

# PREVENTIE OP WAARDE SCHATTEN

ADVIES TECHNISCHE WERKGROEP  
KOSTEN EN BATEN VAN PREVENTIE



# PREVENTIE OP WAARDE SCHATTEN

ADVIES TECHNISCHE WERKGROEP KOSTEN EN BATEN VAN  
PREVENTIE

DECEMBER 2023

## Colofon

### Samenstelling technische werkgroep Leden

- Prof. dr. Johan Polder (voorzitter)  
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Tilburg University
- Prof. dr. Job van Exel  
Erasmus School of Health Policy & Management (Erasmus Universiteit Rotterdam)
- Mr. Janka Kahlman  
Zorginstituut Nederland
- Dr. Saskia Knies  
Zorginstituut Nederland, Erasmus School of Health Policy & Management (Erasmus Universiteit Rotterdam)
- Prof. dr. Jochen Mierau  
Rijksuniversiteit Groningen, Universitair Medisch Centrum Groningen, Lifelines
- Dr. Wouter Vermeulen  
SEO economisch onderzoek
- Prof. dr. Ardine de Wit  
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, Vrije Universiteit Amsterdam
- Dr. Bram Wouterse  
Erasmus School of Health Policy & Management (Erasmus Universiteit Rotterdam)
- Dr. Adriënne Rotteveel (penvoerder)  
Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu

### Adviseur

Centraal Planbureau

- Dr. Marianne Tenand

### Waarnemers

Gezondheidsraad

- Dr. Julianne van der Berg

Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

- Mr. drs. Pieter Boone (Directie Financieel Economische Zaken)
- Drs. Rudo van den Brink (Directie Publieke Gezondheid)
- Liliane de Ruiter-Nanninga, MSc (Directie Macro-Economische Vraagstukken en Arbeidsmarkt)

## **Secretariaat**

ZonMW Preventie

- drs. Jet Goppel, programmamanager preventieprogramma
- drs. Ruth Timmer, programmasecretaris preventieprogramma
- Contact: [kennisplatformpreventie@zonmw.nl](mailto:kennisplatformpreventie@zonmw.nl)

## **In opdracht van**

Kennisplatform Preventie (KPP)

## **Met dank aan**

prof. dr. Pieter van Baal, prof. dr. Jan van Busschbach, prof. dr. Silvia Evers, dr. Marc Pomp, prof. dr. Maarten Postma, dr. Vivian Reckers-Droog, dr. Gerbert Romijn, prof. dr. Elly Stolk

## Inhoud

Voorwoord	7
Publiekssamenvatting.....	8
Samenvatting.....	9
English summary.....	11
1. Inleiding.....	13
1.1 Opdracht.....	13
1.2 Achtergrond opdracht.....	13
1.3 Totstandkoming advies.....	16
1.4 Afbakening advies.....	16
1.4.1 Beperkt tot technische vraagstukken.....	16
1.4.2 Beperkt tot de voorbereidende fase van besluitvorming en hoe kosten, baten en budgettaire impact in deze fase meegenomen dienen te worden.....	16
1.4.3 Brede focus wat betreft preventie.....	17
1.5 Leeswijzer.....	18
1.6 Kennisagenda.....	19
2. Uitgangspunten voor een brede welvaartseconomische analyse van preventie.....	20
2.1 Preventie is niet anders dan elk ander beleid gericht op gezondheid, dus hanteer dezelfde methoden.....	20
2.2 Stel bij de start van een economische evaluatie de probleemstelling, de doelstelling, de interventie en het alternatief duidelijk vast.....	22
2.3 Hanteer het maatschappelijk perspectief: kijk breed naar de kosten en baten van preventieve interventies.....	22
2.3.1 Heb oog voor intersectorale kosten en baten.....	23
2.3.2 Waak voor dubbeltellingen.....	23
2.4 Breng de verdelingseffecten van preventieve interventies in beeld.....	24
2.5 Gebruik voor preventie dezelfde discontovoet als voor ander beleid met gezondheid als doel.....	25
3. Gezondheidsbaten van preventie in economische evaluaties.....	27
3.1 Gebruik voor het meten van gezondheidsbaten in ieder geval de QALY.....	27
3.2 Kijk voor bewijs voor de gezondheidsbaten van preventie breder dan alleen naar RCT's.....	29
3.2.1 Gebruik quasi experimentele econometrische methoden voor de analyse van observationele data als een RCT om praktische of ethische redenen niet mogelijk is.....	30
3.2.2 Gebruik intermediaire uitkomstmaten en (simulatie)modellen als er sprake is van gezondheidsbaten op de langere termijn.....	31
3.2.3 Het is van belang dat er een raamwerk ontwikkeld wordt om het passende niveau van bewijs voor preventie vast te stellen.....	32
3.2.4 Rapporteer transparant over de onzekerheid en het niveau van bewijs.....	32
3.2.5 Zorg tijdens invoering voor een goede nulmeting en vervolgens voor een goede monitoring van de gezondheidsbaten van preventie.....	33
3.3 Voor het vaststellen van de (referentie)waarde van de QALY is het goed om onderscheid te maken tussen de waarde en de weging van de waarde van de QALY.....	34
3.3.1 Gebruik één uniforme (referentie)waarde van de QALY die door een breed gedragen werkgroep vastgesteld en periodiek herijkt wordt.....	35
3.3.2 Neem relevante wegingscriteria mee in de besluitvorming, niet in de analyse.....	37
4. Budgettaire effecten en de rijksbegroting.....	41
4.1 Geld kan zowel de functie hebben van een waarderingmiddel als een investeringsmiddel.....	41
4.2 Uitgangspunt zou moeten zijn: wat leveren de investeringen in preventie de samenleving op aan investerings- én waarderingbaten en wat zijn we bereid daarvoor te betalen?.....	42
4.3 Hanteer bij preventie een brede blik met oog voor baten op de langere termijn, baten buiten de rijksbegroting en baten buiten de begroting van het departement.....	42

4.4 Het is van belang dat er een beleidsinstrumentarium ontwikkeld wordt waarmee periodiek en vraaggestuurd de brede kosten en baten van preventie gekwantificeerd kunnen worden .....	43
5. Bestuurlijke context en aanbevelingen voor implementatie van het advies .....	46
5.1 Bewijs voor preventie.....	47
5.2 Breed maatschappelijke perspectief.....	47
5.3 Structurele financiering voor preventie .....	48
5.4 Probleemeigenaar .....	49
6. Conclusie .....	50
6.1 Hoofdpunten advies.....	50
6.2 Kennisagenda.....	52
Referenties	54
Bijlage A: Adviesverzoek aan technische werkgroep kosten en baten van preventie .....	57
Bijlage bij Bijlage A: Korte adviezen en rapporten in vogelvlucht over preventie.....	60

## Bijlagen

Bijlage A: Adviesverzoek aan technische werkgroep kosten en baten van preventie .....	57
---	----

## Voorwoord

‘Voorkomen is beter dan genezen.’ Hoewel de meeste mensen het hiermee eens zijn, blijkt het in beleid en praktijk vaak lastig om preventie op de juiste waarde te schatten. Daar liggen allerlei oorzaken aan ten grondslag en het gevolg is dat preventie soms moeilijker van de grond komt dan veel mensen zouden wensen.

Het Kennisplatform Preventie van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft daarom aan een technische werkgroep gevraagd te adviseren hoe de kosten en baten van preventie beter voor het voetlicht kunnen worden gebracht. In dit rapport brengt deze werkgroep haar advies uit onder de titel “Preventie op waarde schatten”.

Graag wil ik de leden van de werkgroep en alle overige betrokkenen hartelijk bedanken voor de inspirerende discussies die wij hebben gevoerd. Tevens een woord van dank aan de leden van het Kennisplatform Preventie, de vertegenwoordigers van ZonMw en van het Ministerie van VWS voor de plezierige en constructieve samenwerking. Met name wil ik dr. Adriëne Rotteveel van het RIVM bedanken die als penvoerder van dit rapport met grote toewijding en nauwgezetheid de adviezen van de werkgroep aan het papier heeft toevertrouwd.

Dit advies is tot stand gekomen in samenwerking met een groot gezelschap van deskundigen, zowel binnen de technische werkgroep als daarbuiten. Daarmee heeft dit advies een breed draagvlak onder experts. Namens de leden van de werkgroep spreek ik de wens uit dat dit advies het economische fundament van het preventiebeleid zal versterken, zodat iedereen in beleid en praktijk preventie op de juiste waarde weet te schatten.

### **Johan Polder**

Voorzitter Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie

## Publiekssamenvatting

Bij preventie is het vaak lastig om een goed beeld te krijgen van alle kosten en baten van een maatregel. Daarom heeft het Kennisplatform Preventie advies gevraagd aan een technische werkgroep met experts over hoe beleidsmakers de kosten en baten van preventie mee zouden moeten nemen in beslissingen over preventie.

Preventie omvat alle maatregelen om gezondheidsproblemen te voorkómen. Preventie gaat over maatregelen om gezondheidsproblemen bij personen te voorkómen, zoals bijvoorbeeld vaccinaties of hulp met stoppen met roken. Maar preventie gaat ook over brede beleidsprogramma's die zich richten op grote gezondheidsvraagstukken, zoals bijvoorbeeld een gezonde start van het leven. En preventie gaat ook over alles daar tussenin, zoals bijvoorbeeld het voorkómen van verslavingen bij grote groepen mensen.

De werkgroep adviseert om preventie op dezelfde manier te behandelen als medische zorg en elk ander beleid dat gezondheid als doel heeft. De kosten en baten van preventie moeten daarom volgens de daarvoor bestaande richtlijnen berekend worden. Daarbij is het belangrijk om een brede blik te hebben: ook effecten die niet in geld uit te drukken zijn of effecten en kosten die zich binnen een ander werkveld of pas in de verre toekomst voordoen, moeten in het onderzoek meegenomen worden.

