



In dit nummer:

Van de bestuurstafel	1
Agenda 2015	2
MTA-prijs 2014	2
Zomersymposium NVTAG	2
Lustrumsymposium NVTAG	4
Verslag bijeenkomst Jong-NVTAG	4
Samenvoegen Werkgroep PR & Communicatie en Werkgroep Actualiteiten	4
Samenvatting Proefschriften	5
Samenvatting concept 'Kosteneffectiviteit in de praktijk'	7

Van de bestuurstafel

Dit lustrumjaar bruist van de activiteiten. Dank zij veel aanmeldingen zijn de eerste werkgroepen (onderzoek, het lustrum, en jong-NVTAG) van start gegaan met de organisatie van bijeenkomsten en symposia. Zie dit TA news voor de stand van zaken. Verder zullen de geactualiseerde richtlijnen voor kosteneffectiviteit dit jaar uitgebracht worden en is het Zorginstituut bezig met een rapport waarin zij referentiewaarden voor de kosten per QALY noemen. De richtlijnen komen een volgend TA news aan bod, maar in dit TA news is de samenvatting van het concept rapport kosteneffectiviteit in de praktijk van Zorginstituut Nederland vast te vinden.

Ook het KWF heeft een voorzet gegeven voor drempelwaarden voor de kosten per QALY. Op dit moment vinden er op diverse niveaus overleg plaats. Het zo doelmatig mogelijk inzetten van nieuwe geneesmiddelen verdient hoge prioriteit. Het is in dit kader dan ook belangrijk dat er meer kennis beschikbaar komt over de diagnostiek, inzet en de uitvoering van behandelingen en van de uiteindelijke resultaten in de vorm van effectiviteit en doelmatigheid. 'Real world data' en in het bijzonder patiëntenregistraties worden hierbij als 'Holy Grail' gezien. Middels dergelijke registraties kan het gebruik en de effectiviteit van nieuwe behandelingen in de hele populatie worden gemonitord en vergeleken. Op deze manier krijgen we inzicht in het daadwerkelijk gebruik van de nieuwe behandeling, de kwaliteit van de geleverde zorg, kunnen we wel- en niet-gebruik vergelijken, kunnen we dat terugkoppelen naar artsen en ziekenhuizen, en weten we wat de impact is van nieuwe behandelingen op de zorguitgaven en de prijs/kwaliteitverhouding in de zorg. Patiëntenregistraties lijken hierdoor een belangrijke tool voor kwaliteitsverbeteringen in de zorg, maar gebruiken we deze al optimaal? Op het lustrumsymposium zal hier door diverse stakeholders uitgebreid op ingegaan worden.

Carin Uyl-de Groot

Agenda 2015

10 juni	Bijeenkomst herziening richtlijn QALYs
15- 17 juni	HTAi annual meeting, Oslo, Noorwegen
18 & 19 juni	KGMT cursus Market Access
19 en 26 juni	HTA cursus Juliuscentrum
2 juli	Zomersymposium NVTAG
10-14 augustus	Zomercursus "Participatory Evaluation in Health Care" Radboud UMC
1 oktober	NVTAG Lustrumsymposium
7-11 november	ISPOR annual meeting, Milaan, Italië

MTA-prijs 2014

Tijdens het volgende NVTAG-symposium op **2 juli 2015** in Utrecht zal de jaarlijkse uitreiking van de MTA-prijs plaatsvinden. We hebben dit jaar 4 papers mogen ontvangen die in 2014 zijn gepubliceerd, helaas wat minder inzendingen dan voorgaande jaren.

Een vakkundige jury, bestaande uit Silvia Evers (voorzitter), Erik Buskens en Arthur Attema (winnaar MTA prijs 2012/2013) buigt zich momenteel over de ingezonden papers en zal de Top 3 samenstellen (met een ranking, welke niet aan het publiek wordt bekend gemaakt).

De indieners wordt gevraagd om 2 juli 2015 alvast in de agenda te reserveren. Uiterlijk 2 weken van tevoren (medio juni) hoor je of je genomineerd bent. Als dat het geval is krijg je 5 minuten om je werk te presenteren, waarna een publieksstemming en -ranking plaatsvindt. De gemiddelde ranking op basis van jury en publiek bepaalt de winnaar. De prijs zal bestaan uit een geldbedrag van €1000, - gesponsord door [Pharmerit](#).

