

# RVZ-VOORSTEL DUPEERT PATIËNTEN IN CARE-SECTOR

*'Heldere en rechtvaardige methode' discrimineert*

De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft een systeem ontwikkeld om de collectieve middelen voor zorg in de toekomst zo helder en eerlijk mogelijk te verdelen. Toepassing hiervan pakt echter slecht uit voor patiënten in de care-sector.

BERNARD VAN DEN BERG

**A**ls gevolg van de vergrijzing en technologische vooruitgang stijgen de kosten voor de zorg de komende jaren en kan de zorgvraag in de toekomst niet meer uit gemeenschapsgelden worden betaald, aldus de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). In het advies 'Zinnige en duurzame zorg' probeert de raad antwoord te geven op de vraag welke zorg wel en niet uit collectieve middelen moet worden betaald.<sup>1</sup> De RVZ heeft gestreefd naar een transparant systeem met rechtvaardige procedures. Want als dat niet het geval is - zoals momenteel de praktijk is - dreigt de solidariteit te verdwijnen.

De RVZ heeft gekozen om vooraf een maximum bedrag vast te stellen dat een gezond levensjaar mag kosten. Gezondheid wordt gemeten met *quality adjusted life years* (QALY's). Een QALY-score van 1 staat gelijk aan volledige gezondheid en 0 aan overlijden. In dit denken staat één jaar leven in volledige gezondheid gelijk aan twee jaar leven in halve gezondheid.

Daarmee ontstaat het risico dat onevenredig veel geld wordt uitgegeven aan relatief lichte aandoeningen. Immers, een verbetering van gezondheid van 0,95 naar 1 voor vijftien mensen staat gelijk aan een verbetering van de gezondheid van één persoon van 0,25 naar 1. Dit probleem heeft de RVZ onderzocht door ziektebelasting in het model te verwerken. Ziektebelasting is geoperationaliseerd als het spiegelbeeld van de QALY. Het is een score voor de kwaliteit van leven als de aandoening niet wordt behandeld. Een ziektebelasting van 1 betekent overlijden.

Uitgangspunt in de discussie is het voorgestelde maximum van 80.000 euro per QALY bij een ziektebelasting van 1. Dit getal

DE FOTO IS HELAAS  
NIET BESCHIKBAAR  
VOOR INTERNET

*Het is de vraag of de QALY wel een goede beslismaat is voor de allocatie van kostbare ingrepen als orgaantransplantatie.*

betekent dat een extra levensjaar in volledige gezondheid maximaal 80.000 euro mag kosten. Overigens moet over dit bedrag nog maatschappelijke consensus worden bereikt, aldus de RVZ.

Besluiten worden volgens het voorstel uiteindelijk in twee fasen genomen. Na een kwantitatieve meting moet het besluit in de tweede fase maatschappelijk worden getoetst. Hoe dit moet, werkt de RVZ nog uit in een rapport.

## DISCRIMINATIE

Het RVZ-voorstel discrimineert groepen patiënten, vooral in de care-sector. Denk bijvoorbeeld aan mensen met een lichame-

## SAMENVATTING

- De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) betoogt dat invoering van een maximumbedrag per quality adjusted life year (QALY) leidt tot een heldere en eerlijke verdeling van de collectieve middelen voor zorg.
- Toepassing van het RVZ-voorstel pakt slecht uit voor patiënten in de care-sector.
- De aandacht die de care-sector in het voorstel krijgt, voldoet niet aan de huidige standaard van de internationale gezondheidseconomische literatuur.

Het RVZ-rapport 'Zinnige en duurzame zorg' vindt u via onze website: [www.medischcontact.nl/dezeweek](http://www.medischcontact.nl/dezeweek)



lijke handicap. Maar het probleem speelt ook voor mensen met verscheidene (gerelateerde) aandoeningen: comorbiditeit. Om één en ander te verduidelijken, hier een sterk gesimplificeerd voorbeeld van twee even oude mannen. Een van hen is aangewezen op een rolstoel. In de denkwereld van de RVZ heeft deze man een QALY-waarde die lager is dan 1, bijvoorbeeld 0,7. De ander is gezond en krijgt daarom een QALY-waarde van 1 toegekend. Beiden hebben acuut een nieuwe long nodig. Zonder deze long overlijden ze: beiden een QALY-waarde van 0. De longtransplantatie verlengt hun leven met tien jaar en heeft geen invloed op hun gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven. Dit impliceert tien jaar extra leven met dezelfde QALY-score als van voor de longtransplantatie: respectievelijk 0,7 en 1.