De werkgroep adviseert om de gezondheidswinst van preventie altijd te meten in voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren (QALYs). De gezondheidswinst van preventie moet gewaardeerd worden met hetzelfde geldbedrag als de gezondheidswinst van medische zorg. De werkgroep adviseert om dit geldbedrag door een nieuwe werkgroep opnieuw vast te laten stellen en regelmatig te laten bijwerken. Totdat het geldbedrag opnieuw is vastgesteld, adviseert de werkgroep om een geldbedrag te gebruiken van 50.000 euro per QALY. Omdat onderzoek naar preventie soms lastig is, adviseert de werkgroep om voor iedere soort preventie te bekijken welk onderzoek er nodig is om de effecten aan te tonen.

Om het preventiebeleid vooruit te helpen adviseert de werkgroep dat er elk jaar een vast geldbedrag beschikbaar komt voor preventie en voor onderzoek naar de effectiviteit van preventie. Om beleidsmakers te ondersteunen bij het maken van beslissingen over preventie, adviseert de werkgroep aan de overheid om een afwegingskader te ontwikkelen waarmee de overheid de effecten van preventie op de brede welvaart kan afwegen tegen het geldbedrag dat nodig is voor preventie. Dit afwegingskader verdient een eigen plek in het beleidsproces. De werkgroep zou het goed vinden als de overheid deze eigen plek in de wet vastlegt.



## Samenvatting

De Technische Werkgroep Kosten en Baten van Preventie (TWG-KBP) is een tijdelijke werkgroep, ingesteld door het Kennisplatform Preventie (KPP) van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het KPP heeft de TWG-KBP gevraagd om te adviseren hoe de brede kosten en baten en de budgettaire effecten van preventie het beste gewogen en meegenomen kunnen worden in de voorbereiding van de politieke en bestuurlijke besluitvorming. Hieruit is dit advies voortgekomen.

Centraal in het advies staat het standpunt van de TWG-KBP dat preventie niet anders is dan ander beleid met gezondheid als primair of secundair doel en dat daarom op preventie dezelfde methoden, richtlijnen en afwegingskaders van toepassing zijn. Hieruit volgt dat voor preventie, net als voor elk ander beleid met gezondheid als doel, zoals ziekenhuiszorg of geneesmiddelen, een brede welvaartseconomische analyse de gouden standaard is. Met een brede welvaartseconomische analyse doelt de werkgroep op een kostenutiliteitsanalyse (KUA) vanuit maatschappelijk perspectief of een maatschappelijke kosten-baten analyse (MKBA). Beide instrumenten hanteren het maatschappelijk perspectief wat inhoudt dat alle relevante kosten en baten meegenomen dienen te worden in de analyse, ongeacht wie de kosten dragen en aan wie de baten toekomen en ongeacht wanneer de kosten en baten zich voordoen en in welke sector. De werkgroep acht het van belang om in aanvulling hierop de verdelingseffecten zichtbaar te maken, door te laten zien wat de kosten en baten voor de voor de besluitvormer relevante betrokkenen zijn.

In lijn met bestaande richtlijnen en wat gebruikelijk is voor ander beleid met gezondheid als doel, adviseert de TWG-KBP om voor het meten van gezondheidsbaten in ieder geval de QALY (quality-adjusted life year) te gebruiken, indien nodig aangevuld met een andere uitkomstmaat. Bij het beoordelen van het bewijs voor de gezondheidsbaten van preventie acht de TWG-KBP het van belang om breder te kijken dan gerandomiseerde gecontroleerde studies (randomized controlled trials; RCT's) omdat deze voor veel soorten van preventie niet mogelijk zijn. Daarom adviseert de TWG-KBP om, indien RCT's om praktische of ethische redenen redelijkerwijs niet mogelijk zijn, gebruik te maken van quasi-experimentele econometrische methoden voor de analyse van observationele data en om, indien er sprake is van langetermijneffecten, gebruik te maken van intermediaire uitkomstmaten in combinatie met modellering. Daarbij acht de TWG-KBP het van belang om voor elke soort preventie vast te stellen wat het best passende bewijs is (met andere woorden wat het sterkst mogelijke bewijs is gegeven praktische en normatieve belemmeringen). Hiervoor acht de TWG-KBP het wenselijk dat er een raamwerk ontwikkeld wordt om passend bewijs bij preventie vast te stellen.

Om gezondheidsbaten, gemeten in QALYs, mee te kunnen nemen in economische evaluaties is een monetaire waardering van de QALY nodig. De TWG-KBP adviseert om voor alle soorten beleid met gezondheid als doel, waaronder preventie, één uniforme QALY-waarde (referentiewaarde/ monetaire waardering) te gebruiken, zodat de uitkomsten van economische evaluaties van verschillende beleidsopties gericht op gezondheid zo goed mogelijk vergeleken kunnen worden. Om tot deze

uniforme QALY-waarde te komen, adviseert de TWG-KBP om een breed gedragen werkgroep in te richten die de QALY-waarde vaststelt en periodiek herijkt. Totdat er door een dergelijke werkgroep één uniforme QALY-waarde is vastgesteld, adviseert de TWG-KBP om uit te gaan van een waarde van €50.000 per QALY aangezien deze waarde het best lijkt aan te sluiten bij onderzoek en bestaande richtlijnen en afwegingskaders voor economische evaluaties. Er zijn situaties denkbaar waarin beleidsmakers ook ruimte willen geven aan andere overwegingen dan kosteneffectiviteit. Zulke overwegingen kunnen meegewogen worden in de incrementele kosteneffectiviteitsratio of kostenbatenschatting, maar ook afzonderlijk als aanvullend criterium worden gespecificeerd. De TWG-KBP beveelt aan om dergelijke relevante overwegingen op een transparante en duidelijke manier náást – in plaats van in - de incrementele kosteneffectiviteitsratio/ kostenbatenschatting een plaats te geven in de besluitvorming.

De TWG-KBP constateert dat bij het agenderen en begroten van preventiebeleid de aandacht veelal ligt op de budgettaire impact op de korte termijn. Voor preventie is deze focus echter te smal. Het is belangrijk om in de besluitvorming oog te hebben voor de monetaire en niet-monetaire kosten en baten van beleid op de korte, middellange en lange termijn. Om beleidsmakers te helpen bij het agenderen en begroten van preventiebeleid adviseert de TWG-KBP om een beleidsinstrumentarium te ontwikkelen waarmee periodiek en vraag gestuurd de brede maatschappelijke kosten en baten van preventie gekwantificeerd kunnen worden. De TWG-KBP adviseert de Minister van VWS om het initiatief te nemen zodat dit beleidsinstrumentarium er daadwerkelijk komt en acht het van groot belang dat relevante kennisinstellingen hierin een leidende rol spelen. Om dit beleidsinstrumentarium effectief in te kunnen zetten in de beleidscyclus adviseert de TWG-KBP de Minister van VWS om de bestuurlijke context hiervoor te ontwikkelen.

Ten slotte, gaat de TWG-KBP in op wat er nodig is om haar advies te implementeren in de praktijk, gegeven de context van de huidige vormgeving van het preventiebeleid in Nederland. De TWG-KBP acht het voor de implementatie van haar advies van belang dat: 1) beleidsmakers breder kijken naar passend bewijs voor preventie dan gerandomiseerde, gecontroleerde studies, 2) er een regeling komt voor de financiering van onderzoek naar de kosten en baten van potentieel waardevolle preventie maatregelen die gecombineerd wordt met een vorm van horizon scanning, 3) beleidsmakers en politici een brede maatschappelijke blik hanteren, met oog voor non-monetaire baten en baten op de lange(re) termijn, 4) er een structureel budget beschikbaar komt voor de financiering van preventie, en 5) een partij met voldoende mandaat en middelen zich opwerpt om met de aanbevelingen en kennisvragen uit dit advies aan de slag te gaan. Met betrekking tot dit laatste punt zou het voor de hand liggen als de overheid zich hiervoor opwerpt gezien de grondwettelijke verplichting om aan gezondheidsbevordering te doen.

## English summary

The Technical Working Group on Costs and Benefits of Prevention (TWG-KBP) is a temporary working group established by the Knowledge Platform Prevention (KPP) of the Ministry of Health, Welfare and Sports (VWS). The KPP asked the TWG-KBP to advise how the broad costs and benefits and budgetary effects of prevention can best be weighed and included in the preparation of political and administrative decision-making. From this, this advice has emerged.

Central to this advice is the position of the TWG-KBP that prevention is no different from other policies with health as a primary or secondary goal, and that, therefore, the same methods, guidelines and assessment frameworks apply to prevention. From this, it follows that for prevention, as for any other policy with health as a goal, such as hospital care or pharmaceuticals, a broad welfare-economic analysis is the gold standard. By broad welfare-economic analysis, the working group refers to a cost-utility analysis (CUA) from a societal perspective or a social cost-benefit analysis (SCBA). Both instruments use the societal perspective which means that all relevant costs and benefits should be included in the analysis, regardless of who bears the costs and to whom the benefits accrue and regardless of when the costs and benefits occur and in which sector. In addition to this, the working group considers it important to make the distributional effects visible by showing what the costs and benefits are for the stakeholders relevant to the policymaker.

In line with existing guidelines and what is common for other policies with health as a goal, the TWG-KBP recommends using at least the QALY (quality adjusted life year) for measuring health benefits, supplemented with another outcome measure if necessary. When assessing the evidence for the health benefits of prevention, the TWG-KBP considers it important to take a broader view than just randomized controlled trials (RCTs) because these are not feasible for many types of prevention. Therefore, if RCTs are not reasonably feasible for practical or ethical reasons, the TWG-KBP recommends using quasi-experimental econometric methods to analyze observational data and, if long-term effects are involved, using intermediate outcome measures in combination with modeling. In doing so, the TWG-KBP considers it important to determine what is the most appropriate evidence for each type of prevention (in other words, what is the strongest possible evidence given practical and normative barriers). To this end, the TWG-KBP considers it desirable to develop a framework for identifying appropriate evidence in prevention.