Zomersymposium NVTAG

Zoals in het vorig NVTAG nieuws aangekondigd wil het bestuur graag meer leden bij activiteiten van de vereniging betrekken. De oproep aan leden om aan te sluiten bij een aantal nieuw op te richten werkgroepen heeft veel reacties gekregen. Een van de werkgroepen die voortvarend aan de slag zijn gegaan is de werkgroep Onderzoek. Deze werkgroep organiseert op 2 juli aanstaande het NVTAG zomersymposium en heeft daarvoor een call for abstracts uitgeschreven. Leden van de NVTAG vullen dit symposium dus helemaal zelf in met korte presentaties over een breed scala aan onderwerpen, waaronder zaken als onderzoeksprioritering, Europese samenwerking op het terrein van HTA en methodologische ontwikkelingen. De presentaties zullen zowel in het Engels als in het Nederlands plaatsvinden.

Verder zal deze middag ook in het teken staan van de NVTAG prijs voor de beste paper gepubliceerd in 2014. Een deskundige jury heeft de inzendingen beoordeeld en drie nominaties aangewezen. De auteurs van deze drie papers zullen deze middag een korte presentatie over hun onderzoek houden en ook het publiek mag stemmen over de beste inzending.

Het wordt een interessante en afwisselende middag op 2 juli in Utrecht.

Deelname aan het symposium is gratis voor NVTAG leden. Lid worden kan via de website van de NVTAG (www.nvtag.nl). Niet-leden betalen 25 euro (contant bij entree).

Deelnemers kunnen zich opgeven via: [aanmeldformulier Zomersymposium](#)

Uiterste datum voor opgave: 25 juni.

Deelnemers krijgen na 25 juni per e-mail informatie over het symposium.



PROGRAMMA ZOMERSYMPIOSIUM

Locatie: Academiegebouw, Domplein te Utrecht

Tijd: 13-17 uur + borrel

- 12.45 Inloop met koffie en thee
- 13.15 **Opening door voorzitter**
- 13.20 **Introductie MTA-prijs 2014 door voorzitter jury**
- 13.25 **3 presentaties van 6 minuten door 3 genomineerden**
- 13.45 **Presentatie Thea van Asselt (UMCG)**
"Onderzoekskosten onderzocht". Een studie naar de kosten van door ZONMW programma's gesubsidieerd onderzoek."/Researching the costs of research".
- 14.00 **Presentatie Amr Makady (Zorginstituut Nederland)**
Review of Policies and Perspectives on Real-World Data for Drug Development and Assessment (IMI-GetReal Deliverable)
- 14.15 **Presentatie Sandra Diekmann (Zorginstituut Nederland)**
EUnetHTA Joint Action 2 – National Adaptation of EUnetHTA outputs
- 14.30 **Presentatie Lisa Johanna Krüger (Zorginstituut Nederland)**
European collaboration in joint HTA assessments; is it possible?
- 14.45 **Presentatie Marcia Tummers (Radboudumc)**
Building a research agenda together: involving patients and other stakeholders in defining research priorities
- 15.00 Pauze
- 15.30 **Presentatie Ralph van Hoorn (Radboudumc)**
The development of a tool for the critical appraisal of studies reporting moderators of treatment effect
- 15.45 **Presentatie Kim Meijboom (Zorginstituut Nederland)**
The relevance of Quality of Life data in Relative Effectiveness Assessments of anticancer drugs in European countries
- 16.00 **Presentatie René Sluiter (Radboudumc)**
A new approach for the evaluation of cost-effectiveness of pharmacist initiated medication reviews
- 16.15 **Presentatie Pim Wetzelaer (Maastricht University)**
Bayesian net benefit regression on longitudinal cost-effectiveness data from a multicentre RCT
- 16.30 **Presentatie Pepijn Vemer (UMCG)**
"AdViSHE: A validation-assessment tool of health-economic models for decision makers and model users"
- 16.45 **Uitreiking MTA-prijs 2014 gezamenlijk met Pharmerit**
- 16.55 Afsluiting door voorzitter zomersymposium
- 17.00 Borrel



Lustrumsymposium NVTAG

Dit jaar bestaat de NVTAG 20 jaar! We willen dit gaan vieren met een lustrumsymposium dat zal gaan plaatsvinden op **donderdag 1 oktober 2015**. Het onderwerp van het symposium zal zijn 'Real-life data (RLD) en HTA'. Dit is zoals je weet een onderwerp dat vele gemoederen bezighoudt en dat zal ook nog wel even zo blijven. De NVTAG wil graag bijdragen aan de methodologie en uitvoering van RLD & HTA en heeft daarom dit onderwerp gekozen voor haar lustrumsymposium.

