



> Retouradres Postbus 320, 1110 AH Diemen

Minister voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Postbus 20350
2500 EJ 'S-GRAVENHAGE

2024043496

Zorginstituut Nederland
Ontwikkeling, Wetenschap &
Internationale Zaken

Willem Dudokhof 1
1112 ZA Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 85 55

Contactpersoon
S. Knies

Datum 10 december 2024
Betreft Beoordelingskader kosteneffectiviteit van zorg

Onze referentie
2024043496

Geachte mevrouw Agema,

Met trots bied ik u hierbij het "Beoordelingskader kosteneffectiviteit van zorg: afweging van effecten en kosten" aan. U heeft om dit beoordelingskader gevraagd in de verzoekbrief van 13 juli 2023 (kenmerk 3636654-1051050-Z).

Het toenemende beroep op zorg, leidend tot hogere zorguitgaven, zet de solidariteit onder druk en verdringt andere belangrijke collectieve uitgaven zoals onderwijs, sociale zekerheid en veiligheid. Met meer mensen die gebruik maken van de zorg en de daarmee toenemende druk op zorgverleners staat de toegang tot de verzekerde zorg op het spel.

Passende zorg is de beweging die tot doel heeft om ervoor te zorgen dat alleen zorg wordt geleverd die echt waarde toevoegt voor patiënten en dat dit op de meest doelmatige en mensvriendelijke manier gebeurt.

Het pakketbeheer kan een belangrijke bijdrage leveren aan passende zorg, omdat de samenstelling van het basispakket grotendeels bepaalt welke zorg bij de individuele patiënt kan worden ingezet. Om het basispakket goed te kunnen samenstellen, zijn eenduidige criteria en afwegingskaders van belang, zoals door u toegelicht in de Kamerbrief Verbeteren en Verbreden van de Toets op het Basispakket (VVTB).

Het beoordelingskader kosteneffectiviteit van zorg kan daarom niet los worden gezien van de actualisaties die het Zorginstituut op dit moment uitvoert van de afwegingskaders voor alle pakketcriteria.

Het criterium kosteneffectiviteit richt zich op de vraag of we als samenleving waar krijgen voor ons geld. Dit doen we door te kijken naar de verhouding tussen het effect van een behandeling en de kosten. Oftewel welke waarde voegt een behandeling toe voor de patiënt in vergelijking tot wat het kost.

In het beoordelingskader staan de verschillende stappen beschreven die het Zorginstituut zet bij het bepalen van de kosteneffectiviteit. Zo leggen we transparant uit welke overwegingen er allemaal worden meegenomen. Kort samengevat kijken we naar:

- Wat een behandeling kost en wat het gezondheidseffect is voor een patiënt.
 - Hoeveel we als samenleving maximaal willen betalen voor gezondheidswinst.
- Daarnaast beantwoorden we ook andere vragen voor een goed besluit.

Bijvoorbeeld: hebben we genoeg informatie? Zijn er onzekerheden? Is de kosteneffectiviteit gunstig of ongunstig? Hoe verhoudt de kosteneffectiviteit zich tot de uitkomsten op de andere pakketcriteria? We zijn transparant over ons besluitvormingsproces. Verder leggen we ons besluit goed uit.

Zorginstituut Nederland
Ontwikkeling, Wetenschap &
Internationale Zaken

Datum
10 december 2024

Onze referentie
2024043496

Alleen samen kunnen we de zorg goed, toegankelijk en betaalbaar houden, ook in de toekomst. Het Zorginstituut gaat hier zelf meer in doen. De werkwijze die we nu al gebruiken voor geneesmiddelen gaan we ook toepassen in bijvoorbeeld de beoordeling van medische specialistische zorg, geestelijke gezondheidszorg, digitale zorg en preventie. Maar we roepen vooral de zorgpartijen zelf op om ook effecten en kosten mee te wegen in de beslissing om verzekerde zorg in te zetten.

Het Zorginstituut is van mening dat dit kader een zorgvuldige en werkbare invulling geeft aan het criterium kosteneffectiviteit. Aangezien de ontwikkelingen op dit criterium niet stil staan, blijven we volgen of er aanpassingen nodig zijn aan het kader.

Hoogachtend,



Mark Janssen
Voorzitter Raad van Bestuur



Zorginstituut Nederland

Beoordelingskader kosteneffectiviteit van zorg

Afweging van effecten en kosten.

Definitief | 26 november 2024

| Van goede zorg verzekerd |

Inhoudsopgave

	Samenvatting	4
	Inleiding	7
1	Kosteneffectiviteit en pakketbeheer	9
1.1	Een van de vier pakketcriteria	9
1.2	Wat is kosteneffectiviteit?	9
1.3	Rechtvaardig kiezen	10
1.4	Kosteneffectiviteit in historisch perspectief	10
1.5	Kosteneffectiviteit van zorg	11
1.5.1	Kosteneffectiviteit in het generiek omschreven pakket (het open pakket)	11
1.5.2	Kosteneffectiviteit bij geneesmiddelen	12
1.5.3	Relatie tussen kosteneffectiviteit en vraagprijs bij geneesmiddelen	12
2	Hoe wordt de kosteneffectiviteit van een behandeling bepaald?	13
2.1	Economische evaluatie	13
2.2	Richtlijn voor economische evaluaties	13
2.2.1	Perspectief	13
2.2.2	Patiëntenpopulatie	14
2.2.3	Behandeling en vergelijkende behandeling	14
2.2.4	Effectmaat	14
2.2.5	Tijdshorizon	14
2.2.6	Disconteren	15
2.2.7	Onzekerheidsanalyses	15
2.3	Uitkomst van de evaluatie	15
3	Hoe wordt de kosteneffectiviteit van een behandeling beoordeeld?	16
3.1	Zijn de uitkomsten van de economische evaluatie bruikbaar?	16
3.1.1	Wat is de methodologische kwaliteit van de economische evaluatie?	16
3.1.2	Wat zijn de onzekerheden volgens de onzekerheidsanalyses?	16
3.1.3	Kan een uitspraak worden gedaan over de kosteneffectiviteit?	17
3.2	Hoe verhoudt de ICER zich tot de relevante referentiewaarde?	18
3.2.1	Wat is de hoogte van de ICER?	18
3.2.2	Wat is de relevante referentiewaarde?	18
3.2.3	Hoe groot is de kans dat de ICER boven de referentiewaarde valt?	20
3.3	Welk risico heeft het nemen van de pakketbeslissing?	20
3.3.1	Wat is de kans op en de impact van een verkeerde pakketbeslissing?	20
3.4	Bestaat de mogelijkheid om onzekerheid weg te nemen?	20
3.4.1	Is aanvullend onderzoek zinvol en mogelijk?	20
3.4.2	Kan prijsverlaging het risico verkleinen?	21
3.5	Bestaat de mogelijkheid dat de kosteneffectiviteit (on)gunstiger wordt?	21
3.5.1	Bestaan er beleidsopties met invloed op de kosteneffectiviteit?	21
3.5.2	Zijn er marktontwikkelingen met invloed op de kosteneffectiviteit?	21
3.6	Uitkomst van de beoordeling	22
4	Hoe wordt kosteneffectiviteit met andere criteria gewogen?	23
4.1	Wikken en wegen	23
5	Wat zijn ambities voor de toekomst?	25
5.1	Toets kosteneffectiviteit in alle zorgsectoren	25
5.1.1	Verkenning van de uitdagingen	25
5.2	Kosteneffectiviteit in klinische richtlijnen	26
5.3	Maatschappelijk aanvaardbare uitgaven geneesmiddelen	27
5.4	Ontwikkelen cost-based benadering voor geneesmiddelen	27

5.5	Aanvulling met arbeidsinzet en ecologische duurzaamheid	28
5.6	Verkennen wettelijke verankering kosteneffectiviteit	28
5.7	Slot	28
	Colofon	29

Samenvatting

Dit is de actuele versie van het *Beoordelingskader kosteneffectiviteit van zorg* van Zorginstituut Nederland. Hierin brengen we het bepalen, beoordelen en wegen van het criterium kosteneffectiviteit én de beleidsmatige context samen in één rapport. Zo geven we richting aan de afspraken in het Integraal Zorgakkoord (IZA) over het gezamenlijk realiseren van passende zorg.

Wat is kosteffectiviteit?

Bij kosteneffectiviteit bekijken we wat de behandeling met bijvoorbeeld een geneesmiddel oplevert voor de patiënt ten opzichte van wat het kost. Kosteneffectiviteit speelt sinds tien jaar een serieuze rol bij het beoordelen of zorg in aanmerking komt voor vergoeding uit het basispakket van de zorgverzekering. Inmiddels hebben we veel ervaring opgedaan met de werkwijze. Bovendien is het steeds noodzakelijker om stevig in te zetten op de houdbaarheid van de zorg. Want de kosten blijven stijgen en er is steeds minder personeel. Daarom werken alle betrokken partijen samen aan passende zorg. Dat is zorg die werkt tegen een redelijke prijs, georganiseerd rondom de patiënt en diens gezondheid.

Pakketbeheer voor passende zorg

Beheer van het basispakket speelt een belangrijke rol bij het vormgeven van passende zorg. Voor een pakketbeslissing brengt het Zorginstituut belangrijke gegevens in kaart. Daarvoor hebben we vier belangrijke pakketcriteria: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Dit rapport gaat alleen over kosteneffectiviteit. We leggen uit hoe het Zorginstituut de kosteneffectiviteit van zorg bepaalt en beoordeelt. Hiermee ondersteunen we partijen die keuzes maken over het inzetten van zorg, bijvoorbeeld als ze een richtlijn schrijven. Maar bij een beslissing om zorg op te nemen in het basispakket kijken we niet alleen naar kosteneffectiviteit. Deze wegen we altijd af tegen de andere drie criteria.

Krijgen we waar voor ons geld?

Kosteneffectief betekent dat de gezondheidswinst voor patiënten en de kosten van een behandeling goed in verhouding zijn. Simpel gezegd: krijgen we waar voor ons geld? Sinds 2015 werken we met zogeheten referentiewaarden om te bepalen of de kosteneffectiviteit van een behandeling gunstig of ongunstig is. Een referentiewaarde is wat we als samenleving maximaal willen uitgeven aan bepaalde gezondheidswinst. Door de meest kosteneffectieve behandeling in het pakket op te nemen, zorgen we voor zoveel mogelijk gezondheidswinst met het beschikbare budget. We vinden dit een rechtvaardig uitgangspunt, omdat iedereen die in Nederland woont of werkt verplicht is om een ziektekostenverzekering te hebben en via de premie meebetaalt aan de zorgkosten.

Kosteneffectiviteit in het open en gesloten pakket

Kosteneffectiviteit speelt een rol in het open en in het gesloten pakket van de zorgverzekering.

Open pakket

In het open pakket bepalen partijen in de zorg grotendeels zelf welke zorg effectief is en uit het basispakket wordt vergoed. Dit gaat om een grootste deel van de zorg (90%). Daarom is het belangrijk dat alle partijen kosteneffectiviteit meenemen in hun keuzes.

Als onduidelijk is of zorg in het basispakket moet komen, kan het Zorginstituut een uitspraak doen. Kosteneffectiviteit is dan één van de criteria om tot dit oordeel te komen. Het criterium speelt vooral een rol als er risico's zijn voor de samenleving. Bijvoorbeeld een grote hap uit het zorgbudget of het vermoeden dat een medicijn

weinig effect heeft voor de gezondheid van mensen. De kosten staan dan niet in verhouding tot de gezondheidswinst.

Gesloten pakket

Een klein deel van de zorg wordt voor toelating tot het basispakket (10%) altijd getoetst door het Zorginstituut. Dit heet het gesloten deel van het basispakket. Daarin zitten bijvoorbeeld alle extramurale geneesmiddelen. Dit zijn medicijnen voor thuisgebruik die je op recept van een arts bij de apotheek kunt halen. Het Zorginstituut beoordeelt altijd of deze in het basispakket thuishoren. Voor deze beoordelingen gelden expliciete regels over wanneer we naar de kosteneffectiviteit kijken.

Een kosteneffectieve prijs is overigens niet per definitie hetzelfde als een maatschappelijk aanvaardbare prijs. Dat laatste gaat over de vraag of we als samenleving steeds verder stijgende prijzen van medicijnen aanvaardbaar vinden. Dat heeft raakvlakken met kosteneffectiviteit, maar is geen onderdeel van de berekening.

Hoe bepalen we kosteneffectiviteit?