To include health benefits measured in QALYs in economic evaluations, a monetary valuation of the QALY is needed. The TWG-KBP recommends to use one uniform QALY value (reference value/monetary valuation) for all types of policies with health as their goal, including prevention, so that the outcomes of economic evaluations of different policy options focused on health can be compared as closely as possible. To arrive at this uniform QALY value, the TWG-KBP recommends setting up a broadly supported working group to establish and periodically recalibrate the QALY value. Until a single uniform QALY value is established by such a working group, the TWG-KBP

recommends using a value of €50,000 per QALY since this value appears to be most consistent with research and existing guidelines and assessment frameworks for economic evaluations. There are conceivable situations in which policymakers also want to give space to considerations other than cost-effectiveness. Such considerations could be included in the incremental cost-effectiveness ratio or cost-benefit estimate, but could also be specified separately as an additional criterion. The TWG-KBP recommends that such relevant considerations are transparently and clearly placed alongside - rather than within - the incremental cost-effectiveness ratio / cost-benefit estimate in decision-making.

The TWG-KBP notes that in agenda-setting and budgeting for prevention policies, the focus is mostly on the short-term budgetary impact. For prevention, however, this focus is too narrow. It is important to consider the monetary and non-monetary costs and benefits of policies in the short, medium and long term when making decisions. To assist policymakers in agenda-setting and budgeting for prevention policies, the TWG-KBP recommends developing a policy instrument that can periodically and in a demand-driven way quantify the broad societal costs and benefits of prevention. The TWG-KBP advises the Minister of Health, Welfare and Sports to take the initiative so that this policy instrument is actually created and considers it of great importance that relevant knowledge institutions play a leading role in this. To effectively deploy this policy instrument in the policy cycle, the TWG-KBP advises the Minister of Health, Welfare and Sport to develop the policy context for this.

Finally, the TWG-KBP addresses what is needed to implement its advice in practice, given the context of the current design of prevention policy in the Netherlands. The TWG-KBP considers it important for the implementation of its advice that: 1) policymakers adopt a broader view on appropriate evidence for prevention than randomized controlled trials, 2) there will be a scheme for funding research into the costs and benefits of potentially valuable prevention measures combined with a form of horizon scanning, 3) policymakers and politicians take a broad societal view, with an eye for non-monetary and long-term benefits, 4) a structural budget is made available for the financing of prevention, and 5) a party with sufficient mandate and resources takes the initiative to work on the recommendations and knowledge questions from this advice. With regards to this last point, it would be logical for the government to step up to the plate in view of its constitutional obligation to promote health.

# 1. Inleiding

## 1.1 Opdracht

Het Kennisplatform preventie (KPP) houdt zich in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) bezig met het verbeteren van de aansluiting tussen kennis, beleid en praktijk op het gebied van preventie. Om de aansluiting tussen kennis, beleid en praktijk te vergroten, heeft het KPP opdracht gegeven om een tijdelijke, technische werkgroep in te richten over de kosten en baten van preventie (TWG-KBP). Mede naar aanleiding van een adviesaanvraag van VWS, **heeft het KPP de TWG-KBP gevraagd om te adviseren hoe de brede kosten en baten en de budgettaire effecten van preventie het beste gewogen en meegenomen kunnen worden in de voorbereiding van de politieke en bestuurlijke besluitvorming.** Zie voor meer informatie de adviesaanvraag in de Bijlage.

Het KPP heeft de TWG-KBP gevraagd om in haar advies aandacht te besteden aan vijf onderwerpen:

- 1) bruikbaarheid van quality-adjusted life years (QALYs) voor preventie
- 2) methode voor het berekenen van het effect van preventie op de rijksbegroting
- 3) de maatschappelijke betalingsbereidheid voor een QALY die gewonnen wordt met preventie
- 4) bestuurlijk-organisatorische aspecten van preventie
- 5) financiële aspecten van preventie.

Deze vijf onderwerpen zullen in de vier inhoudelijke hoofdstukken van dit advies aan bod komen.

## 1.2 Achtergrond opdracht

Elke euro kan slechts één keer uitgeven worden. Voor de overheid is dat niet anders dan voor een burger. Geld dat besteed wordt aan preventie, zoals aan een leefstijlinterventie of een vaccin, kan niet worden besteed aan curatieve zorg, zoals een operatie of een medicijn, of aan langdurige zorg; en geld dat wordt uitgegeven aan gezondheid kan niet worden uitgegeven aan onderwijs of defensie. Uiteraard kan de overheid via belastingen en premies meer geld binnenhalen om uit te geven. Dit kan echter niet eindeloos. Hogere belastingen en premies gaan immers ten koste van andere uitgaven van burgers, bijvoorbeeld aan eten, woonlasten en kleding. Zowel burgers als de overheid moeten dus keuzes maken over de besteding van het voor hen beschikbare budget. Om deze keuzes te maken, is het behulpzaam om de kosten van de verschillende bestedingsopties af te wegen tegen de baten die met deze bestedingsopties bereikt kunnen worden.

Om de kosten en de baten van bestedingsopties in kaart te brengen, gebruiken economen en beleidsmakers economische evaluatiemethoden waarvan de kostenutiliteitsanalyse (KUA) en de maatschappelijke kosten-baten analyse (MKBA) voor preventie de belangrijkste zijn. Zie voor meer uitleg over de verschillende methoden voor economische evaluatie Tekstbox 1.1. Binnen het gezondheidsdomein zijn er over het algemeen twee “scholen” van economische evaluaties, de ene school die haar oorsprong heeft in de gezondheidszorg, gaat uit van een KUA met maatschappelijk

perspectief, de andere school die haar oorsprong heeft in de economie, gaat uit van een MKBA. Wanneer welke methode gebruikt dient te worden is niet duidelijk omschreven, vaak historisch zo gegroeid en hangt af van de vraag van de opdrachtgever, de probleemstelling en de beschikbare middelen. Een MKBA is doorgaans beter geschikt in het geval van veel verschillende, brede maatschappelijke kosten en baten, maar is in het algemeen ook tijdsintensiever dan een KUA. Een KUA is de standaard als het gaat om interventies die mogelijk in aanmerking komen voor vergoeding uit het basispakket van de zorgverzekering en is beter geschikt in het geval van een interventie met minder brede maatschappelijke kosten en baten. Een MKBA en een KUA vanuit het maatschappelijk perspectief liggen qua methodiek dicht bij elkaar, maar verschillen op een paar belangrijke punten. **Dit advies gaat in op de beste toepassing van methoden voor economische evaluatie bij de berekening van de kosten, baten en budgettaire effecten van preventie zodat deze meegenomen en gewogen kunnen worden in de besluitvorming.** Omdat zowel KUA met maatschappelijk perspectief als MKBA belangrijke methodes zijn voor economische evaluaties van preventie, zullen in dit advies voor beide methodes aanbevelingen gegeven worden over de beste aanpak. Daarnaast zal de TWG-KBP in gaan op hoe de aanbevelingen over deze methoden zich verhouden tot de rijksbegroting en budgettaire effecten van preventie.

Overigens dient wel opgemerkt te worden dat besluitvorming over preventie soms ook andere informatie nodig heeft dan informatie over de kosten, baten en budgettaire effecten. Zo kan preventie ook tot doel hebben om sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen door het verbeteren van de gezondheid van de groep met een achterstand in gezondheid, de verspreiding van ziektes te voorkomen of de levensstandaard te vergroten. Als dit het geval is, is het van belang om andere criteria, zoals de mate waarin de gezondheid van mensen met een gezondheidsachterstand verbeterd wordt, ook mee te wegen in de besluitvorming.

#### **Tekstbox 1.1: Achtergrondinformatie economische evaluatie (1)**

In een economische evaluatie worden de additionele baten van beleid (een interventie, programma of aanpak) afgewogen tegen de additionele kosten voor datzelfde beleid. Binnen het gezondheidsdomein kan beleid bijvoorbeeld een behandeling zijn zoals een operatie, een preventieve interventie zoals een leefstijlinterventie of een preventieprogramma zoals Kansrijke Start. De additionele kosten en baten van beleid, in economische evaluaties vaak aangeduid met de term interventie (I), worden in een economische evaluatie vergeleken met een alternatief (A). Het alternatief is vaak de situatie zoals die nu is of het beste alternatieve beleid. De resultaten van een economische evaluatie worden vaak weergegeven in de vorm van een incrementele kosteneffectiviteitsratio (IKER):

$$IKER = \frac{\Delta \text{Kosten}}{\Delta \text{Baten}} = \frac{\text{Kosten}_{\text{interventie}} - \text{Kosten}_{\text{alternatief}}}{\text{Baten}_{\text{interventie}} - \text{Baten}_{\text{alternatief}}}$$

Er zijn verschillende soorten economische evaluaties. De soorten economische evaluaties kunnen worden onderverdeeld naar het type baten dat meegenomen wordt in de economische evaluatie:

- In een **kosteneffectiviteitsanalyse (KEA)** worden de baten van beleid uitgedrukt in een gezondheidsmaat, zoals bloeddruk, progressievrije overleving of BMI. Het resultaat van een KEA wordt dan ook uitgedrukt in de kosten per additionele gezondheidseenheid gerealiseerd door het beleid, zoals de kosten om het BMI in een populatie met één punt te verlagen.
- Een **kostenutiliteitsanalyse (KUA)** is een specifieke vorm van een KEA. Bij een KUA worden de baten uitgedrukt in quality-adjusted life years (QALYs). QALYs zijn voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren, een gecombineerde maat voor mortaliteit en morbiditeit. Voor meer informatie over de QALY, zie Tekstbox 2.2. Het voordeel van een KUA ten opzichte van een KEA is dat verschillende beleidsmaatregelen (die zich op verschillende aandoeningen en verschillende gezondheidsuitkomsten focussen) door het gebruik van een uniforme uitkomstmaat toch met elkaar vergeleken kunnen worden.
- In een **kosten-baten analyse (KBA)** worden de baten van beleid uitgedrukt in geld. Het voordeel van een KBA ten opzichte van een KUA en een KEA is dat verschillende baten gecombineerd kunnen worden in één monetaire waarde, die direct weerspiegelt of de investering in beleid welvaartsverhogend of welvaartsverlagend is. Het nadeel van een KBA is dat voor iedere te onderscheiden baat een monetaire waardering nodig is die soms lastig vast te stellen is. In de literatuur komt ook de term **maatschappelijke kosten-baten analyse (MKBA)** terug en ook in dit rapport zullen we over MKBA spreken. Een MKBA is een KBA met een maatschappelijk perspectief. Zie hieronder meer over het maatschappelijke perspectief.