Deelnemers kunnen zich opgeven via: [inschrijfformulier Lustrumsymposium](#)

Verslag eerste bijeenkomst Jong-NVTAG

Eerste bijeenkomst 19 maart met prof. Dr. Bert Boer

De eerste bijeenkomst van jong-NVTAG kon met recht een succes genoemd worden! Deze avond, speciaal voor HTA-ers onder de 35 jaar, bestond uit een prikkelende lezing en een uitgebreide mogelijkheid om nader kennis met elkaar te maken.

Gast spreker prof. Bert Boer (Zorginstituut Nederland) gaf zijn visie op HTA nu en in de toekomst, waarbij hij voor zowel de industrie als de academie een interessante invalshoek behandelde. De lezing werd gevolgd door enkele speeddate-sessies, waarbij de deelnemers meer te weten konden komen over elkaar.

Met ongeveer 35 bezoekers was de avond goed bezocht. Bovendien was het deelnemersveld gevarieerd, waarbij ongeveer de helft uit de farmaceutische industrie en consultancy kwam, en de andere helft uit de academie, verzekeraars en het Zorginstituut Nederland.

Samenvoegen Werkgroep PR & Communicatie en Werkgroep Actualiteiten

De werkgroepen PR/communicatie & Actualiteiten hebben besloten hun krachten te bundelen tot één werkgroep 'PR & Actualiteiten'. Op dit moment is de betreffende werkgroep nog klein van omvang en wij geven je dan ook graag nog eens de gelegenheid om hiervan lid te worden. Zin om mee te denken over hoe de NVTAG actuele ontwikkelingen in het HTA-veld in Nederland beter voor het voetlicht kan brengen? Op welke actualiteiten moet de vereniging inspelen? En hoe kunnen we het begrip HTA in Nederland voor zoveel mogelijk veldpartijen handen en voeten geven, zodat de zorg voor patiënten doelmatiger wordt en beter?

De werkgroep wordt vanuit het NVTAG-bestuur begeleid door Caroline van der Meijden en Michel van Agthoven – zij verwelkomen je graag!

Samenvatting proefschriften

Proefschrift 1: “Discrete Choice Experiments in Public Health”

Auteur: Jorien Veldwijk

Promotor: Prof. dr. H.A. Smit

Copromotoren: Dr. G.A. de Wit, Dr. M.S. Lambooj

Een manier om de volksgezondheid te verbeteren is het implementeren van (kosten)effectieve preventieve programma's. Om een preventief programma tot een succes te maken is het van groot belang dat veel mensen deelnemen. Helaas is het niet vanzelfsprekend dat het implementeren van dergelijke programma's garant staat voor een hoge deelname. Daarom is het belangrijk om inzicht te krijgen in factoren die een rol spelen bij de keuze van mensen om (niet) deel te nemen aan specifieke preventieve programma's.

Discrete Keuze Experimenten (DCE) meten de voorkeuren van mensen voor specifieke kenmerken van preventieve programma's door ze steeds opnieuw te vragen een keuze te maken tussen verschillende scenario's. Daarnaast stelt deze methode onderzoekers in staat om het relatieve belang van die verschillende kenmerken te kwantificeren en om potentiële deelnamecijfers te berekenen.

