

instituut Beleid
& Management
Gezondheidszorg

Medische zorg in gewonnen levensjaren

Pieter van Baal vanbaal@bmg.eur.nl

Erasmus University Rotterdam

The Erasmus University logo, featuring the word "Erasmus" in a white, cursive script font.

Verskil oude en nieuwe richtlijn

Oude richtlijn

In farmaco-economische evaluaties uitgevoerd vanuit het maatschappelijk perspectief moeten zowel de directe als de indirecte kosten binnen en buiten de gezondheidszorg meegenomen worden. De indirecte kosten binnen de gezondheidszorg die niet **gerelateerd** zijn aan de behandeling moeten buiten beschouwing gelaten worden.

Nieuwe richtlijn

Alle zorgkosten die zich voordoen in gewonnen levensjaren ook wel bekend als indirecte medische kosten. Het betreft hier alle medische kosten die optreden als gevolg van het levensverlengende effect van een interventie.

Dit kunnen zowel zogenaamde 'gerelateerde kosten' zijn (bijvoorbeeld bloedverdunners na een hartoperatie) of 'niet gerelateerde kosten' (bijvoorbeeld de kosten van een gebroken heup in de gewonnen levensjaren na een harttransplantatie).



Oude richtlijn in de praktijk

- Alleen medische kosten gerelateerde ziekten meenemen.
 - Bijv. bij KEA HPV worden kosten baarmoederhalskanker meegenomen
- Maar geen kosten van overige (niet-gerelateerde) ziekten:
 - Bijv. bij KEA HPV worden kosten behandeling hart en vaatziekten in gewonnen levensjaren niet meegenomen
- Scheiding gerelateerd/ niet-gerelateerd soms arbitrair:
 - Bijv. zijn kosten dementie gerelateerd aan stoppen met roken?

Verklaring oude richtlijn?

- Meenemen kosten niet gerelateerde zorg heeft weinig invloed:
 - 'In veel gevallen maakt het wel of niet meenemen kosten niet-gerelateerde zorg amper uit'
- Praktische uitvoerbaarheid:
 - 'We wilden het niet moeilijker maken dan nodig...'
- Ethische bezwaren:
 - 'Dan bestraffen we interventies die levens verlengen...'

Erasmus

Medische zorg in gewonnen levensjaren in de praktijk



Erasmus

Prins Bernhard: 1911-2004

- Wereldkampioen medische zorg in gewonnen levensjaren
 - Key note spreker op congres voor anesthesisten in 1992:
 - 'Mijn eerste operatie onderging ik op tweejarige leeftijd'.
 - 'Ik ben meer dan 40 keer geopereerd'
 - 'Ik heb meer dan 3 jaar van mijn leven doorgebracht in het ziekenhuis'
 - Kleine selectie:
 - Bijna dodelijk auto-ongeluk op 17-jarige leeftijd
 - Beroerte in 2000
 - Kanker:
 - 1994: darmkanker
 - 2000: borstkanker
 - 2004: longkanker wat uiteindelijk leidt tot dood
- Welke medische kosten zijn 'niet-gerelateerd'?
 - Behandeling beroerte: darmkanker/borstkanker/longkanker
 - Behandeling auto-ongeluk: alles!

Erasmus

Kosteneffectiviteitsanalyses en richtlijnen

- Doel KEA:
 - Optimale besteding van zorgbudget
 - Hoeveel moeten we aan de zorg uitgeven?
 - Maximaliseer gezondheid / welvaart
- Doel pharmaco-economische richtlijnen:
 - Zorgen dat KEA's zodanig worden uitgevoerd zodat doel kan worden bereikt
- Dragen richtlijnen bij aan efficiënte aanwending zorguitgaven?
 - Moeten alle medische kosten in gewonnen levensjaren worden meegenomen?
 - Gerelateerd en niet-gerelateerd?

The logo of Erasmus University, featuring a stylized, handwritten-style script of the word "Erasmus" in black.

Theoretische relevantie

- Waarom **alle** kosten in gewonnen levensjaren meenemen?
 - Consistentie: zorg voor 'niet-gerelateerde' ziekten draagt ook bij aan QALY winst:
 - Gewonnen levensjaren dankzij HPV vaccinatie zouden stuk lager zijn, als er geen behandeling is voor hart-en vaatziekten in gewonnen levensjaren!
 - Vergelijkbaarheid: weglaten kosten niet-gerelateerde ziekten leidt tot ICERs die niet te vergelijken zijn tussen verschillende ziektegebieden
 - analoog aan gebruik ziektespecifieke QoL instrumenten
 - Betere beslissingen: meenemen niet-gerelateerde kosten in gewonnen levensjaren leidt soms tot andere beslissingen die per saldo leiden tot meer gezondheid/welvaart:
 - consistent met welvaartstheorie en maximalisatie gezondheid gegeven zorgbudget