Daarnaast kan er bij economische evaluaties onderscheid gemaakt worden naar het perspectief dat gehanteerd wordt. Het perspectief bepaalt welke kosten en baten meegenomen worden in een economische evaluatie. Welk perspectief gehanteerd wordt, kan veel effect hebben op de kosteneffectiviteit van bepaald beleid. Soms is beleid vanuit het ene perspectief kosteneffectief en vanuit een ander perspectief niet.

De meest voorkomende perspectieven in economische evaluaties van gezondheidsbeleid zijn het maatschappelijk perspectief en het gezondheidszorg perspectief:

- Bij een **maatschappelijk perspectief** worden alle kosten en baten meegenomen. Ook de kosten en baten die terecht komen buiten de zorg, zoals het effect op arbeidsproductiviteit en mantelzorgers. Vaak beperkt het maatschappelijk perspectief zich wel tot de kosten en baten binnen het eigen land.
- Bij een **gezondheidszorgperspectief** worden alleen de kosten en baten binnen de gezondheidszorg meegenomen. Het omvat dus bijvoorbeeld wel de kosten van de huisarts en van medicatie, maar het effect op bijvoorbeeld arbeidsproductiviteit valt erbuiten.

Daarnaast bestaan ook nog het zorgverzekeraarsperspectief, het zorgverlenersperspectief en het patiëntenperspectief. Deze perspectieven worden echter weinig gebruikt en zijn minder relevant in



de context van preventie. In Nederland wordt bij economische evaluaties in principe altijd het maatschappelijk perspectief aangehouden.

### 1.3 Totstandkoming advies

Voor de totstandkoming van dit advies is de TWG-KBP viermaal bij elkaar gekomen. Tussendoor hebben er individuele gesprekken plaatsgevonden en heeft consultatie via email plaatsgevonden. Daarnaast heeft de TWG-KBP op twee manieren een bredere groep experts betrokken bij de totstandkoming van het advies: 1) een algemene consultatie over het conceptadvies en 2) een aparte sessie met experts op het gebied van ziektelast. Halverwege en aan het einde van het traject zijn de voortgang en richting van het advies gepresenteerd en besproken met de opdrachtgever, het KPP. Daarnaast heeft het Ministerie van VWS als opdrachtgever van het KPP en als waarnemer deelgenomen aan alle vergaderingen van de technische werkgroep.

### 1.4 Afbakening advies

#### 1.4.1 Beperkt tot technische vraagstukken

Dit advies is opgesteld door een technische werkgroep. Daarom **beperkt dit advies zich tot technische vraagstukken**, vraagstukken waar onderbouwd door de wetenschappelijke literatuur antwoord op kan worden gegeven. Waar de werkgroep normatieve/politieke vraagstukken tegen is gekomen, zijn deze benoemd in het advies. Antwoord geven op deze normatieve/politieke vraagstukken valt buiten de opdracht van de TWG-KBP.

#### 1.4.2 Beperkt tot de voorbereidende fase van besluitvorming en hoe kosten, baten en budgettaire impact in deze fase meegenomen dienen te worden

De opdracht aan de TWG-KBP is om te adviseren hoe de kosten, baten en budgettaire impact van preventie het beste kunnen worden meegenomen in de voorbereiding van besluitvorming (ook wel aangeduid met de term ex-ante). Dit betekent dat **het advies de evaluatiefase betreft die voorafgaat aan de besluitvorming**, met name de informatie over kosten, baten en budgettaire impact die verzameld dient te worden ter voorbereiding op besluitvorming. Als het gaat over de bewijslast voor preventie rekenen we daartoe ook de ex-ante aanbevelingen (aanbevelingen vóór besluitvorming) voor ex-post evaluatie (evaluatie na besluitvorming) aan de hand van aanvullend bewijs dat verzameld kan worden in de praktijk.

In de uiteindelijke besluitvorming spelen ook politieke en normatieve afwegingen, zoals draagvlak en de politieke prioriteiten van de bewindspersoon of de beleidsmaker, een belangrijke rol. Deze afwegingen vallen buiten de afbakening van dit advies.

Waar in dit advies de term beleidsmakers gebruikt wordt, wordt iedereen bedoeld die betrokken is bij de beleidsvoorbereiding en/of de besluitvorming.



### 1.4.3 Brede focus wat betreft preventie

Preventie is een breed begrip. Het omvat bijvoorbeeld valpreventie bij ouderen, een belasting op suikerhoudende dranken en het gezonder maken van de leefomgeving, maar ook vaccinaties, bevolkingsonderzoeken en leefstijlinterventies. Het omvat zowel specifieke interventies als integrale aanpakken of programma's. Zie Tekstbox 1.2 voor de verschillende indelingen van preventie. Deze indelingen zijn deels overlappend en complementair. In dit advies wordt een brede focus gehanteerd.

**Het advies is van toepassing op al het preventiebeleid (beleidsinterventies, beleidsprogramma's en integrale beleidsaanpakken), zowel binnen als buiten de gezondheidszorg, dat zich primair of secundair richt op het behouden van een goede gezondheid of het voorkómen van het ontstaan of verergeren van gezondheidsproblemen (2, 3).** Beleid waarbij gezondheid niet expliciet het primaire of secundaire doel is, maar waar het behouden van gezondheid of het voorkómen van (het verergeren van) gezondheidsproblemen een neveneffect is, valt buiten beschouwing van dit advies. Denk bijvoorbeeld aan koffiemomenten in het buurthuis. Als welzijn het primaire en enige doel is van deze koffiemomenten, dan vallen deze koffiemomenten buiten beschouwing van dit advies, ook als blijkt dat ze ook een positief effect hebben op gezondheid. Is naast welzijn, gezondheid een expliciet doel van beleidsmakers met de koffiemomenten, dan is dit advies er wel op van toepassing.

Waar in dit advies de term "interventie" gebruikt wordt, wordt al het preventiebeleid bedoeld. Dus ook preventieprogramma's en integrale preventieaanpakken.

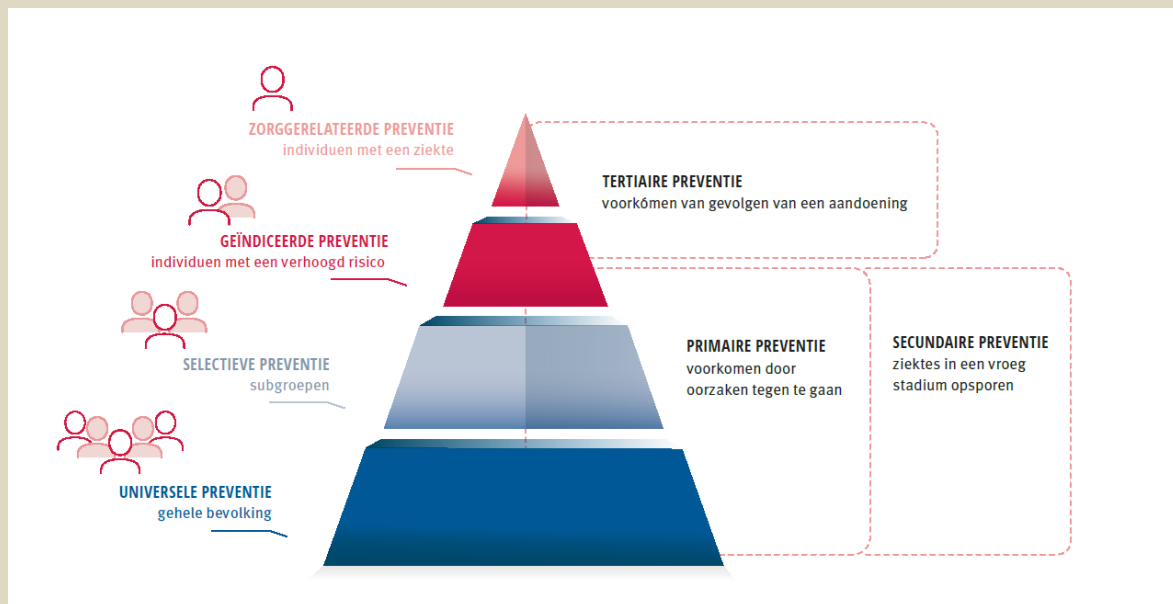
#### **Tekstbox 1.2: Soorten preventie**

Preventief beleid kan worden ingedeeld naar (2-4):

1. Doelstelling van het beleid
  - a. Gezondheidsbescherming: beschermen tegen de blootstelling aan schadelijke factoren/risicofactoren.
  - b. Gezondheidsbevordering: bevorderen van gezond gedrag.
  - c. Ziektepreventie: voorkómen van (zwaardere vormen van) aandoeningen en complicaties door risicofactoren of de aandoening zelf vroeg op te sporen en te behandelen.
2. Stadium van de aandoening waar preventie zich op richt
  - a. Primaire preventie: voorkómen van gezondheidsproblemen/aandoeningen door het wegnemen/verminderen van de oorzaken daarvan.
  - b. Secundaire preventie: Het in een vroeg stadium opsporen van aandoeningen zodat vroege behandeling mogelijk is en ergere gezondheidsklachten kunnen worden voorkómen.
  - c. Tertiaire preventie: voorkómen of beperken van verergering van een aandoening en de klachten als gevolg van een aandoening.
3. Doelgroep van het beleid

- Universele preventie: preventie gericht op de gehele bevolking.
- Selectieve preventie: preventie gericht op groepen met een verhoogd risico op een aandoening, zoals groepen waarbij een aandoening relatief vaak voorkomt.
- Geïndiceerde preventie: preventie gericht op individuen met een verhoogd risico op een aandoening.
- Zorggerelateerde preventie: preventie gericht op individuen met een aandoening.