Volgens de kosteneffectiviteitsanalyse die de RVZ voorstaat, is het effect van de transplantatie bij de eerste man veel lager dan bij de tweede, namelijk 7 (10 maal 0,7) versus 10 (10 maal 1). Kost de transplantatie 79.000 euro per jaar, dan komt de eerste man hiervoor niet en de tweede daarvoor wel in aanmerking (1 maal 80.000).

De RVZ wil verschillende beslisregels (maximumbedragen) voor verschillende ziektebelastingen - hoe lager de ziektebelasting, hoe lager het maximumbedrag. Brengt de ziektebelastingcorrectie uitkomst? Dat is maar zeer de vraag. De ziektebelasting heeft alleen betrekking op de aandoening in kwestie, in dit voorbeeld de longtransplantatie. Overigens is het rapport op dit punt niet altijd even helder. De raad stelt namelijk ook voor ziektebelastingen op te tellen die ontstaan als gevolg van comorbiditeit. Probleem

doening een QALY-score van 1 te geven als de kosteneffectiviteit van levensverlengende interventies wordt berekend.

## UITKOMSTMAAT

Groot en Maassen van den Brink (RVZ) hebben een achtergrondstudie bij het RVZ-advies gewijd aan de care-sector.<sup>4</sup> Hun belangrijkste conclusie is dat QALY's zowel in de curatieve zorg als in de care-sector geschikt zijn als uitkomstmaat. Verder stellen zij dat studies in de care-sector van slechte kwaliteit zijn. Daarom pleiten de auteurs voor extra onderzoek. Dit pleidooi is door de RVZ omarmt.

Het is schrijnend te lezen dat Groot en Maassen van den Brink met geen woord reppen over de problematiek die hierboven wordt geschetst. Ook komt het begrip comorbiditeit niet voor in hun achtergrondstudie. Ik heb dit probleem en dit voorbeeld niet zelf bedacht, maar ontleend aan het werk van de Noorse gezondheidseconoom Erik Nord.<sup>5,6</sup>

Als de gesuggereerde oplossingsrichting van de RVZ straks breed wordt gedragen, is het wenselijk dat de care-sector de aandacht krijgt die hij tot op heden in het advies niet heeft gekregen. Anders dreigt deze sector er als gevolg van de voorgestelde beslisregel bekaaid af te komen in de toekomstige allocatie van collectieve middelen. ■

dr. Bernard van den Berg,  
Centre for Health Economics Research and Evaluation, University of Technology, Sydney

Correspondentie: [bernard.vandenbergh@chere.uts.edu.au](mailto:bernard.vandenbergh@chere.uts.edu.au); cc: [redactie@medischcontact.nl](mailto:redactie@medischcontact.nl)  
Geen belangenverstrengeling gemeld.

## Handicaps en comorbiditeit verlagen de QALY-waarde aanzienlijk

is dat ze hierdoor boven 1 (ziektebelasting van 1 is dood) kunnen uitkomen. Het is echter ook zeer dubieus om voor de man met een QALY-score van 0,7 een hoger maximumbedrag per QALY toe te staan dan voor de man met een QALY-score van 1. Zeker als het gaat om aandoeningen die niet met elkaar samenhangen.

Uiteraard gaat het in de wereld van de RVZ niet om individuen, maar om groepsgemiddelden. Dit voorbeeld illustreert dus slechts het probleem. Aangezien in de care-sector groepen zorggebruikers specifieke zorg nodig hebben en in deze sector comorbiditeit vaak voorkomt, gaat het hier wel om een gedachte-experiment met grote praktische implicaties.<sup>2,3</sup> Punt is dat de care-sector er in het voorstel van de RVZ niet goed vanaf komt voor wat betreft de allocatie van collectieve middelen. Oplossing is om mensen met een chronische aan-

## Referenties

1. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Zinnige en duurzame zorg. Zoetermeer, RVZ 2006.
2. Westert GP, Satariano WA, Schellevis FG, Bos GAM van den. Patterns of comorbidity and the use of health services in the Dutch population. *European Journal of Public Health* 2001; 11: 365-72.
3. Groot V de, Beckerman H, Lankhorst GJ, Bouter LM. How to measure comorbidity: a critical review of available methods. *Journal of Clinical Epidemiology* 2003; 56: 221-9.
4. Groot WJN, Maassen van den Brink H. Kosten per gewonnen levensjaar. In: Zicht op zinnige en duurzame zorg. Zoetermeer, RVZ 2006.
5. Nord E. The desirability of a condition versus the well being and worth of a person. *Health Economics* 2001; 10: 579-81.
6. Nord E, Menzel P, Richardson J. The value of life: individual preferences and social choice. A comment to Magnus Johannesson. *Health Economics* 2003; 12: 873-7.