je geld of je leven?

Een pleidooi voor kosteneffectiviteit in de Belgische gezondheidszorg

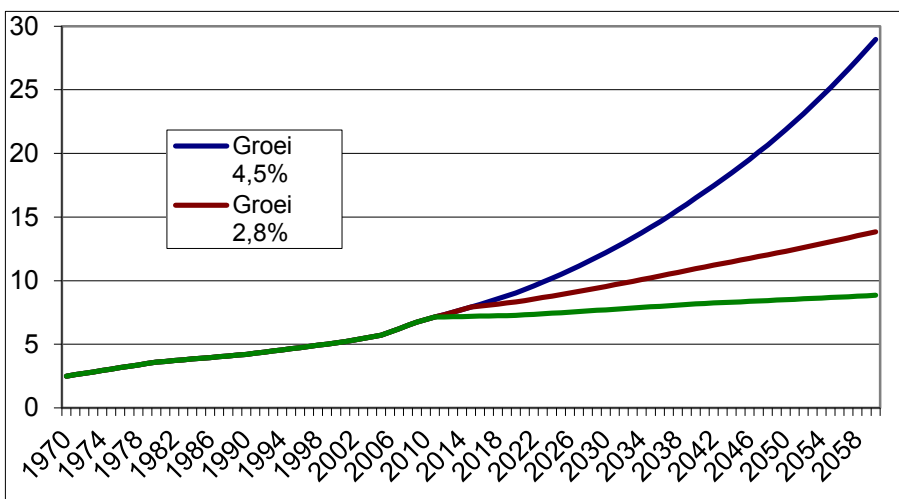
2011/2
13 | 09 | 2011

-  MENSEN
-  WELVAART
-  BESCHERMING

1. Context

De publieke uitgaven in de gezondheidszorg zijn nu al enkele decennia sterk aan het stijgen. Van 2% van het BBP in 1970 tot 7% vandaag. Meer dan 40 jaar lang stegen de uitgaven in reële termen gemiddeld met zo'n 3,8% per jaar, terwijl de economie er gemiddeld maar met 2,8% op vooruit ging. In onderstaande grafiek simuleren we drie mogelijke scenario's voor de komende 50 jaar: in het groen volgt de uitgaven-groei zoals die in de nota Di Rupo voorgesteld wordt; de rode curve is de geschatte uitgavengroei van de Studiecommissie voor de Vergrijzing; en de blauwe curve stelt de groei aan het huidige wettelijke ritme van 4,5% voor. Als de uitgaven zonder hervormingen op die manier verder zouden evolueren, dan investeert de sociale zekerheid binnen 40 jaar één derde van de gecreëerde welvaart in zorg en gezondheidszorg leert onderstaande simulatie. Dat betekent dat 2 van elke 3 euro's die de overheid ophaalt naar gezondheidszorg zou gaan. De simulatie houdt rekening met de voorspelde economische groei en met inflatie en illustreert goed dat we bij ongewijzigd beleid het budgettaire plafond naderen.

90 jaar publieke gezondheidszorguitgaven in België



Bron: Itinera op basis van cijfers van het RIZIV en de OESO

De OESO heeft berekend dat 85-90% van de voorbije en te komen uitgavengroei toe te schrijven is aan de continue vernieuwing van het medische aanbod, en onze honger toegang te blijven krijgen tot deze nieuwe technologieën. De resterende 10-15% heeft met demografie te maken. Niet de vergrijzing is dus de belangrijkste uitdaging voor moderne gezondheidszorgsystemen als het onze, wel de continue toestroom aan medische innovaties. De technologische en epidemiologische ontwikkelingen laten steeds meer gezondheidswinsten toe, maar wel aan een steeds hogere prijs. Onderzoek toont aan dat we in de farmaceutische wereld al in het tijdperk van de 'billion dollar drug' zitten: de gemiddelde kost om een nieuw geneesmiddel te ontwikkelen, te testen en te lanceren is gestegen van 138 miljoen dollar in 1975 naar 1,3 miljard dollar in 2006. Hierdoor, en ook omdat het steeds moeilijker wordt om een echte therapeutische doorbraak te realiseren, zal een additionele toename in de gezondheid van de bevolking veel meer kosten dan de gezondheidswinsten die tot nu toe gerealiseerd konden worden. We zitten met andere woorden op de 'flat of the curve'. Er komt dus meer sturing. Niet met oog op schaarste in het aanbod maar wel om er voor te zorgen dat alleen die innovaties die ook echt gezondheidswinsten opleveren terugbetaald worden. Met het oog op een betere benutting van de schaarse middelen.