In het NFU-paper *Preventie: wat is het, en hoe benutten we het optimaal? (2)* worden de indelingen naar stadium van de ziekte en doelgroep schematisch weergegeven in de preventiepiramide:



Figuur: Preventiepiramide uit het NFU-rapport "Preventie: wat is het, en hoe benutten we het optimaal?" (2)

## 1.5 Leeswijzer

Dit advies is opgedeeld in een Inleiding (Hoofdstuk 1), vier inhoudelijke Hoofdstukken (Hoofdstuk 2 t/m 5) en een Conclusie (Hoofdstuk 6). Aan het begin van elk inhoudelijk Hoofdstuk worden de hoofdpunten uit het Hoofdstuk opgesomd in een kader. Deze hoofdpunten komen aan het eind van het advies terug in Hoofdstuk 6. **Hoofdstuk 2** beschrijft dat preventie een brede welvaartseconomische analyse vereist door middel van een KUA met maatschappelijk perspectief of een MKBA en beschrijft uitgangspunten voor deze analyse. **Hoofdstuk 3** gaat nader in op het meenemen en kwantificeren van de gezondheidsbaten van preventie in economische evaluaties volgens deze brede welvaartseconomische benadering. **Hoofdstuk 4** gaat in op het belang van budgettaire effecten en de rijksbegroting vanuit de brede welvaartseconomische benadering. **Hoofdstuk 5** schetst een aantal knelpunten en oplossingsrichtingen rond de financiering van preventie.

## 1.6 Kennisagenda

In dit advies komt een aantal onderwerpen aan bod waarover op dit moment onvoldoende kennis is om een technisch onderbouwd advies te geven. Het is essentieel om deze kennishiaten te vullen zodat er meer duidelijkheid komt over de beste methode voor economische evaluaties van preventie. De kennishiaten zijn door het advies heen, op de plek waar ze besproken worden, uitgelicht in een kader. Aan het einde van het advies, in Hoofdstuk 6, zijn deze kennishiaten samengevoegd in een kennisagenda. De TWG-KBP adviseert de wetenschappelijke wereld om onderzoek te doen naar deze kennishiaten en financiers om geld beschikbaar te stellen voor zulk onderzoek.

## 2. Uitgangspunten voor een brede welvaartseconomische analyse van preventie

### Hoofdpunten Hoofdstuk 2:

- Preventie is niet anders dan ander beleid met gezondheid als primair of secundair doel. Daarom dient een brede welvaartseconomische analyse (een kostenutiliteitsanalyse met maatschappelijk perspectief of een maatschappelijke kosten-baten analyse) ook voor preventie de standaard te zijn.
- De TWG-KBP neemt de bestaande richtlijnen voor economische evaluaties als uitgangspunt voor preventie.
- In lijn met de bestaande richtlijnen voor economische evaluaties adviseert de TWG-KBP voor economische evaluaties van preventie:
  - Stel bij de start van een economische evaluatie de probleemstelling, de doelstelling, de interventie en het alternatief duidelijk vast.
  - Hanteer het maatschappelijk perspectief. Dus denk breed na over de kosten en baten van preventieve interventies.
    - Heb dus ook oog voor intersectorale kosten en baten (kosten en baten buiten de gezondheidszorg).
    - Waak daarbij wel voor dubbeltellingen.
  - Breng de verdelingseffecten van preventiemaatregelen in beeld
  - Hanteer voor preventie dezelfde discontovoet als voor ander beleid met gezondheid als doel.

### 2.1 Preventie is niet anders dan elk ander beleid gericht op gezondheid, dus hanteer dezelfde methoden

Gezondheid kan op verschillende manieren gerealiseerd worden. Zo richt curatieve zorg zich op het verhelpen van een gezondheidsprobleem of de klachten daarvan of op het voorkómen van een verslechtering in de gezondheidstoestand. Langdurige zorg richt op het zo goed mogelijk behouden van gezondheid en welzijn en het leren omgaan met bestaande gezondheidsproblemen. Preventie richt zich (primair of secundair) op het bevorderen en behouden van gezondheid en op het voorkómen van gezondheidsproblemen of een verergering daarvan. Zowel bij curatieve zorg als bij langdurige zorg en bij preventie worden er dus middelen geïnvesteerd om gezondheid te behouden of te realiseren. **Daarom is preventie niet anders dan elk ander beleid met gezondheid als doel.**

Uit het standpunt dat preventie niet anders is dan elk ander beleid met gezondheid als doel, volgt dat op preventie dezelfde methoden voor economische evaluatie van toepassing zijn als op ander beleid met gezondheid als doel. Dat betekent dat, net als voor ander beleid met gezondheid als doel, de KUA met maatschappelijk perspectief en de MKBA de standaard zijn voor economische evaluaties

van preventie. **Met andere woorden: ook voor preventie is een brede welvaartseconomische analyse de standaard.** Voor economische evaluaties van beleid met gezondheid als doel, bestaan in Nederland wetenschappelijk onderbouwde en breed gedragen richtlijnen. De TWG-KBP verwijst in dit verband naar: de Nederlandse richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (5), de algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse (6) en de werkwijzer voor kosten-batenanalyse in het sociale domein (7). Van deze richtlijnen is de Nederlandse richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg van toepassing op KUA's en zijn de leidraden voor kosten-batenanalyses van toepassing op MKBA's. Zie Tekstbox 2.1 voor meer informatie over deze bestaande richtlijnen voor economische evaluaties. **De TWG-KBP neemt deze bestaande richtlijnen voor economische evaluaties als uitgangspunt voor de economische evaluatie van preventie.** Het als uitgangspunt hanteren van dezelfde richtlijnen voor preventie als voor ander beleid met gezondheid als doel, heeft als voordeel dat verschillende investeringen in gezondheid beter vergeleken kunnen worden.

In de hierop volgende paragrafen, licht de TWG-KBP een aantal adviezen uit voor economische evaluaties van preventie, naar aanleiding van de bestaande richtlijnen voor economische evaluaties. In de bespreking van deze adviezen zal specifiek worden aangegeven in hoeverre deze in lijn zijn met de bestaande richtlijnen voor economische evaluaties en in hoeverre deze volgens de TWG-KBP voor preventie afwijken van voor ander beleid met gezondheid als doel.

#### **Tekstbox 2.1: Richtlijnen voor economische evaluatie van gezondheidsbeleid**

In Nederland zijn er drie wetenschappelijk onderbouwde en breed gedragen methodologische richtlijnen voor het uitvoeren van economische evaluaties in het gezondheidsdomein: 1) de Nederlandse richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (5), 2) de algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse (6) en 3) de werkwijzer voor kosten-batenanalyse in het sociale domein (7).

#### **De Nederlandse richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg (5)**

De Nederlandse richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg is opgesteld door een tijdelijke commissie van experts in opdracht van Zorginstituut Nederland. De richtlijn is voor het laatst geactualiseerd in 2015 en wordt momenteel herzien. De verwachte publicatiedatum van de volgende versie van de richtlijn is 16 januari 2024. De richtlijn bestaat uit een basisdocument dat de verschillende onderdelen van een economische evaluatie beschrijft, en een aantal verdiepingmodules. Het basisdocument bevat een standaardanalyse waarin de uitgangspunten voor een economische evaluatie zijn samengevat. Volgens de richtlijn moet deze standaardanalyse altijd gerapporteerd worden, zodat verschillende economische evaluaties zo goed mogelijk onderling vergelijkbaar zijn. Deze richtlijn gaat primair uit van een kostenutiliteitsanalyse met maatschappelijk perspectief.

**De algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse (6)**

De algemene leidraad voor MKBA's is in 2013 opgesteld door het Centraal Planbureau en het Planbureau voor de Leefomgeving in opdracht van de Commissie voor Economische Zaken, Infrastructuur en Milieu. De leidraad beschrijft de stappen die in een MKBA gezet moeten worden en aan welke eisen een MKBA moet voldoen. Het biedt een kader waaraan alle MKBA's minimaal moeten voldoen.

**De werkwijzer voor kosten-batenanalyse in het sociale domein (7)**

Naast de algemene leidraad (zie 2.) zijn er werkwijzers opgesteld die in gaan op de praktische toepassing van de leidraad in specifieke vakgebieden. De werkwijzer voor kosten-batenanalyses in het sociale domein is in 2016 opgesteld door SEO economisch onderzoek in opdracht van de Ministeries Volksgezondheid, Welzijn en Sport; Onderwijs, Cultuur en Wetenschap; Sociale zaken en Werkgelegenheid en Binnenlandse zaken. Het is van toepassing op MKBA's over de werkerreinen van deze vier ministeries. Deze werkwijzer is bedoeld om handvatten te geven bij het uitvoeren van MKBA's binnen het sociale domein, inclusief zorg en preventie.