Het bepalen van de kosteneffectiviteit gaat in een aantal stappen:

- We voeren een economische evaluatie uit: de kosteneffectiviteitsanalyse. Alle kosten en effecten van de behandeling worden hierin vergeleken met de kosten en effecten van de standaardbehandeling in Nederland.
- Bij de economische evaluatie kijken we breed naar alle effecten, kosten en besparingen, ongeacht wie ze draagt. Bijvoorbeeld: kosten voor de gezondheidszorg (zoals ziekenhuisopnames en zorgkosten in gewonnen levensjaren), kosten voor de patiënt (zoals reiskosten) en kosten voor de familie (zoals mantelzorg). Het gaat ook om kosten voor andere maatschappelijke sectoren, zoals productiviteitsverliezen, instroom in de WIA of onderwijs.
- De verhouding tussen de verschillen in kosten en effecten noemen we de incrementele kosteneffectiviteitsratio (*incremental cost effectiveness ratio*, ICER).
- De effecten van de behandeling drukken we uit in QALY's. Dit is de afkorting van *Quality Adjusted Life Years*. Het betekent: gewonnen levensjaar van goede kwaliteit. Het aantal QALY's berekenen we door het aantal levensjaren van de patiënt te vermenigvuldigen met de gemiddelde kwaliteit van leven voor zover die samenhangt met gezondheid. Met de QALY kunnen we de kosteneffectiviteit van verschillende soorten behandelingen voor verschillende soorten aandoeningen met elkaar vergelijken.
- Als de ICER bruikbaar is voor het nemen van een beslissing, vergelijken we deze met een referentiewaarde. Een referentiewaarde is het maximale bedrag dat we als samenleving per extra QALY willen uitgeven. Is de ICER hoger dan die waarde, dan zijn de kosten te hoog in vergelijking tot het effect van de behandeling.
- Het Zorginstituut gebruikt meerdere referentiewaarden. Dit hangt af van de ernst van de ziekte voor de patiënt. Uit onderzoek naar solidariteit in de zorg blijkt dat we als samenleving hogere kosten per QALY rechtvaardig vinden als een ziekte ernstiger is.
- De economische evaluatie levert informatie op over de kosteneffectiviteit en eventuele onzekerheden. Bijvoorbeeld over de gemiddelde kosten en effecten van een behandeling. Het Zorginstituut beoordeelt of de gegevens bruikbaar zijn om een pakketbeslissing te nemen. Daarnaast beoordelen we of de gerapporteerde kosteneffectiviteit gunstig is. De Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) adviseert het Zorginstituut bij de beoordeling en kijkt of de juiste methode is gebruikt voor de analyse.

Beoordeling: zorgvuldig beeld bepalen

Het proces om de kosteneffectiviteit te bepalen leidt tot een ogenschijnlijk exact cijfer, de ICER, maar daarnaast spelen vele andere afwegingen een rol. Na het vergelijken van de ICER met de referentiewaarde geven we aandacht aan de volgende vragen:

- Wat is de kans op een verkeerde pakketbeslissing en wat is het effect daarvan voor de samenleving?
- Is het mogelijk om eventuele onzekerheid weg te nemen?
- Bestaat de kans dat de kosteneffectiviteit gunstiger of ongunstiger wordt in de loop van tijd of bij toepassing in de praktijk?

Op basis van de antwoorden krijgen we een beeld van de kosteneffectiviteit, en van de onzekerheden en mogelijkheden. Dit beeld is soms heel duidelijk, zodat we een uitspraak over de kosteneffectiviteit kunnen doen. Maar soms is het verhaal ingewikkelder. We wegen dit beeld van de kosteneffectiviteit in samenhang met de andere pakketcriteria. Dat doen we in een rechtvaardig, transparant en zorgvuldig proces. De Adviescommissie Pakket (ACP) adviseert het Zorginstituut over de maatschappelijke afweging. De ACP kijkt naar de belangen van patiënten en premiebetalers, zodat het geld dat we met zijn allen betalen wordt uitgegeven aan de juiste zorg.

Ooproep: samen zorg goed, toegankelijk en betaalbaar houden

Pakketbeheer kan een belangrijke bijdrage leveren aan passende zorg. Daarom is het nodig dat we samen met alle zorgsectoren kijken welke zorg waarde toevoegt voor patiënten tegen een aanvaardbare prijs. Dit noemen we ook wel waardegedreven zorg. Het criterium kosteneffectiviteit helpt om inzicht te krijgen in de gezondheidswaarde en kosten.

Het Zorginstituut gaat hier zelf meer in doen. We gaan bijvoorbeeld de werkwijze voor beoordeling van geneesmiddelen ook vaker toepassen voor geestelijke gezondheidszorg, digitale zorg en preventie. Daarbij beoordelen we risicogericht. Dat wil zeggen behandelingen die veel patiënten aangaan of met hoge kosten.

Maar alleen sámen kunnen we passende zorg versnellen. We roepen andere partijen in de zorg op om het criterium kosteneffectiviteit mee te wegen bij de beslissing om zorg in te zetten. Soms vraagt dit om een volledige analyse van kosteneffectiviteit. Maar vaak volstaat een meer praktische benadering. Bijvoorbeeld dat een richtlijn de behandeling met de laagste kosten aanbeveelt als andere behandelingen een vergelijkbaar effect hebben. Op dit moment komt het breder toepassen van kosteneffectiviteit vooral neer op ervaring opdoen en op het ontwikkelen van methoden en werkwijzen. Samen kunnen we echt impact maken en de zorg toegankelijk en betaalbaar houden, nu en in de toekomst.



Inleiding

Er zijn groeiende zorgen of de zorg in de toekomst nog wel zo goed en betaalbaar blijft als we gewend zijn. De kosten blijven alsmat stijgen, waardoor de zorguitgaven andere collectieve bestedingsdoelen, zoals onderwijs, sociale zekerheid en veiligheid, in toenemende mate verdringen. Met het toenemende personeelstekort in de zorg is er zo mogelijk nog een veel nijpender probleem bij gekomen. Lang dachten we dat we met efficiënter werken de problemen de baas zouden kunnen blijven. Het wordt echter steeds duidelijker dat er meer structurele veranderingen in vraag en aanbod van zorg nodig zijn om deze toekomstbestendig te maken. Om die opgave het hoofd te kunnen bieden, werken alle partijen gezamenlijk toe naar een situatie waarin er alleen passende zorg wordt verleend. Dat wil zeggen dat alleen zorg wordt geleverd die waarde toevoegt voor patiënten en dat dit op doelmatige en mensvriendelijke manier gebeurt.¹ Omdat het overgrote deel van de zorg uit collectieve middelen wordt vergoed, speelt het beheer van het verzekerde basispakket hierbij een belangrijke rol.

Het Zorginstituut heeft een formele taak als pakketbeheerder. In die rol werkt het Zorginstituut ook de kaders uit waarlangs hij bepaalt of zorg tot het basispakket behoort. Omdat het overgrote deel van de zorg niet expliciet voor toelating tot het basispakket wordt getoetst, is het van belang dat deze beoordelingskaders ook richting geven aan handelen door zorgprofessionals en zorgverzekeraars. De aanwezigheid van een goed uitgewerkt beoordelingskader voor het pakketbeheer is ook een belangrijke randvoorwaarde om de afspraken in het Integraal zorgakkoord (IZA)² met betrekking tot het pakketbeheer te kunnen realiseren. Deze afspraken vormen de basis voor het programma *Verbeteren en verbreden toets op het basispakket* (VVTB)³ waarin de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) de randvoorwaarden voor passend pakketbeheer beschrijft en hier acties aan koppelt. Die laten zich samenvatten als het (verder) uitwerken van bestaande en nieuwe criteria (verbeteren), het breder toepassen van de criteria naar andere zorgsectoren (verbreden) en het integreren van meer onderzoeksmogelijkheden naar de pakketwaardigheid van zorg. Het verkennen van de mogelijkheden voor een betere wettelijke verankering van de pakketcriteria effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid is ook een onderdeel van het verbeteren. Daarom heeft de minister van VWS aan het Zorginstituut gevraagd om de al bestaande afwegingskaders waar nodig te actualiseren.

Enkele actualisaties heeft het Zorginstituut inmiddels al uitgebracht, zoals die van de beoordelingskaders voor de pakketcriteria effectiviteit (*Stand van de Wetenschap en praktijk*, SWP)⁴ en *Noodzakelijk te verzekeren Zorg*⁵ (NTVZ, onderdeel van pakketcriterium noodzakelijkheid). Deze publicaties zijn voorafgegaan door het overkoepelende *Pakketbeheer in de praktijk 4: pakketbeheer als solide basis van passende zorg*⁶ waarin het Zorginstituut een visie geeft op wat er nodig is om met pakketbeheer te kunnen bijdragen aan passende zorg. Er zullen nog een actualisatie van het criterium uitvoerbaarheid en een integraal afwegingskader voor alle pakketcriteria volgen.

Het voorliggende rapport betreft een actualisatie van het rapport *Kosteneffectiviteit in de praktijk* uit 2015. Dit beoordelingskader was al toe aan een actualisatie en op verzoek van VWS heeft het Zorginstituut hier prioriteit aan gegeven. Zoals gezegd is het niet alleen een kader van hoe het Zorginstituut de kosteneffectiviteit van zorg beoordeelt, maar willen we hiermee ook richting geven aan het handelen van alle partijen die keuzes maken over de inzet van zorg, zoals bijvoorbeeld bij het opstellen van richtlijnen. Het feit dat het basispakket grotendeels generiek is omschreven zorgt ervoor dat zorg snel beschikbaar is voor patiënten omdat er doorgaans geen expliciete toets door het Zorginstituut nodig is voor toelating tot het

¹ Kader Passende zorg, Zorginstituut Nederland, 2022.

² Integraal Zorgakkoord: Samen werken aan gezonde zorg, Rijksoverheid.nl.

³ Brief van minister van VWS aan het Zorginstituut d.d. 13 juli 2023, kenmerk 3636654-1051050-Z.

⁴ Beoordeling Stand van de Wetenschap en Praktijk 2023, Zorginstituut Nederland, 2023.

⁵ Afwegingskader noodzakelijk te verzekeren zorg, Zorginstituut Nederland, 2023.

⁶ Pakketbeheer in de praktijk 4, Zorginstituut Nederland, 2023.

pakket. Dat legt wel een grote verantwoordelijkheid bij deze partijen om te zorgen dat zij alleen passende zorg leveren en zo de zorg ook in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar houden.

Deze update van *Kosteneffectiviteit in de praktijk* brengt het bepalen, beoordelen en wegen van het criterium kosteneffectiviteit én de beleidsmatige context daarvan samen in één rapport. Een andere meerwaarde is dat deze update (d.d. november 2024) de ervaringen beschrijft die het Zorginstituut sinds 2015 (toen de referentiewaarden zijn ingevoerd) in de praktijk heeft opgedaan met de toepassing van deze referentiewaarden. Hoewel er vooral ervaring is met kosteneffectiviteit bij geneesmiddelen, is dit kader ook van toepassing op alle andere zorg zoals medische hulpmiddelen, geestelijke gezondheidszorg, diagnostiek en niet-medicamenteuze preventie. Waar we in dit rapport spreken over een behandeling dan bedoelen we dat dan ook in de brede zin. De uitdaging voor toekomstbestendige zorg zit hem immers juist ook in het betrekken van kosteneffectiviteit bij de beoordeling van niet-geneesmiddelen, wetend dat dit een groeipad zal zijn dat wellicht ook anders zal zijn voor de verschillende zorgsectoren.

Leeswijzer

Hoofdstuk 1 beschrijft de plaats en historie van kosteneffectiviteit binnen de beleidscontext van het pakketbeheer. De hoofdstukken daarna zijn chronologisch en gaan achtereenvolgens in op hoe de kosteneffectiviteit van een behandeling wordt bepaald (hoofdstuk 2), hoe de kosteneffectiviteit wordt beoordeeld (hoofdstuk 3) en hoe dit oordeel wordt afgewogen ten opzichte van andere criteria (hoofdstuk 4). Het rapport sluit af met een aantal noodzakelijke ambities (hoofdstuk 5).

1 Kosteneffectiviteit en pakketbeheer

1.1 Een van de vier pakketcriteria

Pakketbeheer is een middel om ervoor te zorgen dat er alleen zorg wordt vergoed uit het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw) en de Wet langdurige zorg (Wlz) die waarde toevoegt. Door zorg te weren waar dit niet voor geldt, zorgen we ervoor dat iedereen de zorg kan blijven krijgen die nodig is. Daarbij zien we pakketbeheer niet alleen als het uitvoeren van pakketbeoordelingen, maar ook op het toezien dat de inzet van de verzekerde zorg passend is. Toch is en blijft het uitvoeren van een pakketbeoordeling voor het Zorginstituut een kernactiviteit. De beoordelingskaders die het Zorginstituut uitbrengt gaan dan ook vooral over dit deel van het pakketbeheer. Voor het toezien op passende zorg in de praktijk maakt het Zorginstituut gebruik van andere producten zoals gepast gebruik afspraken, passende zorg signalen etc.