2. Wat is kosteneffectiviteit?

Die sturing moet vooral wetenschappelijk, en niet louter politiek, ze moet 'evidence based' zijn. Welke innovaties zijn waardevol en moeten terugbetaald worden en welke niet? We gebruiken hiervoor steeds vaker kosteneffectiviteitsanalyses. De basisprincipes van een kosten-effectiviteitsanalyse zijn relatief eenvoudig, en de redenering bestaat uit drie stappen:

1. De berekening van het verschil in kosten tussen de nieuwe en de huidige behandeling. Het gaat hier over een netto kostenverschil, dat al rekening houdt met eventuele latere besparingen.
2. De berekening van het verschil in effectiviteit tussen de nieuwe en de huidige behandeling. De eenheid die vaak gebruikt wordt om gezondheidswinsten uit te drukken is de QALY: de Quality Adjusted Life Years. Het voordeel van de QALY is dat men de kwaliteit en de kwantiteit van het leven combineert in één concept. QALY's houden ook rekening met risico's: als de kans op 10 extra kwaliteitsvolle levensjaren dankzij een behandeling 50% is, dan zegt men dat die behandeling 5 QALY's oplevert ($10 \times 0,5$). Om kwaliteit te vatten werd een index opgesteld waarbij 1 gelijk is aan een perfecte gezondheid en 0 gelijk is aan de dood. Stel bijvoorbeeld dat een patiënt nog 50% kans heeft 10 jaar met een bepaalde ziekte te leven met een index 0,6, dan zegt men dat die interventie $10 \times 0,6 \times 0,5 = 3$ QALY's oplevert.
3. De berekening van de incrementele kosten-effectiviteitsratio (ICER): het kostenverschil gedeeld door het effectiviteitsverschil. Hoe kleiner de ratio (de ICER), hoe waardevoller de innovatie. Bijvoorbeeld: er worden 2 nieuwe borstkankertherapieën op de markt gebracht. Behandeling A kost 20 000€ meer en brengt gemiddeld 2 extra gezonde levensjaren bij, behandeling B kost 30 000€ meer dan de bestaande therapie en levert 4 gezonde levensjaren op. Met een ICER van 7500 t.o.v. 10 000 is behandeling B kosteneffectiever: met eenzelfde euro wordt meer gezondheid geproduceerd.

Dit betekent nog niet dat elke kosteneffectievere behandeling aan de patiënt aangeboden moet worden. We zijn niet bereid om het even welke prijs te betalen zelfs wanneer er sprake is van een bescheiden gezondheidswinst. De vraag die dan gesteld moet worden is hoeveel de maatschappij bereid is te betalen voor bijvoorbeeld één extra jaar in goede gezondheid. De Wereldgezondheidsorganisatie (WGO) stelt dat de grens voor betalingsbereidheid in de eerste plaats in verband staat met de welvaart van een land. Een resultaat, uitgedrukt in kost per QALY, dat lager ligt dan het niveau van het Bruto Binnenlands Product per persoon zou zeer kosteneffectief zijn volgens de WGO. Voor België betekent dat een ratio kleiner dan 30 000 zou duiden op een zeer kosteneffectieve gezondheidszorgbeslissing.

De vraag die eigenlijk gesteld wordt is of de technologie de uitgaven waard is ('is it worth it?'), en daarom moet ook rekening worden gehouden met ethische en sociale overwegingen (leeftijd van de patiëntengroep, ernst van de aandoening, potentiële verbetering van de levenskwaliteit, etc.). Dit bredere beleidskader noemt men Health Technology Assessment (HTA). Belangrijk is dat elke tussenkomst in de gezondheidssector (zoals een preventief programma, een zorgtraject, etc.) als een technologie wordt beschouwd.

3. Evaluatie van het Belgische HTA beleid

Vandaag is de toepassing van kosteneffectiviteit in de Belgische gezondheidszorg nog te beperkt. We vinden het vooral terug in de geneesmiddelensector en in het Vlaamse preventiebeleid, welke samen 19% van de uitgaven betekenen. Maar zelfs bij de geneesmiddelen vindt men het niet steeds terug: wanneer bijvoorbeeld een uitbreiding van indicatie voor een geneesmiddel wordt gevraagd hoeft men vandaag geen kosten-effectiviteitsanalyse uit te voeren. Men moet dat evenmin voor weesgeneesmiddelen (geneesmiddelen tegen zeldzame ziektes). De medische hulpmiddelensector en het preventiebeleid van de Franse Gemeenschap hinken momenteel achterop. Andere sectoren, zoals diagnostiek (en in het bijzonder beeldvorming), chirurgische interventies, opnames in het ziekenhuis, etc. ontsnappen momenteel helemaal aan de aandacht, met uitzondering van de interventies die in de studies van het KCE aan bod komen.