## 2.2 Stel bij de start van een economische evaluatie de probleemstelling, de doelstelling, de interventie en het alternatief duidelijk vast

**De bestaande richtlijnen voor economische evaluatie schrijven voor dat, alvorens aan een economische evaluatie wordt begonnen, eerst de probleemstelling, de doelstelling, de interventie en het alternatief duidelijk moeten worden vastgesteld. De TWG-KBP onderstreept dat dit ook bij preventie van belang is.** Welke preventiemaatregel wordt bekeken en waar wordt deze mee vergeleken? Wat is het doel van de preventiemaatregel en van de economische evaluatie? Welke uitkomstmaten passen bij deze doelstelling? Beantwoording van deze vragen is een essentiële stap bij de start van een economische evaluatie. Voor de beantwoording van deze vragen kan, zoals ook beschreven in de Nederlandse richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg, gebruik gemaakt worden van PICOTS. PICOTS staat voor: (gezondheids)Probleem, Interventie, Comparator (alternatief/interventie waarmee het wordt vergeleken), Outcome (uitkomst(maat)), Tijdsperiode van de evaluatie en Situatie/context van de evaluatie. Elk onderdeel van de PICOTS moet voor de start van de economische evaluatie duidelijk omschreven zijn.

## 2.3 Hanteer het maatschappelijk perspectief: kijk breed naar de kosten en baten van preventieve interventies

De bestaande richtlijnen voor economische evaluaties schrijven daarnaast voor om een maatschappelijk perspectief te hanteren voor economische evaluaties van gezondheidsbeleid. In lijn met deze richtlijnen **adviseert de TWG-KBP ook bij preventie het maatschappelijke perspectief te**

**hanteren.** Zie Tekstbox 1.1 voor meer informatie over de verschillende perspectieven die bij een economische evaluatie gehanteerd kunnen worden.

Het maatschappelijk perspectief houdt in dat alle relevante kosten en baten van beleid meegenomen dienen te worden, ongeacht wie de kosten dragen en aan wie de baten toekomen en ongeacht wanneer de kosten en baten zich voordoen. Dit betekent dat naast de directe kosten en de gezondheidseffecten van het beleid, ook andere kosten en baten van het beleid meegenomen dienen te worden. Verder betekent het dat de kosten en baten dienen te worden meegenomen voor de hele periode waarin effecten worden verwacht, wat bij preventie vaak een lange tijdperiode betreft. Kosten en baten die niet kwantificeerbaar zijn, moeten wel vermeld worden, zodat duidelijk is dat deze kosten en baten ook relevant zijn, maar niet in de incrementele kosteneffectiviteitsratio of in de kosten-baten schatting zitten. Omdat bij een KUA de incrementele kosten worden afgezet tegen het incrementele effect op één uitkomstmaat, namelijk de QALY, dienen alle andere relevante kosten en baten monetair meegenomen te worden in de incrementele kosten van de interventie.

### 2.3.1 Heb oog voor intersectorale kosten en baten

Veel kosten en baten van preventie vallen buiten de gezondheidszorg. Denk hierbij bijvoorbeeld aan de baten die werkgevers en het bedrijfsleven ontvangen in de vorm van lager ziekteverzuim, minder arbeidsongeschiktheid en een langere inzetbaarheid van werknemers als gevolg van preventie. Andere voorbeelden zijn baten in het onderwijs door betere leerprestaties en baten op het gebied van veiligheid en justitie door minder (verkeers)overtredingen. Dit soort kosten en baten in andere sectoren dan de gezondheidszorg worden ook wel aangeduid met de term ‘intersectorale kosten en baten’ (8). **Het hanteren van een maatschappelijk perspectief impliceert dan ook dat relevante intersectorale kosten en baten meegenomen dienen te worden in economische evaluaties van preventie.** De TWG-KBP verwijst in dit kader naar de Handleiding intersectorale kosten en baten van (preventieve) interventies (8). Deze handleiding bevat handvatten voor onderzoekers om intersectorale kosten en baten mee te kunnen nemen in economische evaluaties. Het meenemen van intersectorale kosten en baten kan overigens ook in het kader van curatieve en langdurige zorg relevant zijn. Echter is bij preventie vaker sprake van relevante intersectorale kosten en baten. Daarom is het meenemen van dit soort kosten en baten extra van belang bij preventie.

### 2.3.2 Waak voor dubbeltellingen

Het is bij het hanteren van het maatschappelijk perspectief **belangrijk om te waken voor dubbeltellingen**: het is niet de bedoeling om kosten of baten mee te nemen die ook al in andere kosten en/of baten zitten. Zie Tekstbox 2.2 voor een voorbeeld van een situatie waar dubbeltellingen zich voor kunnen doen. De TWG-KBP adviseert, in lijn met de bestaande richtlijnen voor economische evaluaties, om bij elke economische evaluatie van preventie de gemaakte keuzes wat betreft meegenomen uitkomstmaten, kosten en baten goed toe te lichten en eventuele risico's op dubbeltellingen te beschrijven.

**Tekstbox 2.2: Voorbeeld van mogelijke dubbeltellingen**

Een voorbeeld van een situatie waar dubbeltellingen zich voor kunnen doen is als iemand door preventie langer in goede gezondheid blijft en daardoor een hogere arbeidsproductiviteit heeft dan als deze persoon geen preventie had gehad. Door de hogere arbeidsproductiviteit heeft deze persoon ook een hoger loon en kan hij/zij meer consumeren. De werknemer en zijn bedrijf gaan er dan beiden op vooruit, net zoals de middenstand die vanwege de hogere consumptie een hogere omzet heeft. Als echter zowel de hogere arbeidsproductiviteit als het hogere loon volledig worden meegenomen in de economische evaluatie ontstaat er een dubbeltelling. Wordt de gestegen consumptie ook meegeteld dan is er zelfs sprake van een driedubbeltelling. De hogere consumptie en het hogere salaris worden namelijk betaald uit de hogere arbeidsproductiviteit. Vanuit een maatschappelijk perspectief moet daarom alleen de stijging van de arbeidsproductiviteit als baat worden meegeteld.

Het letten op dubbeltellingen is bij het gebruik van de QALY (zie voor meer over de QALY Hoofdstuk 3) een extra aandachtspunt. Voor het omzetten van een gezondheidsstatus naar een QALY is een weging door de algemene bevolking nodig. Daarnaast is voor het monetair waarderen van een QALY een waardering door de algemene bevolking nodig. Het is mogelijk dat mensen in de weging en de waardering van de QALY vooronderstellingen over arbeidsparticipatie, schoolprestaties en welzijn meenemen. Onderzoek dat tot op heden op dit onderwerp is gedaan, kent veel beperkingen zoals een kleine groep deelnemers, de eenzijdige focus op inkomen (wat geen goede proxy is voor productiviteit) en het gebrek aan externe validiteit omdat bijvoorbeeld alleen studenten of zorgprofessionals aan het onderzoek hebben deelgenomen (9). Daarom is op dit moment onvoldoende duidelijk of en wanneer er dubbeltellingen plaatsvinden bij het gebruik van de QALY. Om deze reden adviseert de TWG-KBP, totdat er meer duidelijk is over dubbeltellingen bij het gebruik van de QALY, de verschillende kosten en baten apart mee te nemen in economische evaluaties.

Overigens is het waken voor dubbeltellingen geen uniek aandachtspunt voor economische evaluaties van preventieve interventies. Dit is ook bij andere economische evaluaties een aandachtspunt.

## 2.4 Breng de verdelingseffecten van preventieve interventies in beeld

De werkwijzer voor kosten-batenanalyse in het sociale domein schrijft voor om naast de effecten van een beleidsmaatregel op de totale welvaart in Nederland, ook de verdelingseffecten te laten zien. Hiermee wordt bedoeld dat het belangrijk is om per groep betrokkenen uit te splitsen wat de kosten en baten zijn van het beleid voor die groep betrokkenen of binnen die groep betrokkenen. Denk bij preventie dan bijvoorbeeld aan de rijksoverheid, werkgevers, zorgverzekeraars en de ontvangers van de preventiemaatregel zelf. Voor welke groepen betrokkenen het relevant is om de kosten en baten uit te splitsen, hangt af van het doel van de beleidsmaatregel en de verwachte verschillen in kosten en baten tussen verschillende groepen betrokkenen.



**De TWG-KBP onderstreept het belang van het laten zien van verdelingseffecten in economische evaluaties van preventie.** Voor preventie is het, ten opzichte van curatieve en langdurige zorg, extra van belang om verdelingseffecten te laten zien omdat er veel partijen betrokken zijn bij preventie en de baten van preventie dikwijls op een andere plek terecht komen dan bij de partij die in de preventiemaatregel geïnvesteerd heeft.

Daarnaast is preventie bij uitstek geschikt om iets te doen aan sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Om inzicht te krijgen in het effect van een preventiemaatregel op sociaaleconomische gezondheidsverschillen is het belangrijk om de verdelingseffecten van de preventiemaatregel te laten zien, bijvoorbeeld voor mensen met een gezondheidsachterstand, mensen met een gemiddelde gezondheid en mensen met een gezondheidsvoorsprong, of voor mensen met een verschillend inkomen of opleidingsniveau.

## 2.5 Gebruik voor preventie dezelfde discountvoet als voor ander beleid met gezondheid als doel

Omdat mensen, ook als er geen inflatie of rente zou zijn, een voorkeur hebben voor het eerder krijgen van de baten en later moeten betalen van kosten, worden de kosten en baten van interventies in economische evaluaties gediscoteerd. Door discontering van de kosten en baten wordt er rekening gehouden met de tijdsvoorkeuren van mensen (10).