Praktische relevantie

- Voorbeeld: aortaklep vervanging/implantatie (TAVI):
 - Levensverlenging bij oudere populatie (+/- 80 jaar) met een gemiddeld lagere kwaliteit van leven (misschien deels geïnstitutionaliseerd)
- Impact richtlijn verandering op ICER TAVI:
 - Toename ICER 20 tot 70 duizend euro per gewonnen QALY
 - Verschil tussen wel/geen opname basispakket
- Consequenties foute beslissing als gevolg van oude richtlijn:
 - Verdringing kosteneffectieve zorg → gezondheidsverliezen per saldo
 - Verhoging zorgpremie:
 - Verdringing consumptie buiten de zorg
 - Hadden we niet meer gezondheid kunnen kopen bij eenzelfde premie verhoging?

Praktische uitvoerbaarheid

- Is het moeilijk om niet-gerelateerde medische kosten in gewonnen levensjaren mee te nemen in KEA?
 - Nee, iedereen die een model kan bouwen moet dat zeker kunnen!
 - Zie kostenhandleiding voor meer info (zie ook www.imta.nl/paid)
- Waar zijn schattingen niet-gerelateerde kosten in gewonnen levensjaren op gebaseerd?
 - zorguitgaven per capita naar leeftijd en geslacht (kosten van ziekten)
 - Verfijningen mogelijk door rekening te houden met:
 - Kosten gerelateerde ziekten
 - Concentratie zorg in laatste levensfase
 - Gezondheidstoestand doelgroep

Consequenties nieuwe richtlijn

- Enkele vuistregels mbt kosteneffectiviteit
 - Hoe lager de kwaliteit van leven in gewonnen levensjaren des te groter de impact van meenemen kosten gewonnen levensjaren
 - Een gewonnen levensjaar op jonge leeftijd is goedkoper dan een gewonnen levensjaar op hogere leeftijd
 - Levensverlenging bij een geïnstitutionaliseerde populatie is duur
- Keuze valt misschien op andere interventies voor andere doelgroepen:
 - Negeren niet-gerelateerde kosten gewonnen levensjaren bevoordeelt systematisch levensverlengende interventies t.o.v. kwaliteit van leven verbeterende interventies
- Of prijs voor levensverlengende technologie (verder) omlaag:
 - Als kosteneffectiviteit wordt gebruikt in prijsonderhandelingen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Erasmus', located in the bottom right corner of the slide.

Misverstanden

- Moet de drempelwaarde nu ook omhoog?
 - Nee! Huidige drempelwaarden lijken te zijn afgeleid van WTP schattingen
 - Bij empirische schattingen verdringingskosten binnen de zorg moet wel rekening worden gehouden met kosten langer leven.
- Nieuwe ICERs zijn onvergelijkbaar met oude ICERs
 - Ja, nou en?
 - Oude ICERS waren sowieso niet met elkaar vergelijkbaar
 - Nu zijn ICERs beter vergelijkbaar

The Erasmus logo, featuring the word 'Erasmus' in a stylized, cursive script.

Conclusie

- Verandering richtlijn enorme stap vooruit:
 - Betere vergelijkbaarheid resultaten KEA's
 - Geen 'verborgen kostenposten' bij levensverlengende interventies
 - Relevantie & geloofwaardigheid KEA's
 - Dankzij nieuwe richtlijn valt keuze misschien op andere interventies
- **Cruciaal: meer kosten meenemen → meer gezondheid/welvaart!**

Toekomstige richtlijnen

- Hopelijk vindt richtlijn verandering navolging in andere landen. Draagvlak neemt toe:
 - Nieuwe editie Handbook of Health Economics
 - Nieuwe editie Drummond boek
 - Nog te verschijnen nieuwe versie USA Gold boek

- Ook aandacht voor niet-medische consumptie

Erasmus

Meer informatie

- Meltzer D. 1997. *Accounting for Future Costs in Medical Cost-Effectiveness Analysis*. Journal of Health Economics 16 (1): 33-64.
- van Baal P et al. 2011. *Standardizing the Inclusion of Indirect Medical Costs in Economic Evaluations*. Pharmacoeconomics, 29 , 175-187.
- van Baal P., Meltzer D., Brouwer W. 2016. *Future Costs, Fixed Health Care Budgets and the Decision Rules of Cost-Effectiveness Analysis*. Health Economics. Feb;25(2):237-48.
- www.imta.nl/paid

The logo of Erasmus University, featuring a stylized signature of the name 'Erasmus' in a cursive font.