Daar waar in België wel Health Technology Assessments worden uitgevoerd blijkt bovendien nog marge tot verbetering te zijn. Drummond en collega's distilleerden 15 sleutelprincipes voor een verbetering van de HTA-methodologie en een beter gebruik ervan in de praktijk. We toetsen deze principes aan het Belgische HTA beleid. Groen betekent goed gerespecteerd, oranje matig (kan beter) en rood niet gerespecteerd (kan veel beter).

Drummond's sleutelprincipes getoetst aan het Belgische model

Nr	Principe	In België?
1	De doelstelling en het bereik van HTA moeten expliciet en relevant voor het gebruik zijn.	Ja.
2	HTA moet onpartijdig en transparant zijn.	Niet voldoende transparant en soms partijdig.
3	HTA moet alle relevante technologieën omvatten: geneesmiddelen, hulpmiddelen, preventie, diagnoses, zorgtrajecten, etc.	Onvoldoende voor hulpmiddelen, preventie en andere interventies.
4	De evaluatiecriteria moeten duidelijk zijn en de hiërarchie/prioriteiten gekend.	De evaluatiecriteria zijn duidelijk, maar hiërarchie/prioriteiten niet.
5	HTA moet rekening houden met gepaste methodes om kosten en baten te evalueren.	Ja (KCE richtlijnen 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 en 12), maar enkel voor geneesmiddelen.
6	HTA moet rekening houden met een brede waaier aan resultaten en wetenschappelijk bewijsmateriaal.	Ja, (KCE richtlijn 1) maar enkel voor geneesmiddelen. In de praktijk heeft de gerandomiseerde klinische studie nog een te groot gewicht.
7	Een volledige, maatschappelijke visie moet gehanteerd worden die rekening houdt met alle stakeholders.	Ja (KCE richtlijn 2) maar enkel voor geneesmiddelen.
8	HTA moet mogelijke onzekerheden expliciet maken, sensitiviteitsanalyses integreren en werken met betrouwbaarheidsintervals.	Ja (KCE richtlijn 11) maar enkel voor geneesmiddelen.
9	HTA moet rekening houden met zaken als veralgemening en overdraagbaarheid van de conclusies van de evaluatie naar nieuwe patiëntengroepen of gezondheidszorgomstandigheden.	Men kijkt vaak, maar niet altijd, naar specifieke patiëntengroepen.
10	HTA moet alle belangrijke stakeholders bij de evaluatie betrekken.	Patiënten worden nog onvoldoende betrokken. Ook met de industrie is er soms nog een dovemansgesprek.
11	Alle mogelijke data moet worden gebruikt, ook confidentiële.	Moeilijke toegang tot data in België.
12	De implementatie van de HTA evaluaties moet opgevolgd worden.	Niet het geval in België.

13	HTA's moeten worden uitgevoerd wanneer voor het product een eerste toelating voor vergoeding wordt gevraagd, maar moeten ook herzien worden wanneer nieuwe informatie beschikbaar is.	Ja. Er wordt ook gewerkt met risicodelende overeenkomsten, hoewel de focus van deze contracten nog te veel op het budget is en de procedure eenvoudiger moet.
14	HTA (interim) conclusies moeten naar zo veel mogelijk stakeholders worden gecommuniceerd, op verschillende beleidsniveaus en op een aangepaste (toegankelijke) manier.	Stakeholders worden nog onvoldoende betrokken. Er wordt nog onvoldoende naar het brede publiek gecommuniceerd.
15	Link tussen HTA resultaten en beslissingsproces moet transparant en duidelijk gedefinieerd worden.	Niet altijd even duidelijk (Figuur 8).