Discontering heeft, over het algemeen genomen, een grotere invloed op preventie dan op ander beleid dat gericht is op gezondheid, omdat bij veel soorten preventie de kosten nu worden gemaakt, en de baten ver in de toekomst liggen, terwijl bij ander beleid de baten vaak dichterbij in de tijd liggen. Momenteel wordt er onderzoek gedaan naar de mogelijke relevantie van een aflopende discountvoet over de tijd voor beleid met baten op lange termijn, zoals klimaatbeleid en preventiebeleid. Op dit moment levert dergelijk onderzoek nog geen eensluitend resultaat op wat betreft de relevantie van een aflopende discountvoet voor beleid met langetermijneffecten. **Daarom is er op dit moment geen reden om voor preventie een andere discountvoet te hanteren dan voor ander beleid met gezondheid als doel.**

Omdat er op dit moment geen reden is om voor preventie een andere discountvoet te hanteren dan voor ander beleid met gezondheid als doel, adviseert de TWG-KBP om wat betreft de discountvoet voor preventie vast te houden aan de richtlijnen voor economische evaluaties. De werkwijzer voor kosten-batenanalyse in het sociale domein schrijft de discountvoet voor die is vastgesteld door het kabinet op advies van de werkgroep Discountvoet. Op moment van schrijven is deze vastgesteld op 2,25% voor zowel de kosten als de effecten (7, 11). De recent herziene richtlijn voor economische evaluaties in de gezondheidszorg schrijft een discountvoet voor van 3% voor kosten en van 1,5% voor effecten, waarbij de discountvoet van 3% voor kosten door middel van inflatiecorrectie is afgeleid van de discountvoet van 2,25%, geadviseerd door de werkgroep Discountvoet. Idealiter zou er, voor de vergelijkbaarheid, voor al het overheidsbeleid één uniforme discountvoet zijn. Op dit moment is dat er

echter niet. Daarom adviseert de TWG-KBP om voor KUA's de discontovoeten te gebruiken uit de richtlijn voor economische evaluaties in de gezondheidszorg en om voor MKBA's de discontovoet te gebruiken zoals vastgesteld door het kabinet op advies van de werkgroep Discontovoet.

### 3. Gezondheidsbaten van preventie in economische evaluaties

#### Hoofdpunten Hoofdstuk 3:

- Gebruik voor het meten van gezondheidsbaten in ieder geval de QALY.
- Kijk voor bewijs voor de gezondheidsbaten van preventie breder dan alleen naar RCT's:
  - Bepaal voor iedere soort preventie het best passende niveau van bewijs.
  - Doe altijd onzekerheidsanalyses.
  - Wees transparant over het relatieve niveau van bewijs, het niveau van bewijs t.o.v. het best passende niveau van bewijs voor de preventiemaatregel.
  - Weeg in de besluitvorming de onzekerheid en het relatieve niveau van bewijs af tegen de potentiële baten van de preventiemaatregel.
  - Zorg na invoering voor een goede nulmeting en monitoring van de gezondheidsbaten van de preventiemaatregel.
  - Om de monitoring van de baten van een preventiemaatregel na invoering te faciliteren, is een goede data-infrastructuur voor gezondheids- en leefstijldata en data over andere determinanten van gezondheid onontbeerlijk.
- Op preventie is dezelfde (referentie)waarde van een QALY van toepassing als op ander beleid met gezondheid als doel.
- Het naast elkaar bestaan van verschillende QALY-waarden acht de TWG-KBP onwenselijk. Daarom dient er één QALY-waarde gehanteerd te worden in economische evaluaties. Deze QALY-waarde dient door een breed gedragen werkgroep vastgesteld en periodiek herijkt te worden.
- Bredere maatschappelijk overwegingen dienen, indien relevant voor de preventiemaatregel, naast de incrementele kosteneffectiviteitsratio/ kosten-batenschatting gepresenteerd te worden en op een transparante en duidelijke manier meegewogen te worden in besluitvorming.

#### 3.1 Gebruik voor het meten van gezondheidsbaten in ieder geval de QALY

De bestaande richtlijnen voor economische evaluatie schrijven voor dat voor het meten van gezondheidsbaten van interventies de QALY gebruikt dient te worden. Zie Tekstbox 3.1 voor een nadere uitleg over de QALY. Het gebruik van de QALY maakt het mogelijk om de gezondheidsbaten van verschillende interventies met gezondheid als doel met elkaar te vergelijken, ongeacht in welke sector, bij welke populatie of aandoening en met welk specifiek gezondheidseffect die interventies plaatsvinden. Daarnaast is de QALY een breed geaccepteerde en ook internationaal gangbare uitkomstmaat die mortaliteit en morbiditeit combineert. **Daarom adviseert de TWG-KBP ook bij preventie de QALY te gebruiken voor het meten van de gezondheidsbaten.**

#### Tekstbox 3.1: QALY

Een QALY (quality-adjusted life year) is een levensjaar gecorrigeerd voor de gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van dat levensjaar.

### Gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven

De gezondheidsgerelateerde kwaliteit van leven van een levensjaar wordt uitgedrukt in een waarde van 0 tot 1, waarbij 1 staat voor perfecte kwaliteit van leven en 0 staat voor dood (geen kwaliteit van leven). Bij iemand met een minder dan perfecte gezondheid ligt de kwaliteit-van-levenwaarde tussen de 0 en de 1. De gemiddelde kwaliteit-van-levenwaarde van Nederlanders is 0,869 (12), en ouderen hebben gemiddeld genomen een wat lagere kwaliteit van leven dan jongeren. De waarde voor een bepaalde gezondheidsstatus wordt doorgaans gemeten met behulp van de EuroQOL-5D-5L (EQ-5D-5L) vragenlijst. Voor deze vragenlijst is een tarief beschikbaar waarmee de ingevulde antwoorden kunnen worden omgezet in een kwaliteit-van-levenwaarde, die vervolgens weer gebruikt kan worden om QALYs te berekenen. Dit tarief is gebaseerd op vragenlijstonderzoek waarin burgers gevraagd is verschillende gezondheidsstatussen te wegen.

### QALY

Een QALY wordt berekend door het aantal levensjaren te vermenigvuldigen met de kwaliteit-van-levenwaarde voor de gezondheidstoestand gedurende die levensjaren. Zo staan 3 levensjaren met een perfecte kwaliteit van leven (waarde: 1) voor 3 QALYs ( $3 \times 1$ ) en 3 levensjaren met een kwaliteit-van-levenwaarde van 0,7 voor 2,1 QALYs ( $3 \times 0,7$ ).

### QALY-winst van een preventiemaatregel (rekenvoorbeeld)

Het uitvoeren van een preventiemaatregel heeft invloed op de kwaliteit van leven. Stel dat een preventiemaatregel ervoor zorgt dat iemand een bepaalde aandoening niet krijgt. Als de kwaliteit van leven mét de aandoening gewaardeerd wordt op 0,7 is en zonder de aandoening op 0,8, dan wordt door de preventiemaatregel een verlies van 0,1 QALY ( $0,8 - 0,7$ ) per persoon per jaar voorkómen. Met andere woorden: door de preventiemaatregel wordt 0,1 QALY per persoon per jaar gewonnen.

Stel dat het effect van deze preventiemaatregel 5 jaar standhoudt. Dan wordt er over de 5 jaar in totaal 0,5 QALY ( $0,1 \times 5$ ) per persoon gewonnen. Zie ter illustratie onderstaande Figuur.



*Figuur: Uitleg QALY-winst door een preventiemaatregel; deze Figuur is in aangepaste vorm overgenomen van het RIVM-rapport "De gezondheidsgevolgen van uitgestelde operaties tijdens de corona-pandemie. Schattingen voor 2020 en 2021" (13)*

Als we er dan vanuit gaan dat deze preventiemaatregel bij 20% (1 op de 5) van de mensen de aandoening voorkómt en de preventiemaatregel aan 1000 mensen wordt gegeven, dan wordt bij 200 mensen (20% van 1000) de aandoening voorkómen en worden er in totaal 100 QALYs (0,5 x 200) gewonnen.

Er zijn gevallen waarin de QALY minder geschikt is voor het meten van gezondheidsbaten omdat het gezondheidseffect van de interventie onvoldoende tot uiting komt in de QALY, bijvoorbeeld omdat de interventie bijdraagt aan kwaliteit van leven in bredere zin in plaats van alleen aan gezondheids-gerelateerde kwaliteit van leven. Daarnaast is het instrument dat doorgaans gebruikt wordt om QALYs te meten (de EQ-5D-5L) in sommige situaties onvoldoende sensitief om het gezondheidseffect van de interventie op te pikken. Dit is echter niet uniek voor preventie, ook in de curatieve of langdurige zorg zijn er situaties waarin het gezondheidseffect onvoldoende tot uiting komt in de QALY of waar de EQ-5D-5L onvoldoende sensitief is. In de richtlijnen voor economische evaluaties binnen de gezondheidszorg wordt geadviseerd om altijd de QALY te gebruiken, gemeten door middel van de EQ-5D-5L, (ten behoeve van de vergelijkbaarheid met andere interventies) en om daarnaast gericht en beargumenteerd van de richtlijn af te wijken door een aanvullende analyse uit te voeren met voor de specifieke situatie meer geschikte, aanvullende uitkomstmaten voor gezondheid.

In lijn hiermee **adviseert de TWG-KBP om in ieder geval altijd de QALY te gebruiken voor het meten van de gezondheidsbaten van preventie (ten behoeve van de vergelijkbaarheid), maar om, in het geval dat het gezondheidseffect onvoldoende tot uiting komt in de QALY of de EQ-5D-5L onvoldoende sensitief is om het gezondheidseffect te meten, beargumenteerd (vanuit het doel van de preventieve interventie) een aanvullende analyse te doen met afwijkende uitkomstmaten en/of instrumenten voor het meten van de gezondheidsbaten.**

### 3.2 Kijk voor bewijs voor de gezondheidsbaten van preventie breder dan alleen naar RCT's

Om de gezondheidsbaten van een interventie mee te kunnen nemen in een economische evaluatie, moet er op basis van wetenschappelijk onderzoek voldoende bewijs zijn dat de interventie leidt tot die gezondheidsbaten.<sup>1</sup>

De TWG-KBP signaleert dat binnen de gezondheidszorg voor het vaststellen van bewijs vaak sterk uit wordt gegaan van RCT's (Randomised Controlled Trials - gerandomiseerde gecontroleerde studies) en systematische reviews daarvan. De TWG-KBP constateert echter dat het lang niet voor alle preventie redelijkerwijs haalbaar is om RCT's uit te voeren, bijvoorbeeld omdat randomisatie lastig of niet mogelijk is, er sprake is van langetermijneffecten die buiten de doorlooptijd van een RCT vallen of

<sup>1</sup> Overigens is het ook voor andere baten dan gezondheidsbaten van belang dat er voldoende wetenschappelijk bewijs voor is. De aanbevelingen die in deze paragraaf worden gedaan voor gezondheidsbaten, kunnen dan ook tevens toegepast worden op bewijs voor andere baten van preventie.

omdat invoering van de preventiemaatregel alleen op landelijke schaal mogelijk is. Als er voor het vaststellen van bewijs dus alleen gekeken wordt naar RCT's, dan blijven veel preventiemaatregelen buiten beeld. De TWG-KBP vindt dit onterecht, omdat veel preventiemaatregelen waarvoor geen RCT kan worden gedaan wel heel waardevol zijn en veel brede maatschappelijke baten opleveren.