Voor het nemen van de pakketbeslissingen, bijvoorbeeld over het toelaten van een nieuwe operatie tot het basispakket, brengt het Zorginstituut belangrijke gegevens in kaart. Vier pakketcriteria staan hierbij centraal (zie kader): effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Dit rapport gaat over de manier van bepalen en beoordelen van één van deze criteria: kosteneffectiviteit. Een nog te verschijnen integraal afwegingskader zal beschrijven hoe de kosteneffectiviteit van zorg wordt afgewogen met de andere pakketcriteria om tot een pakketbeslissing te komen.

Kader 1 - De pakketcriteria

De vier pakketcriteria

Effectiviteit

- Is aangetoond dat de behandeling werkt?
- Werkt de behandeling minimaal even goed als de standaardbehandeling?

Kosteneffectiviteit

- Is de verhouding tussen wat de behandeling kost en wat deze oplevert acceptabel?

Noodzakelijkheid

- Is de ziekte ernstig genoeg? (hoge of lage ziektelast)
- Is de behandeling zo duur dat iemand die niet zelf kan betalen?

Uitvoerbaarheid

- Is opname van de behandeling in het pakket in de praktijk te realiseren?

1.2 Wat is kosteneffectiviteit?

Kosteneffectiviteit is een instrument dat helpt om keuzen in de zorg te maken. Het geeft de verhouding weer tussen de effectiviteit van een behandeling (wat heeft de patiënt aan de behandeling?) en de kosten en eventuele besparingen die daarmee gepaard gaan. Simpel gezegd: krijgen we waar voor ons geld? Kosteneffectiviteit gaat dus niet alleen over de kosten, maar ook over de gezondheidseffecten van een behandeling. Zijn deze effecten gering en zijn er extra kosten, dan zal de kosteneffectiviteit snel ongunstig zijn. We krijgen dan (te) weinig gezondheid voor ons geld.

Bij het bepalen van kosteneffectiviteit wordt een nieuwe behandeling van een aandoening vergeleken met de standaard of meest gebruikelijke behandeling in Nederland. Daarbij wordt gekeken naar de gemiddelde kosten en effecten van die behandelingen binnen de groep patiënten waar deze voor bedoeld zijn. Het vervolgens kiezen voor opname van alleen de meest kosteneffectieve behandeling in het verzekerde pakket draagt bij aan het behalen van zo veel mogelijk gezondheidswinst met het beschikbare budget. Gezien het feit dat alle inwoners van Nederland met elkaar de premie opbrengen waaruit de zorgkosten voor

patiënten worden vergoed, vinden we het maximaliseren van de gezondheidswinst voor het opgebrachte premiegeld een rechtvaardig uitgangspunt.

1.3 Rechtvaardig kiezen

Gezien vanuit de samenleving vinden we het dus rechtvaardig om de kosteneffectiviteit van een behandeling te betrekken bij het nemen van een vergoedingsbeslissing. Rechtvaardig, omdat het ons helpt te kiezen voor behandelingen die de meeste gezondheidswinst opleveren voor de bevolking, en niet noodzakelijkerwijs voor de individuele patiënt. Doen we dat niet dan gaat dit, bij gelijkblijvend budget, ten koste van behandelingen die wel kosteneffectief zijn. Dit staat ook wel bekend als het verdringingseffect, wat kan leiden tot een gezondheidsverlies voor de bevolking als geheel. Nu is rechtvaardigheid een begrip waarover verschillende opvattingen bestaan. Zo bestaat ook de opvatting dat de beschikbare middelen zo moeten worden ingezet dat de verschillen in gezondheid tussen mensen zo veel mogelijk worden verkleind. Vanuit die opvatting hebben behandelingen gericht op patiënten met een hoge ziektelast prioriteit. Binnen elke samenleving bestaan verschillende opvattingen over rechtvaardigheid naast elkaar.⁷ Omdat deze niet altijd zijn te verenigen, is het belangrijk dat er een transparant proces is waarin de keuzen weloverwogen worden gemaakt. Dat kan ook een keuze zijn om (incidenteel) vanwege zwaarwegende redenen af te wijken van het uitgangspunt dat een behandeling kosteneffectief moet zijn. Dat is ook de reden dat de referentiewaarden voor kosteneffectiviteit uitgangspunt voor de discussie zijn en niet een grenswaarde. Het Zorginstituut spant zich in voor een rechtvaardig, transparant en zorgvuldig beslissingsproces. We noemen dit procedurele rechtvaardigheid.⁸ Hoe het Zorginstituut dit doet staat beschreven in hoofdstuk 4 en is onderwerp van de publicatie *Pakketadvies in de praktijk, wikken en wegen voor een rechtvaardig pakket*.⁹

1.4 Kosteneffectiviteit in historisch perspectief

Het nadenken over kosteneffectiviteit in de zorg is tientallen jaren geleden gestart. Een mijlpaal vormt het advies *Kiezen en delen* van de Commissie Dunning in 1991, waarin de beroemde 'trechter van Dunning' zijn intrede deed: het maken van keuzes in de zorg op basis van de criteria noodzakelijkheid, werkzaamheid, doelmatigheid en 'voor eigen rekening en verantwoording'. De commissie stelde onder andere dat er grenzen mogen worden gesteld aan (vergoeding van) zorg daar waar de kosten hoog en de baten beperkt zijn, en zij gaf aan hierbij voor de beroepsbeoefenaren een belangrijke rol te zien. Niet uitsluitend het belang van de individuele patiënt, maar ook het belang van de samenleving zou leidraad moeten zijn voor het medisch handelen. De rapporten die de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, het huidige RVS) publiceerde in 2006 en 2007 vormden een volgende mijlpaal; daarin werd voor het eerst gesproken over een plafond van €80.000 per QALY als maximum voor de kosten van een behandeling.^{10,11} Het daadwerkelijk beoordelen van de kosteneffectiviteit was daarmee niet direct algemeen geaccepteerd. Velen herinneren zich de commotie die ontstond bij het verschijnen van de conceptadviezen van het Zorginstituut (toen nog CVZ) over de geneesmiddelen voor de behandeling van de ziekten van Pompe en Fabry in 2012. Deze adviezen waren mede gebaseerd op de door de RVZ voorgestelde maximum kosten per QALY. Verschillende partijen betwistten in die tijd dat kosteneffectiviteit een rol zou mogen spelen bij pakketbeslissingen. Met de introductie van de zogenaamde referentiewaarden voor kosteneffectiviteit in 2015 zette het Zorginstituut een belangrijke stap in het normeren van kosteneffectiviteit. De referentiewaarden maakten het immers mogelijk om een uitspraak te doen of de kosteneffectiviteit van een behandeling gunstig of ongunstig is. Met dit gegeven kon de maatschappelijke discussie over vergoeding beter worden gevoerd. Sindsdien heeft het criterium kosteneffectiviteit een grotere rol gekregen bij het uitbrengen van pakketadviezen door het Zorginstituut. Dat viel samen met de instelling van de sluis voor dure geneesmiddelen en de oprichting van het Bureau Financiële Arrangementen Geneesmiddelen (B FAG) bij VWS. Daardoor werd het sluiten van arrangementen gericht op gepast gebruik en het maken van

⁷ Reckers-Droog, V., Jansen, M., Bijlmakers, L., Baltussen, R., Brouwer, W., van Exel, J., 2020. How does participating in a deliberative citizens panel on healthcare priority setting influence the views of participants? *Health Pol.* 124, 143-151.

⁸ Daniels N, Sabin JE. *Setting limits fairly: Can we learn to share medical resources?* Oxford: Oxford University Press, 2002.

⁹ *Pakketadvies in de praktijk Wikken en wegen voor een rechtvaardig pakket*, Zorginstituut Nederland, 2017.

¹⁰ *Zinnige en duurzame zorg*, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2006.

¹¹ *Rechtvaardige en duurzame zorg*, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2007.

prijzafspraken gangbaar, vaak op basis van een kosteneffectiviteitsbeoordeling van het Zorginstituut. Naast de kosteneffectiviteitsbeoordelingen van geneesmiddelen werd gaandeweg ook meer ervaring opgedaan met de beoordeling van andere soorten zorg. Een voorbeeld hiervan is de beoordeling van de kosteneffectiviteit door het Zorginstituut in 2019 van Flash Glucose Monitoring, een hulpmiddel voor mensen met diabetes.¹²

In 2022 verscheen het kader Passende zorg¹³ en tekenden veertien zorgpartijen het IZA waarmee dit kader leidend werd gemaakt. Binnen het kader is het belang van kosteneffectiviteit te vinden als onderdeel van het principe 'Passende zorg is waardegedreven' (zie kader 2). Waardegedreven betekent dat de zorg veilig is en een relevante bijdrage levert aan de gezondheid van mensen, nu en in de toekomst, tegen een proportionele inzet van geld, personeel en grondstoffen. Daarmee is het meewegen van de kosten van zorg in relatie tot het effect expliciet iets dat voor alle zorgpartijen en alle zorgsectoren van belang is, zoals ook bij het opstellen van professionele richtlijnen en kwaliteitsstandaarden.

Kader 2 - De principes van passende zorg

De vier principes van passende zorg

1. Passende zorg is waardegedreven, dus aantoonbaar effectief met beperkte inzet van geld, personeel en grondstoffen.
2. Passende zorg komt samen met en gezamenlijk rondom de patiënt tot stand (samen beslissen).
3. Passende zorg is de juiste zorg op de juiste plek en wordt waar mogelijk dicht bij de patiënt georganiseerd.
4. Passende zorg gaat over gezondheid in plaats van over ziekte.

Al met al is kosteneffectiviteit nu een centraal criterium, bij het nemen van pakketbeslissingen en breder als onderdeel van passende zorg.

1.5 Kosteneffectiviteit van zorg

1.5.1 Kosteneffectiviteit in het generiek omschreven pakket (het open pakket)

Het meeste pakketbeheer wordt in de praktijk uitgevoerd door zorgverleners en zorgverzekeraars. Zij kunnen daarbij echter tegen bepaalde vragen aan lopen en kunnen het Zorginstituut vragen om een beoordeling te doen. Vaak gaan die over de stand van de wetenschap en praktijk (SWP, effectiviteit), wat een onderdeel is van het eerste principe van passende zorg. Dat betekent dat als zorg niet voldoet aan SWP er geen sprake kan zijn van passende zorg. Het Zorginstituut kan ook op eigen initiatief een beoordeling doen in het open pakket. Waar mogelijk beoordeelt het Zorginstituut dan niet alleen de effectiviteit, maar ook de kosteneffectiviteit van de behandeling. Dit kan bijvoorbeeld gaan om een beoordeling op basis van een door ZonMw gesubsidieerde kosteneffectiviteitsanalyse of om een door het Zorginstituut uitgevoerde systematische review van wetenschappelijke publicaties. Het moet vanzelfsprekend wel doelmatig zijn om dit te doen. Dat wil zeggen dat het betrekken van kosteneffectiviteit alleen gedaan wordt bij zorg wanneer er grote risico's voor de samenleving bestaan, zoals in geval van een hoge budgetimpact en vermoedens van een (zeer) ongunstige kosteneffectiviteit. Een voorbeeld van een risicogerichte beoordeling waarbij ook is gekeken naar kosteneffectiviteit, is de beoordeling van transcatheter aortaklepimplantatie (TAVI) bij patiënten met symptomatische ernstige aortaklepstenose (2020).¹⁴

Het Zorginstituut ziet graag dat partijen in de zorg ook kijken bij welke zorg vragen zijn te stellen over de kosteneffectiviteit. In het kader van maatschappelijke agendering zal het Zorginstituut partijen hiervoor benaderen zodat deze zorg mogelijk op de pakketagenda geplaatst kan worden. Zelf gaat het Zorginstituut binnen het huidige pakket ook actiever op

¹² <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2019/12/10/fgm>.

¹³ Kader Passende zorg, Zorginstituut Nederland, 2022.

¹⁴ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2020/09/30/standpunt-tavi-bij-ernstige-aortaklepstenose>.

zoek naar zorg die mogelijk niet kosteneffectief is. Uiteindelijk kan de ongunstige kosteneffectiviteit van een behandeling aanleiding geven om afspraken te maken met partijen over bij wie de zorg wordt ingezet of over de prijs/tarief dat voor de zorg wordt gevraagd. In het uiterste geval kan het Zorginstituut de minister adviseren om een behandeling uit te sluiten van vergoeding vanwege een zeer ongunstige kosteneffectiviteit.

1.5.2 **Kosteneffectiviteit bij geneesmiddelen**

Voor alle extramurale geneesmiddelen geldt dat zij voor pakkettoelating worden beoordeeld. Voor deze beoordelingen gelden expliciete regels over wanneer er naar de kosteneffectiviteit wordt gekeken. Zo is een regel dat een fabrikant een kosteneffectiviteitsanalyse moet aanleveren bij een aanvraag voor toelating tot het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS; voor extramurale geneesmiddelen) bij een claim dat het geneesmiddel effectiever is dan de standaardbehandeling en de totale uitgaven aan het geneesmiddel (het macrokostenbeslag) ervan meer dan € 10 miljoen per jaar zijn, dan wel tussen de € 1 miljoen en € 10 miljoen per jaar als de kosten per patiënt per jaar hoger zijn dan € 50.000.