Bron: Itinera op basis van Drummond et al. 2008

Het Belgische HTA-beleid houdt met de meeste internationale aanbevelingen rekening, maar volgens onze evaluatie voldoet ons model maar helemaal aan de "internationale" vereisten in slechts enkele gevallen. Internationaal benchmarken is in zo'n materie niet evident en waarschijnlijk ook niet zeer veel zeggend, maar laten we toch stellen dat we met dit resultaat in de sub-top zitten, samen met landen als Zweden en Duitsland, maar achter bijvoorbeeld Engeland en Canada. Uit onze analyse blijkt dat België vooral goed scoort op het vlak van methodologie van de kosteneffectiviteitsanalyses – de theorie zeg maar. Minder goed is de implementatie op het terrein van een consequent en transparant HTA-beleid.

4. 10 pistes voor een kosteneffectiever gezondheidszorgbeleid in België

Op basis van onze analyse hebben we 10 aanbevelingen geformuleerd voor het beleid:

1. We moeten de ambitie hebben dat ons gezondheidszorgsysteem volledig doordrongen wordt van het begrip kosten-effectiviteit. Er is meer behoefte aan vorming en sensibilisering. Bij wijze van boutade zou iedereen moeten weten en begrijpen wat een ICER is en waar het voor dient.
2. Onderzoek het optimale gebruik van technologieën, niet alleen van de nieuwe maar ook van de bestaande.
3. Zo kan kosteneffectiviteitsonderzoek doorgetrokken worden naar bestaande zorg- en gezondheidszorg-protocollen, of zelfs naar klinische praktijkrichtlijnen (beste medische keuzes en hoeveelheden van diagnose en behandelingen). Het zullen de verstrekkers zijn die naar een gepaste consensus zullen moeten streven over wat er in de praktijk moet gebeuren, mee bepaald door kennis van kosteneffectiviteit. Het is ook belangrijk op te volgen in welke mate adviezen en richtlijnen worden gerespecteerd.

4. Er moeten maatregelen komen waarbij het correcte gebruik van kosten-effectieve technologieën financieel wordt aangemoedigd, en het gebruik van niet kosteneffectieve afgeraden.
5. Kosteneffectiviteit is essentieel, maar mag niet als uniek criterium gelden bij de evaluatie van gezondheidsinterventies. Een volwaardig HTA beleid houdt met andere criteria rekening, zoals medische nood, de grootte van het gezondheidseffect en de impact op het budget. Maar men moet erover waken niet in een louter budgettaire logica te vervallen, want dan missen we ons doel.
6. Al te vaak houdt men zich nog halsstarrig vast aan de zogenaamde gerandomiseerde gecontroleerde klinische studies om de kosteneffectiviteit van een interventie op te baseren. Men moet ook oog hebben voor andere studiedesigns die soms toelaten om met enige zekerheid te kunnen spreken over een mogelijke meerwaarde. In beide gevallen is er veel additionele data nodig, en die zijn niet beschikbaar voor de meeste geïnteresseerden. In een ideaal systeem heeft iedereen toegang tot de gecodeerde data (uiteraard om de privacy te beschermen) van de ziekteverzekering.
7. Daarmee gepaard gaand, moet er over gewaakt worden dat alle stakeholders betrokken worden bij het tot stand komen van de beslissingen, ook de patiënten.
8. Eenvoudige risicodelende overeenkomsten kunnen er voor zorgen dat interventies met een kosteneffectief potentieel snel toegankelijk worden gemaakt zonder dat het financiële risico door slechts één partij (overheid, industrie, patiënt) gedragen wordt.
9. De beleidskeuzes moeten transparant en expliciet worden gemaakt, en er moet een duidelijke communicatie naar de publieke opinie zijn. Mensen moeten beter kunnen begrijpen waarom een bepaalde behandeling wel of niet terugbetaald wordt.
10. Internationale samenwerking kan de onderzoek- en evaluatiekosten drukken, waarmee kosteneffectiviteitsanalyses kunnen worden uitgebreid naar meer medische interventies (in de breedte) en, om beter rekening te houden met de verschillen tussen patiënten, naar verschillende patiënten subgroepen (in de diepte).

Lieven Annemans - senior Fellow
Brieuc Van Damme - junior Fellow

¹L'index est établi sur la base de questionnaires standardisés tels que l'EQ5D

²Bien que ces contrats soient encore trop centrés sur le budget.

Voor duurzame economische groei
en sociale bescherming



ONAFHANKELIJKE DENKTANK

KLARE IDEEËN, KLAAR VOOR ACTIE

Itinera Institute VZW

Leopold II Laan 184d B-1080 Brussel

T +32 2 412 02 62 - F +32 2 412 02 69

info@itinerainstitute.org
www.itinerainstitute.org

Verantwoordelijke uitgever: Marc De Vos, Directeur