Dit proefschrift beschrijft drie toepassingen van de DCE methode binnen de volksgezondheid (vaccinatie, leefstijl en screening), methodologisch onderzoek naar de validiteit van DCEs en de invloed van de vormgeving van een DCE op het beslisgedrag van respondenten. In deel 1 van dit proefschrift wordt geconcludeerd dat DCEs toepasbaar zijn in de volksgezondheid, dat alle bijbehorende uitkomstmaten (relatief belang van attributen, afwegingen tussen attributen, bereidheid tot betaling en potentiële deelnamecijfers) konden worden berekend. Op basis van die resultaten konden specifieke aanbevelingen worden gedaan voor programma-ontwikkelaars en beleidsmakers om op die manier bij te dragen aan het ontwikkelen en implementeren van attractieve, veel gebruikte effectieve preventieve programma's. In deel 2 van dit proefschrift wordt geconcludeerd dat de meeste mensen goed in staat een DCE in te vullen volgens de verschillende theoretische assumpties die ten grondslag liggen aan deze methode. Op basis van de DCE resultaten kon ook de deelname aan een preventief programma worden voorspeld. Er wordt echter ook geconcludeerd dat DCEs in hun huidige vorm misschien niet de preferenties onder van mensen goed kunnen meten. Er zal moeten worden onderzocht of additionele afnamemethodes (zoals online vragenlijsten of mini-labs) bij kunnen dragen aan de mate waarin specifiek ouderen, mensen met een lage opleiding en mensen met onvoldoende gezondheidsvaardigheden een DCE accuraat invullen. In deel 3 van dit proefschrift is aangetoond dat de vormgeving van de keuzes in een DCE invloed heeft op hoe mensen beslissen en daarmee ook invloed heeft op de directe resultaten uit een DCE studie. Op basis van deze resultaten zal de DCE methode moeten worden aangepast en zullen richtlijnen over het opzetten van DCE studies moeten worden aangevuld.

Concluderend, DCEs kunnen worden gebruikt om preferenties van mensen voor preventieve programma's te meten. Op basis van de deelstudies zijn er verschillende opties geïdentificeerd die kunnen bijdragen aan het verbeteren van de DCE methode specifiek op het terrein van de volksgezondheid. Door het combineren van verder onderzoek, kennis uit andere wetenschappelijke disciplines, goed ontworpen DCEs en geavanceerde analytische modellen zal onze capaciteit om preferenties correct te meten en beslisgedrag van mensen te begrijpen verbeteren. Daarmee kan de DCE methode een bijdrage leveren aan de verbetering van de algehele volksgezondheid.

Promotie: 12 mei 2015 te Utrecht

Proefschrift 2: “Health technology assessment in epilepsy; economic evaluations and preference studies”

Auteur: Reina van Bilsen-de Kinderen

Promotoren: Prof. dr. mr. S. Evers, Prof. dr. A.P. Aldenkamp

Copromotoren: Dr. H.J.M. Majoie, Dr. D. Postular

Stijgende zorgkosten maken een goede afweging tussen kosten, klinische effecten en kwaliteit van leven noodzakelijk. Dit proefschrift beschrijft onderzoek naar kwaliteit van leven van epilepsiepatiënten, voorkeuren t.a.v. epilepsiediagnostiek, kosten van bijwerkingen en de kosteneffectiviteit van het ketogeen dieet. Epilepsie is een aandoening van de hersenen waarbij mensen, door een elektrische ontregeling, aanvallen krijgen. Bij ongeveer 30% van de mensen met epilepsie werken medicijnen niet of onvoldoende, het ketogeen dieet kan dan een optie zijn.

In een RCT hebben we de kosteneffectiviteit van het ketogeen dieet bij kinderen (1-18 jaar) met refractaire epilepsie onderzocht. Om ouders en kinderen te ondersteunen bij het volgen van het dieet is een speciale ‘receptenwebsite’ (www.ketogeenmenu.nl) ontwikkeld. Na een studieperiode van vier maanden daalde bij de helft van de kinderen die het dieet volgden de aanvalsfrequentie met meer dan 50%. In de controlegroep behaalde slechts 18,2% dit resultaat. Naast deze significante aanvalsreductie werd er ook een afname van de ernst van de aanvallen gemeten in de interventiegroep. Verder rapporteerden ouders rapporteerden gedragsmatige, cognitieve en/of emotionele verbeteringen, maar deze verschillen werden niet opgemerkt door onze kwaliteit van leven instrumenten. Doordat er geen verschil in kwaliteit van leven werd gemeten, werd er geen onomstotelijk bewijs gevonden voor de kosteneffectiviteit van het ketogeen dieet.