Voor beoordeling van medisch specialistische geneesmiddelen (intramurale geneesmiddelen) gelden iets andere regels. Deze worden beoordeeld door het Zorginstituut als er sprake is van een macrokostenbeslag van minimaal € 20 miljoen voor alle indicaties van een middel of van minimaal € 10 miljoen voor een afzonderlijke indicatie als de kosten per patiënt meer dan €50.000 bedragen. Gedurende die beoordeling worden deze intramurale geneesmiddelen in 'de sluis' geplaatst en daarmee niet vergoed totdat er (eventueel na prijsonderhandeling door BFAG) een positieve vergoedingsbeslissing is genomen. De sluis werd in 2015 geïmplementeerd als reactie op nieuwe, dure intramurale geneesmiddelen die de druk op de ziekenhuisbudgetten deden toenemen.

Het Zorginstituut baseert zich voor het bepalen van de kosteneffectiviteit bij geneesmiddelen veelal op informatie die (in een dossier) door de fabrikant is aangeleverd.

1.5.3 **Relatie tussen kosteneffectiviteit en vraagprijs bij geneesmiddelen**

Het onderdeel 'kosten' binnen kosteneffectiviteit is mede gebaseerd op de kosten die gemaakt moeten worden om de behandeling te kunnen aanbieden. Bij geneesmiddelen zijn om concurrentieredenen de ontwikkel- en productiekosten veelal niet openbaar en daarom wordt als alternatief gerekend met de vraagprijs van het geneesmiddel. In die prijs zitten de (onbekende) kosten die de fabrikant moet maken om een middel te ontwikkelen, op de markt te kunnen brengen en te produceren, maar ook een (onbekend) winstpercentage. Het feit dat de vraagprijzen steeds hoger worden én de samenleving hierin geen enkel inzicht heeft, heeft ervoor gezorgd dat er veel discussie is ontstaan over maatschappelijke aanvaardbaarheid van de gevraagde prijzen. Hoewel dit vraagstuk breder is dan de bepaling van de kosteneffectiviteit, is het wel belangrijk om de relatie hiertussen te schetsen. De prijs bepaalt namelijk, anders dan de kosten, hoe het voordeel (het verschil tussen enerzijds de kosten van productie en ontwikkeling, en anderzijds de maatschappelijk waarde; het 'surplus') van de behandeling wordt verdeeld tussen samenleving en fabrikant. Wanneer er bijvoorbeeld sprake is van een geneesmiddel waarvoor een fabrikant al meerdere indicaties krijgt vergoed, lijkt het aannemelijk dat de fabrikant zijn investering al ruimschoots heeft terugverdiend. Dat geldt ook wanneer een patentperiode verlengd is door een aanpassing met beperkte klinische meerwaarde (*evergreening*). In dergelijke gevallen kan het maatschappelijk gezien de voorkeur verdienen om niet van de gangbare referentiewaarden voor kosteneffectiviteit uit te gaan, maar vanuit (een inschatting van) de door de fabrikant gemaakte kosten. Over dit vraagstuk lopen discussies in verschillende gremia.¹⁵ Die zijn nog niet beslecht en zijn daarmee nog geen onderdeel van dit beoordelingskader.

Voor de uitwerking van het pakketcriterium kosteneffectiviteit die in dit rapport wordt gegeven, is het belangrijk om zich te realiseren dat een kosteneffectieve prijs niet per definitie hetzelfde is als een maatschappelijk aanvaardbare prijs.

¹⁵ Zoals het programma 'Maatschappelijk Aanvaardbare Uitgaven van dure Geneesmiddelen' (MAUG, uitgevoerd door ACM, NZa en het Zorginstituut).

2 Hoe wordt de kosteneffectiviteit van een behandeling bepaald?

2.1 Economische evaluatie

De kosteneffectiviteit van een behandeling wordt bepaald door de verhouding tussen de relatieve effectiviteit van die behandeling en de meer- of minderkosten van de (gevolgen van) die behandeling. In een economische evaluatie, ook wel kosteneffectiviteitsanalyse genoemd, worden de kosten en effecten van twee of meer behandelingen in kaart gebracht waarna deze verhouding wordt vastgesteld. Een evaluatie kan daarbij gebaseerd zijn op één klinisch onderzoek waarin in de praktijk gedurende een periode gegevens over alle relevante kosten en effecten vastgelegd worden (een empirische economische evaluatie), of op een simulatiemodel waarin gegevens vanuit verschillende studies zijn gecombineerd (een modelmatige economische evaluatie). In beide gevallen zet men alle kosten die gepaard gaan met de nieuwe behandeling en alle effecten van die behandeling af tegen de kosten en effecten van de op dat moment geldende standaard- of gebruikelijke behandeling in de Nederlandse klinische praktijk.

$$\frac{(\text{Kosten nieuwe behandeling}) - (\text{Kosten gebruikelijke behandeling})}{(\text{Effecten nieuwe behandeling}) - (\text{Effecten gebruikelijke behandeling})} = \text{incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER)}$$

De verhouding tussen de verschillen in deze kosten en effecten noemen we de incrementele kosteneffectiviteitsratio (*incremental cost effectiveness ratio*, ICER). De kosten worden daarbij uitgedrukt in euro's en de effecten in voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaren (*Quality Adjusted Life Years*, QALY). De QALY is een algemene effectmaat voor gezondheidswinst en is het product van de gezondheid-gerelateerde kwaliteit van leven en de levensverwachting van patiënten. Gebruik van de QALY maakt het mogelijk om de kosteneffectiviteit van verschillende soorten behandelingen voor verschillende soorten aandoeningen onderling te vergelijken. Dit is belangrijk omdat pakketbeheer betrekking heeft op het gehele basispakket, dus op veel verschillende behandelingen en aandoeningen.

2.2 Richtlijn voor economische evaluaties

Het Zorginstituut heeft in januari 2024 een update van de *Richtlijn voor economische evaluaties in de Nederlandse gezondheidszorg* gepubliceerd. Deze richtlijn bevat verschillende methodologische voorschriften waaraan economische evaluaties moeten voldoen om de vergelijkbaarheid en methodologische kwaliteit van deze evaluaties te vergroten. De richtlijn draagt daarmee bij aan het maken van systematische en transparante afwegingen rondom het basispakket. Hieronder bespreken we een aantal belangrijke voorschriften uit deze richtlijn. De gehele richtlijn is beschikbaar op de website van het Zorginstituut.¹⁶

2.2.1 Perspectief

De richtlijn schrijft voor dat economische evaluaties uitgevoerd moeten worden vanuit het maatschappelijk perspectief. Dat betekent dat alle relevante effecten en alle relevante kosten en besparingen, ongeacht wie ze draagt, onderdeel zijn van de analyse. Dit gaat om kosten binnen de gezondheidszorg (bijvoorbeeld ziekenhuisopnames en zorgkosten in gewonnen levensjaren), kosten voor de patiënt (bijvoorbeeld reiskosten in het kader van de behandeling) en de familie (bijvoorbeeld mantelzorg) en kosten die optreden in andere maatschappelijke sectoren (zoals productiviteitsverliezen, WIA-instroom of onderwijs). Het volgen van dit brede maatschappelijk perspectief maakt inzichtelijk dat bepaalde keuzes die bijvoorbeeld binnen het zorgdomein gunstig zijn, voor een impliciete kostenverhoging in andere sectoren kunnen zorgen (of andersom).

¹⁶ <https://www.zorginstituutnederland.nl/over-ons/publicaties/publicatie/2024/01/16/richtlijn-voor-het-uitvoeren-van-economische-evaluaties-in-de-gezondheidszorg>.

2.2.2 Patiëntenpopulatie

Omdat de te nemen besluiten over Nederland gaan, moeten de gegevens die in de evaluatie gebruikt worden, passen bij de patiëntenpopulatie waarvoor de behandeling bedoeld is in de Nederlandse praktijk. Als gegevens uit een ander land gebruikt worden, dan moet er bijvoorbeeld voor gezorgd worden dat leeftijd, geslacht en ziektekenmerken overeenkomen met die van de patiënten in Nederland.

2.2.3 Behandeling en vergelijkende behandeling

De behandeling die onderwerp is van de evaluatie moet overeenkomen met de behandeling zoals die in de Nederlandse klinische praktijk (mogelijk) zal worden toegepast. Zowel de organisatorische setting van de zorginstelling, als karakteristieken van zorgverleners en patiënten zijn hierbij van belang. Bij geneesmiddelen is specifiek van belang dat de dosering en de gebruiksduur in de praktijk overeenstemmen met de uitgangspunten in de economische evaluatie omdat deze grote impact kunnen hebben op de resultaten van de evaluatie. Bij medische hulpmiddelen moet rekening worden gehouden met de specificaties van het hulpmiddel. Omdat die door stapsgewijze innovaties snel kunnen veranderen, moet worden gespecificeerd op welke versie van het hulpmiddel de kosteneffectiviteitsanalyse betrekking heeft.

De behandeling moet worden vergeleken met de standaard- of gebruikelijke behandeling zoals die wordt toegepast in de Nederlandse klinische praktijk. Als dit niet de meest kosteneffectieve behandeling is van de op dat moment in Nederland beschikbare alternatieven, moet ook de meest kosteneffectieve behandeling als vergelijking worden toegevoegd.

2.2.4 Effectmaat

Het effect moet zoals gezegd uitgedrukt worden in QALY's. Het aantal QALY's wordt berekend door de resterende levensduur te vermenigvuldigen met de gemiddelde gezondheid-gerelateerde kwaliteit-van-leven-waardering over die periode. Hiervoor moet de kwaliteit van leven bij de patiënten bepaald worden met behulp van een gevalideerde generieke kwaliteit-van-leven-vragenlijst: de EQ-5D-5L. Via dat instrument wordt aan patiënten gevraagd hoe het met hen gaat qua mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/ongemak en angst/depressie. De antwoorden op deze vragen leveren een beschrijving op van hun gezondheidstoestand, deze toestand moet vervolgens gewaardeerd worden met behulp van een tarief dat de voorkeuren in de algemene Nederlandse bevolking representeert. Ook het effect op de kwaliteit van leven van mantelzorgers kan als relevant op deze wijze worden berekend.

Niet alle effecten die een behandeling beoogd zijn altijd meetbaar met de EQ-5D-5L. Denk aan langdurige zorg gericht op het behouden of verbeteren van welzijn. Alternatieve vragenlijsten en andere methoden om de kwaliteit van leven in kaart te brengen kunnen dan náást een analyse op basis van de EQ-5D-5L worden aangeboden wanneer aannemelijk is gemaakt dat de EQ-5D-5L vragenlijst in de betreffende situatie niet toereikend is.

2.2.5 Tijdshorizon

Een economische evaluatie omvat de kosten en effecten die plaatsvinden binnen een bepaalde periode: de tijdshorizon. De lengte van die tijdshorizon moet zodanig zijn dat alle relevante kosten en effecten meegenomen worden. Dit moet voorkomen dat er onbewust keuzen worden gemaakt die op korte termijn gunstig zijn, maar uiteindelijk ongunstig uitpakken. Bijvoorbeeld doordat een behandeling lagere directe behandelkosten heeft, maar op termijn de kosten verhoogt doordat er meer complicaties optreden. Wanneer de kosten en effecten logischerwijs alleen op kortere termijn verschillen, kan een onderzoek waarin gedurende die periode de kosten en effecten worden gemeten volstaan. Wanneer kosten en effecten over een termijn optreden die te lang duurt om ze te onderzoeken, dan kan een modelmatige economische evaluatie met extrapolatie naar een levenslange tijdshorizon nodig zijn.

2.2.6 Disconteren

Wanneer gegevens over de effecten en kosten over een periode langer dan één jaar verzameld of gemodelleerd worden, moeten deze na het eerste jaar gediscoteerd worden. Dit betekent dat toekomstige kosten en effecten worden teruggerekend naar de waarde in dat basisjaar. Dit zorgt ervoor dat we rekening houden met de tijdsvoorkeur van mensen: kosten en effecten die er direct zijn, vinden we belangrijker dan kosten en effecten die later in de tijd zullen optreden.

2.2.7 Onzekerheidsanalyses

Economische evaluaties moeten onzekerheidsanalyses bevatten. Zulke analyses maken inzichtelijk welke invloed bestaande onzekerheden over effecten en kosten hebben op de ICER. Deze onzekerheid kan komen doordat er geen (precieze) gegevens beschikbaar zijn, of doordat de gebruikte methoden, zoals extrapolaties naar een levenslange tijdshorizon, beperkingen hebben. Om de (statistische) onzekerheid rond totale en incrementele kosten, effecten en de ICER te kwantificeren, moeten valide statistische methoden gebruikt worden. De richtlijn schrijft onder meer voor om een analyse te doen waarbij veelvuldig alle onzekere parameters tegelijkertijd gevarieerd worden, om zo een groot aantal schattingen te maken van wat de ICER zou kunnen zijn (probabilistische analyse). Met de resultaten van een probabilistische analyse kan een grafiek worden opgesteld die voor verschillende referentiewaarden (*thresholds*) aangeeft hoeveel procent van die schattingen daaronder valt (*Cost Effectiveness Acceptability Curve*, CEAC). Daarnaast moet door middel van scenarioanalyses de invloed van methodologische keuzes en van belangrijke aannames in kaart worden gebracht.