In een modelleringsstudie hebben we vervolgens het ketogeen dieet en de nervus vagus stimulator (NVS) vergeleken met anti-epileptica, met een follow-up van 12 maanden en 5 jaar. NVS is een pacemakerachtig apparaatje wat onder de huid wordt ingebracht. Via een electrode die verbonden is aan de nervus vagus worden stroomstootjes afgegeven aan deze hersenzenuw. Hierdoor worden signalen afgegeven aan de hersenen en deze kunnen aanvallen verminderen. De resultaten suggereren dat het KD kosteneffectief is wanneer deze wordt vergeleken met NVS na 12 maanden. Na 5 jaar is de NVS juist kosteneffectief vergeleken met KD. Wanneer de behandelopties worden vergeleken met anti-epileptica, zijn deze beide niet kosteneffectief; de behandelopties zijn effectiever en duurder, wat wederom resulteert in onwenselijke hoge kosten per QALY. In het proefschrift worden daarnaast aanbevelingen gedaan op basis van de Time Trade Off studie naar kwaliteit van leven van epilepsiepatiënten. De uitkomsten suggereren dat er minder belang gehecht moet worden aan het meten van het aantal aanvallen, maar meer aan de ernst van de aanvallen en de algehele kwaliteit van leven van een patiënt. Verder zal er meer onderzoek uitgevoerd moeten worden naar de manier waarop kwaliteit van leven wordt gemeten. Daarnaast kan geconcludeerd worden dat de bijwerkingen van anti-epileptica niet alleen een grote last zijn voor de patiënt maar dat deze ook grote economische gevolgen hebben. In een DCE ten slotte, werden de voorkeuren van epilepsiepatiënten op een kwantitatieve manier gemeten. De uitkomsten tonen aan dat de MEG (magnetoencefalografie) niet per definitie meer patiëntvriendelijk is dan routine EEG en dat patiënten een sterke voorkeur hebben voor 24-uurs EEG ten opzichte van EEG na slaapdeprivatie.

De studies beschreven in dit proefschrift zijn gefinancierd door ZonMw en zijn uitgevoerd in het Academisch Centrum voor Epileptologie Kempenhaeghe/Maastricht UMC+ en Maastricht University.

Promotie: 12 mei 2015 te Maastricht

Samenvatting concept “Kosteneffectiviteit in de praktijk”

Zorginstituut Nederland

Wij betalen met elkaar premie voor de basisverzekering. Dit is een mooi systeem dat is gebaseerd op onderlinge solidariteit: tussen jong en oud, ziek en gezond, arm en rijk. Het is belangrijk deze solidariteit te bewaken. Dat kan door te laten zien dat het premiegeld optimaal wordt besteed.

Het gezondheidszorgbudget kent grenzen. Binnen die grenzen moeten keuzen worden gemaakt om tot een optimale verdeling te komen, wat inhoudt dat zo veel mogelijk gezondheidswinst voor de samenleving als geheel wordt verkregen. Kosteneffectiviteit is een criterium dat kan helpen bij het maken van deze keuzen. Het zet de kosten af tegen de effecten en maakt zo inzichtelijk bij welke optie je ‘de meeste waar voor je geld’ krijgt. Dat gebeurt op allerlei terreinen, ook in onze eigen dagelijkse beslissingen.

In de zorg is het gebruik van kosteneffectiviteit als basis voor beslissingen omstrede. Een veelgehoord argument is dat het onethisch zou zijn om kosten een rol te laten spelen bij zulke keuzes. Het Zorginstituut vindt het echter juist niet ethisch om dit vraagstuk uit de weg te gaan. Want wanneer wij niet de vraag stellen “wat is het ons waard?”, worden er binnen de grenzen van de beschikbare middelen keuzen gemaakt die kunnen leiden tot netto gezondheidsverlies, doordat kosteneffectieve zorg wordt verdrongen door niet- of minder kosteneffectieve zorg. Het is alleen minder zichtbaar omdat die keuzen dan willekeurig en op een niet transparante manier worden gemaakt.

Wij zijn ons er van bewust dat er argumenten kunnen zijn om niet altijd voor de grootste gezondheidswinst te kiezen. Daarom is kosteneffectiviteit nooit het enige criterium waarop wij onze adviezen baseren. Elk advies is een integrale afweging, waarin we de pakketcriteria effectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid en andere relevante argumenten betrekken.

We zijn ons bovendien bewust van de methodologische kwetsbaarheden van kosteneffectiviteit. Daarom blijven we ons altijd verdiepen in de informatie achter de cijfers en betrekken we onzekerheden in onze afwegingen. Dat doet echter niets af aan het principe dat kosteneffectiviteit een belangrijk criterium in de afweging moet zijn. Op deze genuanceerde manier toegepast kan het een belangrijke basis zijn voor onze pakketadviezen.

Kosteneffectiviteit is een criterium dat het mogelijk maakt om de kosten en effecten van een nieuwe behandeling af te zetten tegen de kosten en effecten van de bestaande behandeling. De verhouding tussen deze kosten en effecten noemen we de incrementele kosteneffectiviteitsratio (IKER). Door de effecten in een gestandaardiseerde maat uit te drukken, kunnen verschillende behandelingen bij één aandoening worden vergeleken, maar ook verschillende behandelingen bij verschillende aandoeningen. Die gestandaardiseerde maat is de QALY (quality adjusted life year), wat staat voor een jaar leven in volledige gezondheid.

Met de QALY kan de gezondheidswinst van bijvoorbeeld inhalatie bij astma vergeleken worden met die van insulinespuiten bij diabetes. Dat type vergelijking kan heel behulpzaam zijn bij het maken van keuzes binnen een begreemd budget. Dat soort vergelijkingen maken we nu overigens niet: we vergelijken nu alleen de nieuwe en de oude behandeling met elkaar en spreken een bedrag af (referentiewaarde) waarboven we de kosteneffectiviteit ongunstig noemen.

Ook in andere landen gebeurt dat, met name bij de NICE in Engeland, waar van oudsher de referentiewaarde wordt gehanteerd als hard afkappunt, waarboven een interventie niet wordt vergoed. Inmiddels is de NICE in zijn werkwijze iets genuanceerder, in ieder geval bij de beoordeling van behandelingen rond het levenseinde. Er zijn ook landen waar men minder is gesteld op de QALY, zoals Frankrijk en Duitsland. Daar gaat men meer uit van de grootte van het effect. Hoe groter dat is, des te meer men bereid is te betalen voor dat effect.

Er zijn vier mogelijke uitkomsten wanneer we effecten en kosten van een nieuwe behandeling vergelijken met de gebruikelijke behandeling:

- De nieuwe behandeling levert gezondheidswinst op tegen lagere kosten;
- De nieuwe behandeling levert gezondheidsverlies op tegen lagere kosten;
- De nieuwe behandeling levert gezondheidsverlies op tegen hogere kosten.
- De nieuwe behandeling levert gezondheidswinst tegen hogere kosten

In de eerste drie gevallen zou de praktijk zijn weg doorgaans zelf moeten vinden. Meer gezondheid tegen lagere kosten is altijd goed natuurlijk. En minder gezondheid tegen hogere kosten valt vanzelf af. Minder gezondheid, maar ook lagere kosten kunnen tegen elkaar worden afgewogen, al zal men op voorhand niet gauw minder gezondheid accepteren. Partijen in de zorg vinden hier doorgaans hun weg, zonder publieke interventies. Dat is niet het geval als sprake is van zorg die weliswaar gezondheidswinst oplevert maar ook meer kost. In die gevallen krijgen partijen in de zorg graag algemene kaders aangereikt. Het Zorginstituut adviseert daarover.

Veel van de zorg in het pakket is open omschreven. Dat wil zeggen dat de zorg instroomt zonder expliciete besluitvorming vooraf. Partijen zijn het er dan over eens dat deze zorg voldoet aan de wettelijke, generiek gestelde eisen. Wanneer partijen daar vragen over hebben, kunnen zij een oordeel vragen aan het Zorginstituut. Dat doet het Zorginstituut ook op eigen initiatief op geleide van bepaalde risico's die het ziet. Op basis van het maatschappelijk kader (de toepassing van de zogenaamde referentiewaarden) dat het Zorginstituut in dit rapport voorstelt, kunnen partijen signaleren of er zich binnen dit "open systeem" nieuwe zorg voordoet die mogelijk een ongunstige IKER heeft (of waar hier nog hele grote onduidelijkheid over bestaat) en waar een pakketadvies wenselijk voor zou zijn. Ook zal het Zorginstituut deze adviezen zelf blijven initiëren. Verder zullen we in onze standpunten waar mogelijk een uitspraak doen over de kosteneffectiviteit.