Een andere vorm van onzekerheidsanalyse is *Value of Information*-analyse (VOI).¹⁷ Een VOI-analyse bepaalt wat de waarde van aanvullende onderzoek voor de besluitvorming is. In een VOI-analyse wordt gekwantificeerd wat de verwachte nadelige gevolgen zijn van het nemen van een pakketbeslissing met de bestaande onzekerheid. Daarbij wordt gekeken naar de kans op een verkeerde beslissing in de aanwezigheid van de bestaande onzekerheid, en naar de consequenties van een verkeerde beslissing. Zo wordt bij het onterecht afwijzen van een behandeling met gunstige kosteneffectiviteit gezondheidswinst en/of kostenbesparing misgelopen, en worden bij het onterecht accepteren van een behandeling met ongunstige kosteneffectiviteit te hoge kosten gemaakt. De resultaten van de VOI laten bijvoorbeeld zien welke parameters door hun onzekerheid bij het nemen van een besluit voor een groot risico zorgen. Het is dan mogelijk relevant om voor die parameters aanvullend bewijs te verzamelen en daarmee het risico te verkleinen.

2.3 Uitkomst van de evaluatie

De uitgevoerde economische evaluatie levert gegevens op over de kosteneffectiviteit en de bijbehorende onzekerheden. Of deze gegevens voldoende bruikbaar zijn bij het nemen van een pakketbeslissing, en of de gerapporteerde kosteneffectiviteit gezien wordt als gunstig volgt uit een beoordeling die toegelicht wordt in het volgende hoofdstuk.

¹⁷ Verdiepingsmodule Onzekerheid en Value of Information analyses, Zorginstituut Nederland, 2024.

3 Hoe wordt de kosteneffectiviteit van een behandeling beoordeeld?

De uitkomsten van een economische evaluatie worden gebruikt bij het beoordelen van de kosteneffectiviteit van een behandeling. De centrale vraag daarbij is of de extra kosten die de samenleving per extra gewonnen QALY moet maken aanvaardbaar zijn. Daartoe kijken we of de ICER van de behandeling met voldoende zekerheid onder de voor de aandoening relevant geachte 'referentiewaarde' ligt, waarbij de hoogte van de referentiewaarde afhankelijk is van de ziektelast van de patiënt. De referentiewaarde geeft daarbij weer wat maatschappelijk gezien de waarde is van een extra QALY en dus wat we *maximaal* extra willen uitgeven om een extra QALY te winnen.

Bij het beoordelen van de kosteneffectiviteit is het Zorginstituut zich bewust van de methodologische beperkingen die in sommige gevallen kunnen spelen bij economische evaluaties en van de mogelijkheid dat de effectiviteit en kosten van de behandeling in de praktijk onzeker zijn en kunnen veranderen, bijvoorbeeld doordat prijzen/kosten veranderen of de duur van de behandeling of de behandelde patiëntengroep verandert. Bij het beoordelen van de kosteneffectiviteit van een behandeling, wordt hierom aandacht besteed aan de volgende vragen.

3.1 Zijn de uitkomsten van de economische evaluatie bruikbaar?

De eerste vraag is of de uitkomsten van de economische evaluatie bruikbaar zijn bij het nemen van een besluit over de (on)gunstigheid van de kosteneffectiviteit van de behandeling. Hiervoor stellen we een aantal deelvragen.

3.1.1 Wat is de methodologische kwaliteit van de economische evaluatie?

Het Zorginstituut beoordeelt, geadviseerd door de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR), of de economische evaluatie van voldoende methodologische kwaliteit is. Dit beoordelen gebeurt aan de hand van de standaardanalyse in de *Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (2024)*. Voor de verschillende aspecten van de economische evaluatie (modelstructuur, analysetechniek, inputgegevens, validatie, onzekerheidsanalyses en resultaten) beoordeelt het Zorginstituut of de studie volgens de richtlijnen is uitgevoerd en of goed is beargumenteerd waarom eventueel is afgeweken van de richtlijnen. Hierbij wordt gelet op transparantie, methodologie, onnauwkeurigheid, risico op bias, en gebrek aan bewijs. Als er onopgeloste methodologische beperkingen bestaan die (mogelijk) veel impact hebben op de resultaten, dan acht het Zorginstituut de methodologische kwaliteit onvoldoende. In dat geval is het niet mogelijk om een valide uitspraak te doen over de hoogte van de ICER.

3.1.2 Wat zijn de onzekerheden volgens de onzekerheidsanalyses?

Naast het beoordelen van de methodologische kwaliteit van de beschikbare economische evaluatie, beschouwt het Zorginstituut de uitkomsten van de daarin gerapporteerde onzekerheidsanalyses. Onzekerheidsanalyses brengen de mate van onzekerheid rond de gemiddelde kosten en effecten en de incrementele kosteneffectiviteitsratio (ICER) in kaart. Dit gaat om onzekerheid vanuit gedane aannames en vanuit de gebruikte bronnen, zoals de onderliggende klinische studies. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de invloed die de statistische spreiding rond een effectiviteitsparameter heeft op de ICER. Bij het interpreteren van de onzekerheidsanalyses neemt het Zorginstituut de methodologische kwaliteit van de economische evaluatie in acht. Het is belangrijk de onzekerheden in kaart te brengen om

daarmee zicht te hebben op de kans dat de behandeling bij vergoeding de samenleving minder gezondheid zal opleveren en/of meer zal kosten dan maatschappelijk gewenst is.

3.1.3 Kan een uitspraak worden gedaan over de kosteneffectiviteit?

Vervolgens beoordeelt het Zorginstituut of het mogelijk is tot een uitspraak over de kosteneffectiviteit te komen. Hierbij wordt de onzekerheid meegenomen die volgt uit de beperkingen van de methodologische kwaliteit van deze economische evaluatie, als ook de gerapporteerde onzekerheidsanalyses. Onzekerheid kan hierbij betrekking hebben op verschillende elementen van de berekening van de ICER en op de ziektelast en de daaruit volgende referentiewaarde (zie 3.2.2). De aard en de omvang van de onzekerheid kunnen variëren, maar ook de gevolgen van de onzekerheid voor het kunnen beoordelen van de kosteneffectiviteit. Als de ICER bijvoorbeeld ver boven de maximale referentiewaarde ligt, kan er ook bij relatief grote onzekerheid rond de ICER toch met grote mate van zekerheid geconcludeerd worden dat sprake is van een behandeling met een ongunstige kosteneffectiviteit. De beoordeling van de kwaliteit en bruikbaarheid van de economische evaluatie levert de volgende vier mogelijke conclusies op:

- Het Zorginstituut concludeert dat de economische evaluatie van voldoende methodologische kwaliteit is en dat de uitkomsten van de analyse gebruikt kunnen worden bij de besluitvorming.
- Het Zorginstituut concludeert dat de economische evaluatie van voldoende methodologische kwaliteit is maar dat de uitkomsten van de analyse niet gebruikt kunnen worden bij de besluitvorming (bijvoorbeeld omdat er grote onzekerheid is rond belangrijke parameters).
- Het Zorginstituut concludeert dat de economische evaluatie van onvoldoende methodologische kwaliteit is en dat de uitkomsten van de analyse niet gebruikt kunnen worden bij de besluitvorming.
- Het Zorginstituut concludeert dat de economische evaluatie van onvoldoende methodologische kwaliteit is. Het Zorginstituut is echter wel van mening dat de uitkomsten van de analyse wel gebruikt kunnen worden bij de besluitvorming (bijvoorbeeld omdat ondanks een onvoldoende analyse toch voldoende zeker is dat de kosteneffectiviteit wel of niet gunstig is).

Een lastige situatie doet zich voor wanneer de kosteneffectiviteit van de vergelijkende behandeling niet bekend is (zie kader).

Kader 3 - Vergelijkende behandeling met onbekende kosteneffectiviteit

Kosteneffectiviteit van de vergelijkende behandeling onbekend

Een lastige situatie doet zich voor wanneer de onzekerheid wordt veroorzaakt doordat de kosteneffectiviteit van de vergelijkende behandeling niet bekend is, bijvoorbeeld omdat er een vertrouwelijke prijsafspraken is gemaakt of doordat de kosteneffectiviteit niet door het Zorginstituut is bepaald. In die gevallen is het niet goed mogelijk de werkelijke kosteneffectiviteit van de nieuwe behandeling te bepalen, die is namelijk relatief ten opzichte van de vergelijkende behandeling. Voor die situatie waarin de kosteneffectiviteit van de vergelijkende behandeling niet bekend is, kijkt het Zorginstituut samen met de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR) en de Adviescommissie Pakket (ACP) naar oplossingen.

Als er een vertrouwelijke prijsafspraken is gemaakt voor de vergelijkende behandeling waarover het Zorginstituut heeft geadviseerd, kan het Zorginstituut met de geadviseerde prijs van de vergelijkende behandeling rekenen, ongeacht de daadwerkelijk onderhandelde prijs.

Als sprake is van onduidelijkheid over kosteneffectiviteit van de vergelijkende behandeling omdat deze door het Zorginstituut niet is beoordeeld, zal een vergelijking met een te dure vergelijkende behandeling resulteren in een ICER onder de referentiewaarde. Maar de ICER zou veel hoger zijn uitgevallen wanneer er met een kosteneffectief middel was vergeleken. Het risico bestaat dan dat de nieuwe behandeling maar weinig gezondheidswinst oplevert

tegen hoge kosten. De ACP heeft in haar argumentenkader voor dure geneesmiddelen¹⁸ opgenomen dat zij zich in dat soort gevallen gedwongen voelt om zich retrospectief een mening te vormen over de kosteneffectiviteit van de vergelijkende behandeling. Als dat niet goed mogelijk is, is de ACP van mening dat het in dit soort situaties een optie is om te gaan kijken naar de redelijkheid van de gevraagde prijs op basis van andere argumenten.

3.2 Hoe verhoudt de ICER zich tot de relevante referentiewaarde?

3.2.1 Wat is de hoogte van de ICER?

Wanneer het Zorginstituut concludeert dat de economische evaluatie van voldoende methodologische kwaliteit is en dat de uitkomsten van de analyse gebruikt kunnen worden bij de besluitvorming, kan de gerapporteerde ICER gebruikt worden bij de advisering. Veelal zal dit de ICER uit de basisanalyse (*base case*) zijn. In sommige gevallen kan het Zorginstituut van oordeel zijn dat de ICER uit een scenarioanalyse meer valide is voor de voorliggende pakketvraag.

3.2.2 Wat is de relevante referentiewaarde?

Als er een bruikbare ICER is (zie 3.2.1), wordt deze vergeleken met een referentiewaarde. Een referentiewaarde moet worden opgevat als het, in beginsel maximale, bedrag dat we als samenleving per voor kwaliteit van leven gecorrigeerd gewonnen levensjaar (QALY) willen uitgeven aan een behandeling. Is de ICER hoger dan die waarde dan zijn de benodigde kosten gezien het effect van de behandeling te hoog. Tegen dezelfde kosten kan dan meer gezondheidswinst worden verkregen bij besteding aan andere behandelingen.

Het Zorginstituut gebruikt niet één referentiewaarde, maar laat deze afhangen van hoe ernstig de ziekte is voor de te behandelen patiënten. Dit omdat uit onderzoek naar de solidariteit in de zorg is gebleken dat we het als samenleving rechtvaardig vinden hogere kosten per QALY te accepteren als het om een meer ernstige ziekte gaat.¹⁹ De ernst van de ziekte kan hiervoor worden uitgedrukt in een getal: de ziektelast. Voor het bepalen van de ziektelast kijken we naar het deel van iemands resterende gezondheid dat door de aandoening verloren gaat (zie kader 4). De volgende drie referentiewaarden (zie kader 5) worden afhankelijk van de ziektelast gehanteerd: € 20.000, € 50.000 en € 80.000 per QALY. Voor behandelingen die in de hoogste ziektelastcategorie vallen (0,71 – 1,0) geldt de hoogste referentiewaarde (tabel 1).

Kader 4 - Ziektelast

Berekening ziektelast

Om de ziektelast van een aandoening te bepalen gebruikt het Zorginstituut de *proportional shortfall*-methode. Letterlijk vertaald is dit een methode waarmee het 'verhoudingsgewijze verlies' aan gezondheid door de ziekte wordt bepaald. De methode gaat ervan uit dat mensen door ziekte gezondheid kunnen verliezen in termen van toekomstige levensjaren en van kwaliteit van leven. Wanneer we deze 'verloren' kwaliteit en jaren afzetten tegen de verwachte toekomstige kwaliteit en levensjaren van een persoon zonder de ziekte, komen we uit op het proportionele verlies aan levensjaren en kwaliteit van leven. Dat levert een getal op tussen de 0,0 (geen verlies door ziekte) en 1,0 (totaal verlies van alle toekomstige levensjaren en kwaliteit van leven).

Hoe de ziektelast bepaald wordt en wat de achterliggende rechtvaardigheidsopvatting is, staat in detail beschreven in *Ziektelast in de praktijk* (2018).

¹⁸ Balanceren tussen publieke waarden Argumentenkader dure geneesmiddelen Adviescommissie Pakket, 2024.

¹⁹ Onderzoek CBS Solidariteitsvoorkeuren in de zorg, 2015/5.

Tabel 1 - Referentiewaarden voor maximale meerkosten per QALY

Ziektelast categorie	Maximale meerkosten (€) per QALY
0,10 tot en met 0,40	tot € 20.000
0,41 tot en met 0,70	tot € 50.000
0,71 tot en met 1,00	tot € 80.000

De referentiewaarde is een bovenwaarde, niet een streefwaarde. Dit is een belangrijk besef. Stel bijvoorbeeld dat de prijs van een geneesmiddel door de fabrikant zo wordt bepaald dat de ICER gelijk is aan de referentiewaarde, dan zou elk voordeel (het verschil tussen enerzijds de kosten van productie en ontwikkeling, en anderzijds de maatschappelijk waarde; het 'surplus') dat de nieuwe behandeling biedt naar de fabrikant gaan. Terwijl het maatschappelijk gezien redelijk is om dat voordeel te verdelen tussen de samenleving en de fabrikant door een lagere prijs overeen te komen.

Kader 5 - Totstandkoming referentiewaarden

Totstandkoming referentiewaarden

Een referentiewaarde geeft aan hoeveel extra uitgaven er vanuit maatschappelijk perspectief maximaal gedaan mogen worden om een extra voor gezondheid gecorrigeerd levensjaar (QALY) te winnen. De vraag is dan waar een dergelijke referentiewaarde op moet worden gebaseerd. Hiervoor zijn verschillende mogelijkheden. Zo heeft de WHO in 2002 waarden voorgesteld gebaseerd op het bruto binnenlands product (BBP) en stelde de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ) in 2006 voor om een maximale referentiewaarde van € 80.000/QALY (bij een maximale ziektelast) te hanteren voor pakketbeslissingen.²⁰ Deze waarde was afgeleid van de bedragen voor levensverzekeringen, van driemaal het Nederlands BBP, en van waarden die in andere vakgebieden (denk aan waterbeheer) werden gebruikt. Het Zorginstituut heeft deze waarde, € 80.000/QALY, in 2015 overgenomen als referentiewaarde voor de hoogste ziektelast categorie. De referentiewaarde voor de laagste ziektelast categorie, € 20.000/QALY, werd overgenomen van de waarde die destijds door de Gezondheidsraad voor het Rijksvaccinatieprogramma en door het RIVM voor preventie werd gebruikt.

Een andere benadering om te bepalen wat de hoogte van de referentiewaarden zou kunnen zijn, is wat de gemiddelde Nederlander bereid is om te betalen voor zorg. Dit staat bekend als de *Willingness to Pay* (WTP). Nederlands onderzoek^{21,22} rapporteerde in 2013 dat Nederlanders gemiddeld maximaal € 52.000/QALY zouden willen besteden aan zorg bij een ander. Als deze zorg aan henzelf wordt besteed of een van hun naasten, dan lag dit bedrag volgens die studie hoger, namelijk € 83.000/QALY.

Daarnaast is er de benadering om de hoogte van de referentiewaarde te bepalen door te kijken naar opportunitetskosten. Dit wil zeggen, kijken naar wat de (gezondheid)opbrengsten zouden zijn van het elders besteden van de middelen wanneer niet voor de nieuwe behandeling wordt gekozen. Stadhouders en collega's concludeerden dat investeringen in nieuwe technologieën die meer dan € 80.000 per QALY kosten mogelijk beter kunnen worden besteed aan reguliere – kosteneffectieve – ziekenhuiszorg.²³ Ze berekenden namelijk dat een investering daar 1 QALY per € 73.600 zou opleveren. Vergelijkbaar onderzoek van Van Baal en collega's keek specifiek naar ziekenhuiszorg voor cardiovasculaire ziekten en concludeerde dat daar extra uitgaven 1 QALY per € 41.000 zouden opleveren.²⁴

²⁰ Zinnige en duurzame zorg, Raad voor de Volksgezondheid & Zorg, 2006.

²¹ Bobinac, A., van Exel, N.J.A., Rutten, F.F.H. and Brouwer, W.B.F. (2013), Valuing QALY gains by applying a societal perspective Health Econ., 22: 1272-1281. <https://doi.org/10.1002/hec.2879>.

²² In 2023 is een correctie op deze onderzoeksresultaten gepubliceerd. Correction to "Valuing QALY gains by applying a societal perspective". Health Economics, 32: 2168-2170. <https://doi.org/10.1002/hec.4729>.

²³ Stadhouders N, Koolman X, van Dijk C, Jeurissen P, Adang E. The marginal benefits of healthcare spending in the Netherlands: Estimating cost-effectiveness thresholds using a translog production function. Health Economics. 2019; 28: 1331-1344. <https://doi.org/10.1002/hec.3946>.

²⁴ van Baal P, Perry-Duxbury M, Bakx P, Versteegh M, van Doorslaer E, Brouwer W. A cost-effectiveness threshold based on the marginal returns of cardiovascular hospital spending. Health Economics. 2019; 28: 87-100. <https://doi.org/10.1002/hec.3831>.

De door het Zorginstituut gebruikte referentiewaarden zijn sinds de ingebruikname in 2015 niet geïndexeerd of op andere wijze aangepast. Experts adviseerden recent om de referentiewaarde opnieuw te bepalen. Het Zorginstituut onderschrijft dit en wil bij het opnieuw bepalen onder meer de nieuwste wetenschappelijk inzichten, de resultaten van het programma MAUG en de vervolgacties naar aanleiding van het advies van de technische werkgroep Kosten en baten van preventie betrekken. (zie 5.3)

3.2.3 Hoe groot is de kans dat de ICER boven de referentiewaarde valt?

Wanneer de puntschatting van de ICER van een behandeling onder de referentiewaarde ligt, noemen we de kosteneffectiviteit van die behandeling in principe gunstig. Ten gevolge van onzekerheid rondom de puntschatting van de ICER bestaat echter de kans dat de ICER toch boven de referentiewaarde zal vallen. Deze kans kan geschat worden met behulp van een probabilistische analyse waarin de onzekerheid rondom de parameters wordt meegenomen. Met de resultaten van deze analyse kan een *Cost Effectiveness Acceptability Curve* (CEAC) worden gemaakt. In deze grafiek kan voor verschillende referentiewaardes worden afgelezen wat de kans is dat een behandeling kosteneffectief is. Er bestaat discussie over welke kans op het overschrijden van de referentiewaarde acceptabel is. Over het algemeen kan gezegd worden dat hoe dichter de schatting van de ICER onder de desbetreffende referentiewaarde ligt, des te beter de methodologische kwaliteit moet zijn en des te kleiner de onzekerheid over de ICER mag zijn om van een gunstige kosteneffectiviteit te kunnen spreken. Wanneer de gerapporteerde ICER van de behandeling boven de referentiewaarde komt, zal de conclusie van het Zorginstituut zijn dat het onwaarschijnlijk is dat de behandeling kosteneffectief is.

3.3 Welk risico heeft het nemen van de pakketbeslissing?

3.3.1 Wat is de kans op en de impact van een verkeerde pakketbeslissing?

Rond de puntschatting van de ICER bestaat altijd onzekerheid. Hierdoor kan het gebeuren dat een ICER geschat onder de referentiewaarde toch boven de referentiewaarde ligt, of dat een ICER geschat boven de referentiewaarde toch onder de referentiewaarde ligt. Er is dus een kans dat een beslissing op basis van de beschikbare kosteneffectiviteitsgegevens verkeerd is. Een verkeerde beslissing (het vergoeden van een behandeling die eigenlijk niet kosteneffectief is of het niet vergoeden van een behandeling die eigenlijk wel kosteneffectief is) kan beperkte gevolgen hebben of juist grote gevolgen voor de samenleving. De hoogte van de kans op een verkeerde beslissing en de eventuele gevolgen van een verkeerde beslissing (samen 'het risico') wegen mee bij het nemen (of uitstellen van) van een pakketbeslissing. Hiervoor kan een VOI-analyse worden uitgevoerd (zie 2.2.7).

Of het risico aanvaardbaar is hangt af van verschillende factoren, bijvoorbeeld of er grote investeringskosten nodig zijn en of deze onomkeerbaar zijn. Dit is een beleidsmatige afweging. Vindt het Zorginstituut dat het risico niet acceptabel is, dan is een volgende afweging of verder onderzoek zinvol en mogelijk is.

3.4 Bestaat de mogelijkheid om onzekerheid weg te nemen?

3.4.1 Is aanvullend onderzoek zinvol en mogelijk?

Wanneer geconstateerd wordt dat de ICER omgeven is met een grote onzekerheid, dan is het de vraag of meer onderzoek deze onzekerheid kan verkleinen. Relevant daarbij is de vraag of het beschikbaar komen van de nieuwe gegevens een grote impact op de ICER kan hebben. Daarnaast is het belangrijk te beoordelen of (het voorgestelde) onderzoek de ontbrekende gegevens daadwerkelijk zal opleveren.

Meer onderzoek kan leiden tot meer zekerheid waar de 'ware' ICER ligt, en dus tot een kleinere kans dat er een verkeerde conclusie wordt getrokken. Om te bepalen welke parameters een grote impact op de ICER hebben en van cruciaal belang zijn voor de economische evaluatie kunnen de eerdergenoemde VOI-analyses een rol spelen. Op basis van een VOI-analyse kan

worden overwogen of en waarnaar aanvullend onderzoek nodig en zinvol is. Wanneer de kritische parameters zijn bepaald, kan worden beoordeeld of binnen afzienbare tijd en tegen acceptabele kosten de relevante informatie over deze parameters kan worden verzameld.

3.4.2 Kan prijsverlaging het risico verkleinen?

Bij bepaalde behandelingen, met name bij geneesmiddelen, is de ICER berekend op basis van de vraagprijs van de behandeling. Wanneer de ICER sterk wordt beïnvloed door die vraagprijs, dan kan bij een hoge vraagprijs en een ICER rond de referentiewaarde worden ingezet op verlaging van de prijs. Het verlagen van de prijs kan de kans vergroten dat de ICER onder de referentiewaarde valt, en daarmee het risico verkleinen.

Als er grote onzekerheid is over de kosteneffectiviteit (bijvoorbeeld door een studie met korte follow up of gebruik van surrogaatuitkomsten), kan dat een reden zijn om een prijs ruim onder de referentiewaarde te adviseren zodat het risico van een verkeerde beslissing niet (grotendeels) bij de samenleving komt te liggen, maar bij de fabrikant van de nieuwe behandeling.

3.5 Bestaat de mogelijkheid dat de kosteneffectiviteit (on)gunstiger wordt?

3.5.1 Bestaan er beleidsopties met invloed op de kosteneffectiviteit?

De kosteneffectiviteit van een behandeling kan in de loop van de tijd veranderen, bijvoorbeeld door prijswijzigingen of door een meer of minder gepaste inzet. Bij het meewegen van de gegevens over de kosteneffectiviteit is het relevant om te weten of er beleidsopties zijn die de kosteneffectiviteit in de toekomst kunnen borgen en/of verbeteren.

Bij geneesmiddelen is het starten van prijsonderhandeling hierbij voor de hand liggend. Sinds 2012 zijn er verschillende prijsonderhandelingen gestart. Deze waren gebaseerd op adviezen van het Zorginstituut aan de minister om alleen te vergoeden na het afsluiten van een financieel arrangement. Daarnaast onderhandelen ook zorgverzekeraars regelmatig over de prijzen van geneesmiddelen.

Hoewel de beoordeling van de kosteneffectiviteit aanleiding kan zijn een behandeling wel of niet op te nemen in het verzekerde pakket of prijsonderhandeling te adviseren, kan het ook aanleiding geven tot overleg met partijen waarbij samen wordt gezocht naar die situaties waarin een behandeling optimaal effectief en kosteneffectief is. Mogelijke beleidsinstrumenten hierbij zijn het maken van afspraken (arrangementen) over het bieden van waarborgen voor doelmatige inzet bijvoorbeeld via indicatieprotocollen en het zo nodig instellen van een indicatiecommissie. Andere opties zijn bijvoorbeeld het vastleggen van *stepped-care*-principes (getrapte zorg) en/of start-stopcriteria in klinische richtlijnen of in een consensusdocument.