Om zulke uitspraken te kunnen doen, hebben we een norm nodig. Wij gebruiken als norm zogenaamde referentiewaarden. Deze referentiewaarden zijn gebaseerd op een combinatie van de kosten per gewonnen levensjaar en de ziektelast van de aandoening. Uit onderzoek naar de solidariteit in de zorg is gebleken dat we het als samenleving rechtvaardig vinden hogere kosten per QALY te accepteren wanneer het gaat over een ernstige ziekte. Sinds het RVZ rapport "rechtvaardige en duurzame zorg" in 2006 is verschenen, wordt in het maatschappelijk debat een range van 10.000 euro/QALY bij een lage ziektelast tot 80.000 euro per QALY bij een hoge ziektelast gebruikt. Voor dit moment neemt het Zorginstituut deze range en de onderbouwing daarvoor over. Mocht er aanleiding zijn de bedragen aan te passen, bijvoorbeeld op basis van (inter)nationaal onderzoek, is dat natuurlijk mogelijk. Omdat we te maken hebben met puntschattingen van zowel de kosteneffectiviteit als van de ziektelast hebben we de referentiewaarden onderverdeeld naar drie klassen.

Ziektelast	Maximale meerkosten (€) per QALY
Van 0,1 tot en met 0,4	Tot € 20.000 per QALY
Vanaf 0,41 tot en met 0,7	Tot € 50.000 per QALY
Vanaf 0,71 tot en met 1,0	Tot € 80.000 per QALY

Zoals gezegd kan een ongunstige IKER een reden zijn voor een negatief advies wanneer er geen argumenten zijn om deze te accepteren. Het kan ook zo zijn dat een behandeling met een gunstige IKER tot een negatief advies leidt wanneer er sterkere argumenten zijn om de behandeling niet te vergoeden.

Natuurlijk is het van belang dat dergelijke adviezen in overleg met partijen tot stand komen. Behandelrichtlijnen waarin aanbevelingen worden gedaan op basis van kosteneffectiviteitsgegevens, kunnen hier een belangrijke rol bij spelen. We zien dat kosteneffectiviteit in behandelrichtlijnen een thema wordt. De NHG heeft recent het standpunt ingenomen dat in geval dat twee medicamenteuze opties qua veiligheid en effectiviteit vergelijkbaar zijn, de kosten bepalend kunnen zijn voor de keuze. Ook de Federatie van Medisch Specialisten is druk aan de slag met pilots om kosteneffectiviteitsaanbevelingen mee te nemen in haar richtlijnen. Op dit moment is het ontbreken van kosteneffectiviteitonderzoekgegevens nog een belangrijk knelpunt. Er is meer expertise nodig bij richtlijnontwikkelaars en financiële steun voor het verwerken van kosteneffectiviteitoverwegingen in richtlijnen.

Het is van groot belang voor het begrip en de acceptatie van pakketadviezen, dat de overwegingen die een rol spelen, compleet en begrijpelijk worden gepresenteerd. Wij zullen hiervoor binnen zes maanden in overleg met partijen een afwegingenkader ontwikkelen. We gaan in dat kader dieper in op de relevante maatschappelijke argumenten en de weging daarvan. Daarbij kijken we ook of een methode als Multi Criteria Decision Analysis (MDCA) het afwegingsproces kan ondersteunen. Verder maken we in het afwegingenkader duidelijk waar in het proces het afwegingenkader wordt toegepast, ook met betrekking tot de beslissing om een voorwaardelijk traject of een arrangement in te zetten.

Een belangrijk aandachtspunt in het afwegingenkader is de uitwerking van het criterium ziektelast. We bekijken in de komende maanden hoe de benadering die we op dit moment gebruiken (proportional shortfall) beter kan aansluiten bij de maatschappelijke opvattingen van dit moment.

Het Zorginstituut zal ook in de toekomst pakketuitspraken doen over complexe vraagstukken. Daarbij zal kosteneffectiviteit een belangrijke overweging zijn, in samenhang met overige pakketcriteria. Verankering in wet- en regelgeving zoals in het Regeerakkoord opgenomen vinden we zeer gewenst, maar dan wel als criterium naast effectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid, waarbij deze criteria in onderlinge samenhang worden gewogen.