Wanneer het bieden van waarborgen voor doelmatige inzet niet volstaat, kan onderzoek naar gepaste inzet mogelijk bijdragen aan verbetering van de kosteneffectiviteit, zoals een studie naar de effectiviteit van een meer beperkt behandelingschema of stoppen met de behandeling als deze na een periode niet (voldoende) effectief blijkt te zijn.

Verder kunnen afspraken, waarbij de vergoeding afhankelijk wordt gemaakt van de behandeluitkomsten (*pay-for-performance*), de kosteneffectiviteit beïnvloeden. Bijvoorbeeld de afspraak dat de vergoeding van een geneesmiddel voor de rekening van de fabrikant komt wanneer een voorafgaand bepaald effect niet wordt behaald bij de individuele patiënt.

3.5.2 Zijn er marktontwikkelingen met invloed op de kosteneffectiviteit?

Daarnaast is het relevant om te bepalen of de kosteneffectiviteit in de toekomst kan verbeteren of verslechteren door marktontwikkelingen. Bij geneesmiddelen kan de kosteneffectiviteit bijvoorbeeld verbeteren door prijsdaling van het geneesmiddel zelf na het verlopen van het patent en door verhoogde concurrentie. Andersom kan de kosteneffectiviteit verslechteren wanneer de prijs van de vergelijkende behandeling daalt (zoals door de komst van een generieke variant of een biosimilar) en daarmee het geneesmiddel ten opzichte van

die vergelijkende behandeling relatief duurder wordt. Behalve prijswijziging kan ook een meer of juist minder gepaste inzet in de praktijk de kosteneffectiviteit beïnvloeden.

3.6 Uitkomst van de beoordeling

Aan de hand van de antwoorden op deze vragen vormen we ons een beeld van de kosteneffectiviteit en de onzekerheden en mogelijkheden daarbij. Dit beeld – soms een duidelijke uitspraak over de kosteneffectiviteit, soms een complexer verhaal – wordt integraal met de andere pakketcriteria gewogen in een rechtvaardig, transparant en zorgvuldig proces. Dit afwegen wordt kort toegelicht in het volgende hoofdstuk.

4 Hoe wordt kosteneffectiviteit met andere criteria gewogen?

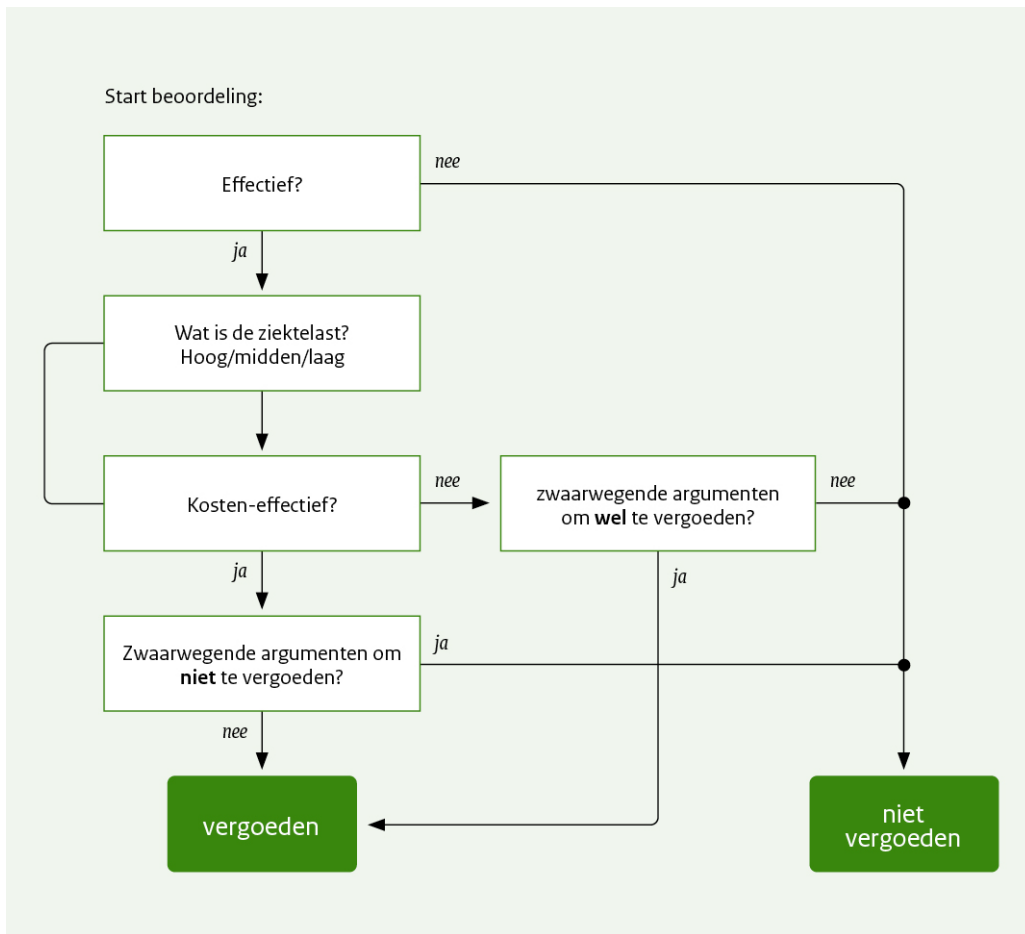
4.1 Wikken en wegen

Vanuit maatschappelijk perspectief is het wenselijk om de beschikbare schaarse middelen zo in te zetten dat een zo groot mogelijk gezondheidseffect wordt bereikt. Er kunnen echter argumenten zijn om voor bepaalde behandelingen een ICER boven de referentiewaarde te accepteren. Die argumenten vinden hun oorsprong in heersende opvattingen over rechtvaardigheid. Na toetsing aan de referentiewaarden kijken we daarom, geadviseerd door de ACP, of er argumenten zijn om hogere kosten per QALY te accepteren of juist argumenten waarvoor het tegenovergestelde geldt. Daarbij kunnen ook bepaalde elementen uit de effectiviteitbeoordeling (zoals de grootte van het effect, de verdeling van het effect over de patiëntengroep en de waarschijnlijkheid van het effect) en uit de kosteneffectiviteitsbeoordeling (hoogte van de ziektelast, waarschijnlijkheid van de ICER etc.) aan de orde zijn. Het is dus belangrijk alle onderliggende argumenten van deze beoordelingen mee te nemen bij de maatschappelijke afweging. Op basis van al deze overwegingen wordt uiteindelijk een advies geformuleerd. Elk advies is, nadat de drempel van effectiviteit (SWP) is gehaald, een integrale afweging waarin we de overwegingen die vallen onder de pakketcriteria effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid betrekken, en andere relevante argumenten. Het nog te verschijnen integraal afwegingskader zal dit in meer detail uitwerken.

In het rapport *Pakketadvies in de praktijk - Wikken en wegen voor een rechtvaardig pakket* (2017) staat hoe informatie over de kosteneffectiviteit van een behandeling wordt afgewogen met andere criteria. Vereenvoudigd komt het erop neer dat voor zorg die werkt (die dus 'effectief' is) de kosteneffectiviteit in beginsel bepalend is voor de beslissing, waarbij er argumenten kunnen bestaan om een behandeling met een gunstige kosteneffectiviteit niet te vergoeden en er argumenten kunnen bestaan om een behandeling met een ongunstige kosteneffectiviteit wel te vergoeden. Dit is schematisch weergegeven in figuur 1. Specifiek voor dure geneesmiddelen heeft de ACP de afwegingen beschreven in het rapport *Balanceren tussen publieke waarden Argumentenkader dure geneesmiddelen* (2024).

In het afwegingsproces kan sprake zijn van conflicterende waarden. Dat wil zeggen dat er argumenten vóór vergoeding kunnen pleiten en argumenten tegen. Welk argument daarbij de doorslag geeft, kan per advies verschillen omdat de context van ieder advies anders is. Daarnaast kunnen door de tijd heen argumenten anders worden gewogen. De maatschappelijke opgaven waar de zorg voor staat vragen bijvoorbeeld om scherpere keuzen zoals ten aanzien van de inzet van schaars zorgpersoneel of de milieu impact van bepaalde zorg.

Figuur 1 - Schematische weergave afweging pakketbeoordeling



Bron: Pakketadvies in de praktijk Wikken en wegen voor een rechtvaardig pakket, Zorginstituut 2017.

5 Wat zijn ambities voor de toekomst?

Wanneer de kosteneffectiviteit van een behandeling wordt bepaald, hoe de resultaten worden beoordeeld en meegewogen, het is allemaal continu in ontwikkeling. Voor de nabije toekomst mogen we verschillende beleidsmatige ontwikkelingen verwachten. Voor niet-geneesmiddelen zal de kosteneffectiviteit steeds belangrijker zijn wanneer er meer zorg wordt getoetst en wanneer kosteneffectiviteitsoverwegingen een rol gaan spelen bij het opstellen van behandelrichtlijnen. Bij geneesmiddelen ligt dat wellicht anders doordat andere argumenten, zoals arbeidsinzet en ecologische duurzaamheid, naast kosteneffectiviteit belangrijker worden. In dit hoofdstuk zijn een aantal belangrijke ambities opgenomen waar het Zorginstituut zich op richt.

5.1 Toets kosteneffectiviteit in alle zorgsectoren

Rapporten van de Sociaal-Economische Raad (SER)²⁵ en van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR)²⁶ geven aan dat onder regie van de overheid scherpe keuzes gemaakt moeten worden. Daartoe gaat het Zorginstituut zorg uit álle sectoren vallend onder de *Zorgverzekeringswet (Zvw)* en de *Wet langdurige zorg (Wlz)* vaker toetsen aan de pakketcriteria waaronder kosteneffectiviteit. Dit sluit aan bij het programma *Verbeteren en verbreden toets op het basispakket (VVTB)* van VWS en Zorginstituut Nederland dat het verbreden van de toets op het basispakket beoogt. Het Zorginstituut gaat er daarmee meer op sturen dat kosten in verhouding staan tot de effecten, dus of er daadwerkelijk sprake is van waardegedreven zorg. Deze werkwijze zal zowel voor geneesmiddelen, waar dit al gangbaar is, als ook vaker voor andere type behandelingen worden toegepast. Dit kan bijvoorbeeld gaan om medische hulpmiddelen, geestelijke gezondheidszorg, digitale zorg en preventie. Het selecteren van behandelingen voor beoordeling doet het Zorginstituut risicogericht. Dat wil zeggen dat het moet gaan om behandelingen met substantiële impact, bijvoorbeeld omdat het om veel patiënten of hoge kosten gaat. Het Zorginstituut wil samenwerken met partijen om impactvolle zorg te agenderen voor de pakketagenda. Voor niet-geneesmiddelen zullen kosteneffectiviteitsgegevens vaak (nog) niet beschikbaar zijn, wat een beoordeling lastig maakt. Wanneer het Zorginstituut over gegevens kan beschikken, zullen deze bij de beoordelingen gebruikt worden. Wanneer er geen gegevens zijn, kan het Zorginstituut opdracht geven tot onderzoek, waaronder het uitvoeren van kosteneffectiviteitsanalyses.

5.1.1 Verkenning van de uitdagingen

Bij het toetsen van zorg in sectoren anders dan de extramurale geneesmiddelensector spelen verschillende specifieke uitdagingen. Deze uitdagingen heeft het Zorginstituut verkend voor medische hulpmiddelen, curatieve ingrepen, niet-farmaceutische curatieve geestelijke gezondheidszorg en niet-curatieve zorg (langdurige zorg, waaronder langdurige ouderenzorg).²⁷ Dit leverde zicht op een aantal belangrijke uitdagingen en op mogelijk oplossingen die voor een deel van die uitdagingen bestaan.

Allereerst zijn deze zorgvormen geen onderdeel van een gesloten vergoedingssysteem zoals extramurale geneesmiddelen. Hierdoor worden nieuwe behandelingen niet vanzelf bekend bij

²⁵ SER-rapport 'Zorg voor de toekomst: over de toekomstbestendigheid van de zorg', 2020.

²⁶ WRR-rapport 'Kiezen voor Houdbare Zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak', 2021.

²⁷ Enzing JJ, Knies S, Boer B, Brouwer WBF. Broadening the application of health technology assessment in the Netherlands: a worthwhile destination but not an easy ride? *Health Economics, Policy and Law*. 2021;16(4):440-456. doi:10.1017/S1744133120000237.

het Zorginstituut, er hoeft namelijk geen aanvraag voor vergoeding ingediend te worden. Het uitvoeren van horizonscans, zoals deze al bestaan voor intramurale geneesmiddelen en voor medische technologie, kan dan nodig zijn om behandelingen te vinden die aangewezen zijn voor een beoordeling. Daarnaast hoeft voor deze zorgvormen door niemand een vergoedingsdossier met informatie over de (kosten)effectiviteit aangeleverd te worden bij het Zorginstituut. Soms is er zelfs geen identificeerbare partij die aangesproken zou kunnen worden om bewijs te leveren, iets wat bij een geneesmiddel wel het geval is. In plaats van een ingediend vergoedingsdossier kan het Zorginstituut gebruik maken van gepubliceerde studies of van bewijs verkregen via gesubsidieerd onderzoek.

Een voorbeeld van het gebruik van gepubliceerde studies is de beoordeling van transcatheter aortaklepimplantatie (TAVI). Bij deze beoordeling heeft het Zorginstituut aan de hand van wetenschappelijke literatuur de kosteneffectiviteit van TAVI bij operabele patiënten met symptomatische ernstige aortaklepstenose in kaart gebracht. Een voorbeeld van het benutten van onderzoek verkregen via overheidsfinanciering is de beoordeling van percutane transforaminale endoscopische discectomie (PTED).²⁸ ZonMw co-financierde in het kader van de voorwaardelijke toelating van PTED een klinische studie met daarbij ook economische evaluatie waarop het Zorginstituut de conclusie over de kosteneffectiviteit van deze ingreep kon baseren. In 2019 is het instrument voorwaardelijke toelating vervangen door de subsidieregeling Veelbelovende zorg²⁹. De regeling Veelbelovende zorg maakt het mogelijk om voor veelbelovende zorg die nog niet voldoet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk' onderzoek uit te voeren naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit.

Daarnaast zijn er verschillende uitdagingen die voortkomen uit de eigenschappen van de behandelingen zelf. Zo kunnen de kosten en effecten van de inzet van een medische technologie sterk afhankelijk zijn van wie de zorg verleent, kunnen er tussentijds aangepaste versies beschikbaar komen, en kunnen er leereffecten spelen die invloed hebben op de uitkomsten. Dit tezamen maakt dat (eerdere) studieresultaten niet altijd valide zijn, en maakt het op één moment beoordelen en beslissen over vergoeding niet altijd passend. Een meer cyclische benadering van pakketbeheer, met een plaats voor herbeoordelingen, is hierop een antwoord. Voor andere zorgvormen speelt aanvullend dat ze niet altijd tastbaar zijn en daarmee lastig te definiëren, wat onderzoek en beoordeling lastig kan maken.

Ten slotte speelt, met name in de langdurige zorg, dat de zorg gericht kan zijn op iets anders dan gezondheid gerelateerde kwaliteit van leven, zoals het behouden van welzijn. Er bestaat nog geen consensus over welke uitkomstmaten daarvoor passend zijn en hoe deze beoordeeld moeten worden. Vanuit het ZonMw programma *HTA Methodologie 2021-2024* loopt hier onderzoek naar. Er spelen kortom verschillende uitdagingen, deels met beschikbare oplossingen, bij het pakket-breed toetsen van zorg op kosteneffectiviteit.

5.2 Kosteneffectiviteit in klinische richtlijnen

Wetenschappelijke- en beroepsverenigingen hebben de rol om de onderbouwing van en de bewijslast voor passende zorg inzichtelijk te maken. Deze onderbouwing wordt gebruikt voor het opstellen van klinische richtlijnen. Het gebeurt nog niet standaard dat daarbij ook aandacht wordt besteed aan de kosteneffectiviteit van de behandelingen. Het Zorginstituut moedigt het opnemen van kennis over de kosteneffectiviteit van behandelingen in klinische richtlijnen aan. Bij opname in een richtlijn betekent dit bijvoorbeeld dat als er twee behandelingen een vergelijkbare effectiviteit hebben de behandeling met de laagste kosten wordt aanbevolen. Een andere mogelijkheid is om (mede) op basis van kosteneffectiviteit stepped care (getrapte zorg) aanbevelingen te doen.

Bij het opnemen van kosteneffectiviteit in klinische richtlijnen ontbreekt het vaak aan gegevens om iets over de kosteneffectiviteit te kunnen zeggen. De minister van VWS heeft mede hiervoor via ZonMw verschillende onderzoeksprogramma's lopen waarbinnen ook onderzoek naar de kosteneffectiviteit kan plaatsvinden. Voorbeelden hiervan zijn het

²⁸ <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/standpunten/2020/11/30/standpunt-pted-bij-lage-rughernia-en-uitstralende-beenpijn>.

²⁹ <https://www.zorginstituutnederland.nl/financiering/subsidieregelingen/subsidieregeling-veelbelovende-zorg>.

onderzoeksprogramma Zorgevaluatie en Gepast Gebruik (ZE&GG), het onderzoeksprogramma Doelmatigheidsonderzoek (DO) en het voorgenomen kaderprogramma Passende zorg.

In het geval dat er (veel) verschillende (combinaties van) behandelingen beschikbaar zijn voor een aandoening, kunnen ziektemodellen helpen de benodigde informatie te leveren. Een ziektemodel is een rekenkundige simulatie waarin de kosten en effecten van die verschillende behandelopties worden doorgerekend. Vanuit het Zorginstituut wordt gewerkt aan verschillende ziektemodellen waarmee de voornaamste behandelingen voor een aandoening met elkaar vergeleken kunnen worden. De uitkomsten van deze ziektemodellen kunnen helpen bij het opstellen van klinische richtlijnen.

5.3 Maatschappelijk aanvaardbare uitgaven geneesmiddelen

De hoogte van de relevante referentiewaarde voor de ICER is alleen afhankelijk van de ziektelast van de ziekte of aandoening (zie 3.2.2). Hierbij is ervanuit gegaan dat de samenleving bereid is meer te betalen per gewonnen QALY bij een hogere ziektelast. Gezien de maatschappelijke opgaven waar de zorg voor staat, doet zich de vraag voor of de ziektelast het (enige) criterium moet zijn om de referentiewaarde op te baseren. Zo kunnen elementen als indicatie uitbreiding, afwezigheid van alternatieve behandelingen of ontwikkeling van de behandeling met publiek geld mogelijk mede aanleiding zijn voor bepaling van de referentiewaarde. De ACP heeft hier in haar argumentenkader voor dure geneesmiddelen al een aanzet voor gedaan.³⁰

Deze vraag raakt de Kamermotie die het Zorginstituut samen met de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) en de Autoriteit Consument & Markt (ACM) uitvoert om te komen tot een advies over een kader voor maatschappelijke aanvaardbare uitgaven aan geneesmiddelen (het programma MAUG). Het advies over het kader wordt in de eerste helft van 2025 verwacht. De resultaten van dit advies kunnen invloed hebben op de wijze waarop de maximale referentiewaarden worden bepaald en verschillende elementen gewogen worden. Verder kan het advies luiden dat hiervoor (technische) doorontwikkeling van bestaand instrumentarium nodig is.

Een ander belangrijk gerelateerd advies is dat van de technische werkgroep Kosten en baten van preventie.³¹ Deze werkgroep adviseerde de overheid om voor alle soorten beleid met gezondheid als doel, dus niet alleen voor pakketbeheer, één uniforme referentiewaarde te gebruiken. Het advies is voorlopig uit te gaan van € 50.000/QALY, en om deze waarde door een breed gedragen werkgroep opnieuw vast te stellen en deze daarna periodiek te herijken. Het Zorginstituut onderschrijft dat actualisering van de referentiewaarde gewenst is en wil bij het opnieuw bepalen onder meer de nieuwste wetenschappelijk inzichten, de resultaten van het programma MAUG en de vervolgacties naar aanleiding van het advies van de technische werkgroep Kosten en baten van preventie betrekken. Vooralsnog blijft het Zorginstituut uit gaan van de referentiewaarden € 20.000/QALY, € 50.000/QALY en € 80.000/QALY.

5.4 Ontwikkelen cost-based benadering voor geneesmiddelen

De ACP signaleert verschillende trends in de aan deze commissie voorgelegde vergoedingsdossiers. Een voorbeeld van een waargenomen trend is de toenemende onzekerheid over de effectiviteit en kosteneffectiviteit. Een ander is het vragen van hoge prijzen voor middelen die al worden vergoed voor één of meer andere indicaties. In die situatie zijn de investeringen die een fabrikant voor dat middel heeft moeten maken waarschijnlijk al (grotendeels) terugverdiend. Daarnaast ziet de commissie steeds vaker dat de kosteneffectiviteit van de vergelijkende behandeling niet bekend is. Deze observaties hebben bij de commissie de vraag opgeroepen of niet vaker moet worden gekeken naar de redelijkheid van de prijsstelling in relatie tot de ontwikkelings- en investeringskosten van een fabrikant (een meer *cost-based*-benadering). Tot nu toe is het gebruikelijk om vooral te kijken naar de kosten in relatie tot de meerwaarde voor de patiënt van een behandeling (een *value-based*-

³⁰ Balanceren tussen publieke waarden Argumentenkader dure geneesmiddelen Adviescommissie Pakket, 2024.

³¹ Preventie op waarde schatten, Advies technische werkgroep kosten en baten van preventie, 2023.

benadering). Onderzocht moet worden op welke manier en in welke situaties een meer *cost-based*-model gehanteerd zou kunnen worden.

5.5 Aanvulling met arbeidsinzet en ecologische duurzaamheid

Eind 2023 is een tijdelijke commissie aangesteld met als opdracht te onderzoeken of 'arbeidsinzet' en 'duurzaamheid' mee kunnen wegen bij beslissingen om zorg op te nemen in het basispakket van de zorgverzekering. Arbeidsinzet gaat over zorgkeuzes die te maken hebben met krapte op de arbeidsmarkt, inclusief de inzet van mantelzorgers. Duurzaamheid gaat over de impact van de zorg op het milieu. De commissie onderzoekt een mogelijke aanvulling of aanpassing van de huidige pakketcriteria: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Het advies van de commissie wordt begin 2025 verwacht.

5.6 Verkennen wettelijke verankering kosteneffectiviteit

In de discussie over passende zorg is de vraag (opnieuw) actueel geworden of het criterium kosteneffectiviteit wettelijk vastgelegd moet worden ten behoeve van pakketbeslissingen. Het daarmee meer afdwingbaar maken van onderzoek naar kosteneffectiviteit kan een impuls geven aan dergelijk onderzoek. Daar moeten dan financiële middelen voor beschikbaar zijn of komen. Dit vraagt ook duidelijkheid over wie verantwoordelijk is voor het bepalen van de onderzoeksopzet en over hoe onderzoeksresultaten gebruikt gaan worden. Wettelijke verankering geeft het Zorginstituut, maar ook zorgverzekeraars en zorgaanbieders, instrumenten om gericht te sturen op passende zorg. Binnen het programma VVTB zal deze wettelijke verankering verkend worden.

5.7 Slot

Pakketbeheer kan een belangrijke bijdrage leveren aan passende zorg. In de zin dat er in alle zorgsectoren beter wordt gekeken of de zorg die wordt geleverd waarde toevoegt voor patiënten tegen een aanvaardbare prijs. Het criterium kosteneffectiviteit helpt om deze waarde en de kosten die daarvoor moeten worden gemaakt inzichtelijk te maken. Voor een grote bijdrage aan passende zorg moet zij wel breder worden toegepast dan dat dit tot nu toe is gedaan. Het Zorginstituut zal hier zelf meer in gaan doen, maar roept vooral ook andere partijen op dit criterium mee af te wegen in de beslissing om zorg in te kopen, aan te bevelen of in te zetten.

Dit breder toepassen van het criterium kosteneffectiviteit kan neerkomen op het vaker en bij andere zorgvormen uitvoeren en beoordelen van kosteneffectiviteitsanalyses die voldoen aan de richtlijn voor economische evaluaties. Mede gezien de complexiteit van deze analyses zijn deze niet in elke situatie proportioneel. Een meer pragmatische benadering kan in die gevallen mogelijk volstaan. Zorgverzekeraars, zorgaanbieders en richtlijnopstellers hebben manieren ontwikkeld om de kosten en baten van behandelingen te betrekken bij de passende zorg afwegingen die ze maken. Het Zorginstituut staat hier positief tegenover; het doel is passende zorg en niet de inzet van een specifieke analysevorm. Binnen verschillende zorgsectoren buiten geneesmiddelen zal het breder toepassen van kosteneffectiviteit de komende periode neerkomen op ervaring opdoen en het ontwikkelen van methoden en werkwijzen. Dit zal bijdragen aan waardegedreven zorg; zorg die een relevante bijdrage levert aan de gezondheid van mensen, tegen een proportionele inzet van middelen. Zo helpen we de zorg ook in de toekomst goed, toegankelijk en betaalbaar te houden.

Colofon

Volnummer 2024019803
Auteurs Joost Enzing, Saskia Knies en Jacqueline Zwaap
Contactpersoon Joost Enzing
+31 615329261

Directie Ontwikkeling, Wetenschap & Internationale Zaken

Uitgebracht aan Raad van Bestuur van Zorginstituut Nederland