**Daarom adviseert de TWG-KBP om voor preventie een bredere blik te hanteren wat betreft bewijs dan alleen RCT's.**

Voor deze bredere blik wat betreft bewijs voor preventie acht de TWG-KBP het noodzakelijk om per (soort) preventie vast te stellen wat het best passende niveau van bewijs is. De bredere blik is dus geen vrijbrief voor ondeugdelijk bewijs. Wat het passende niveau van bewijs is, hangt af van of de preventiemaatregel wordt gegeven aan individuen, groepen of aan de hele bevolking en op welke termijn gezondheidseffecten te verwachten zijn. Aan de ene kant van het spectrum zit preventie die gegeven wordt aan individuele personen en die al op korte termijn tot een gezondheidseffect leidt, bijvoorbeeld preventieve medicatie of vaccinatie die al op korte termijn een verlies van gezondheid voorkomt. Voor zulke preventie is het heel goed mogelijk om een RCT te doen en dit zou dan ook de standaard voor passend bewijs moeten zijn. Aan de andere kant van het spectrum zit preventie die alleen maar aan een grote groep mensen in z'n geheel gegeven kan worden, zoals wet- en regelgeving en belastingen, en die pas op langere termijn leidt tot gezondheidsbaten. Goede voorbeelden van dergelijke preventiemaatregelen zijn de suikertaks en het rookverbod in de horeca. In dergelijke gevallen is een RCT om praktische of ethische redenen niet haalbaar en bestaat passend bewijs uit een combinatie van observationele data, intermediaire uitkomstmaten en modellering.

### **3.2.1 Gebruik quasi experimentele econometrische methoden voor de analyse van observationele data als een RCT om praktische of ethische redenen niet mogelijk is**

In het geval dat een RCT om praktische of ethische redenen niet mogelijk is, moet empirisch bewijs verkregen worden uit observationele studies. Net als bij RCTs zijn de interne en externe validiteit van de observationele studie de belangrijkste criteria voor de kwaliteit. Bij de interne validiteit is vooral de vraag in hoeverre de studie controleert voor andere factoren die de relatie tussen de maatregel en de onderzochte uitkomst kunnen beïnvloeden. Veelal volstaat het daarbij niet om in de analyse te controleren voor observeerbare factoren: het is altijd mogelijk dat er nog andere, niet geobserveerde, factoren zijn die de relatie tussen de maatregel en uitkomst beïnvloeden. Observationele studies met een hoge kwaliteit van bewijs benutten daarom zogenaamde natuurlijke variatie (14). Dit zijn quasi gerandomiseerde toedelingen van de maatregel aan (een deel van) de populatie. Natuurlijke variatie komt voor door willekeurige keuzes in het beleid of andere toevallige redenen waarom sommige mensen wel en sommige niet een maatregel krijgen. Een voorbeeld is de verhoging van de minimumleeftijd voor alcoholgebruik van 16 naar 18 jaar: voor mensen die al net 18 waren geworden voor de verhoging van de leeftijd veranderde er niets, maar voor de net iets jongere groep van 17-jarigen had de verhoging wel een effect.

Er is een breed scala aan econometrische methoden ontwikkeld om verschillende soorten van natuurlijk variatie te gebruiken voor een oorzakelijke effectschatting. De bekendste zijn instrumentele variabelen analyse, verschil-in-verschillende (difference-in-differences) analyse en regression discontinuity design. Belangrijk is dat voor al deze methoden geldt dat de interne validiteit uiteindelijk afhangt van de geloofwaardigheid van de gebruikte bron van natuurlijke variatie (is de toedeling van de interventie inderdaad quasi-gerandomiseerd of toch selectief?). Het is fundamenteel onmogelijk om deze vraag empirisch te beantwoorden en daarom is hiervoor altijd een kwalitatieve inschatting nodig, gemotiveerd door theoretische argumenten.

### 3.2.2 Gebruik intermediaire uitkomstmaten en (simulatie)modellen als er sprake is van gezondheidsbaten op de langere termijn

In het geval dat een preventiemaatregel pas op langere termijn tot gezondheidsbaten leidt, is een RCT niet mogelijk omdat de gezondheidsbaten niet binnen de periode van een RCT vallen. Denk bijvoorbeeld aan de suikertaks. Het duurt vele jaren voordat het effect van de suikertaks op diabetes, obesitas en obesitas-gerelateerde aandoeningen tot uiting komt. Omdat belastingen op suiker daarnaast pas in de afgelopen tien jaar door verschillende landen zijn ingevoerd, is het in het geval van de suikertaks ook niet mogelijk om gebruik te maken van observationele data uit andere landen.

Om ervoor te zorgen dat er geen studies van tientallen jaren nodig zijn om voldoende bewijs voor dit soort langetermijneffecten te verzamelen, wordt, indien mogelijk, teruggevallen op intermediaire uitkomstmaten in combinatie met (simulatie)modellen. Intermediaire uitkomstmaten vormen eigenlijk een tussenstap tussen de interventie en de gezondheidsbaten. In het geval van de suikertaks is suikerinname zo'n intermediaire uitkomstmaat. Omdat het effect van de suikertaks op suikerinname wel op korte termijn gemeten kan worden, en er onderzoeken beschikbaar zijn over de relatie tussen suikerinname en aandoeningen als diabetes, obesitas en obesitas-gerelateerd aandoeningen, kan via de suikerinname met (simulatie)modellen toch een goede schatting van de gezondheidsbaten van de suikertaks gemaakt worden. Een voorwaarde voor het gebruik van intermediaire uitkomstmaten is dat het bewijs over de relatie tussen de maatregel en de intermediaire uitkomstmaat en het bewijs over de relatie tussen de intermediaire uitkomstmaat en de gezondheidsbaten voldoende robuust is. Vanwege de vele schakels tussen het initiële geobserveerde effect van de maatregel en de uiteindelijke (gezondheids)uitkomsten en de diversiteit aan empirische bronnen die nodig zijn om deze schakel te kunnen modelleren, is de kwaliteit van het bewijs vaak lastiger te beoordelen dan bij een RCT. Wel zijn er richtlijnen beschikbaar hoe dit soort modelstudies uit te voeren, bijvoorbeeld van de International Society for Pharmacoeconomics (ISPOR).

Overigens zijn intermediaire uitkomstmaten en simulatiestudies niet alleen relevant voor preventie: ook bij de economische evaluatie van curatieve interventies, zoals medicijnen, worden de kosten en baten vaak over een veel langere looptijd geëvalueerd dan de looptijd van de onderliggende medische trial. Ook in die gevallen worden modelmatige extrapolaties van de effecten toegepast op basis van gegevens over het effect op intermediaire uitkomstmaten.

### 3.2.3 Het is van belang dat er een raamwerk ontwikkeld wordt om het passende niveau van bewijs voor preventie vast te stellen

**Om beleidsmakers en onderzoekers te helpen met het vaststellen van het passend niveau van bewijs voor preventie, acht de TWG-KBP het van belang dat er een raamwerk ontwikkeld wordt, specifiek toegespitst op preventie, waarmee het passend niveau van bewijs voor een preventiemaatregel vastgesteld kan worden.** Voor de ontwikkeling van een dergelijk raamwerk kan verder worden gebouwd op eerdere onderzoeken, zoals de vragenlijst “Passend bewijs bij het bepalen van effectiviteit van interventies” dat specifiek ontwikkeld is voor interventies in de medisch specialistische zorg (15), en het rapport “Alternatieven voor RCT bij de evaluatie van effectiviteit van interventies!?” (16). Aspecten die volgens de TWG-KBP in ieder geval in het raamwerk aan bod zouden moeten komen zijn: is randomiseren mogelijk?, zijn er belangrijke langetermijneffecten?, zijn er betrouwbare intermediaire uitkomstmaten? en is een vergelijkbare interventie al eens in een andere context ingevoerd? Dit raamwerk komt er niet vanzelf. Het is daarom belangrijk dat er een partij is die het initiatief voor de ontwikkeling daarvan. Hiervoor zou volgens de TWG gedacht kunnen worden aan een vergelijkbare constructie als voor dit advies gebruikt is, namelijk dat het Ministerie van VWS in samenspraak met ZonMW de ontwikkeling van een raamwerk voor passend bewijs voor de effectiviteit voor preventie in gang zet door een breed samengestelde werkgroep met deskundigen in het leven te roepen.

#### **Kennisagenda:**

Om te kunnen bepalen wat het passend niveau van bewijs is voor preventie, acht de TWG-KBP het wenselijk dat de wetenschappelijk wereld een raamwerk ontwikkelt, specifiek toegespitst op preventie, waarmee het passend niveau van bewijs vastgesteld kan worden.

### 3.2.4 Rapporteer transparant over de onzekerheid en het niveau van bewijs

**Daarnaast onderstreept de TWG-KBP het belang van onzekerheidsanalyses** om de onzekerheid over het bewijs weer te geven, zoals ook voorgeschreven wordt door de bestaande richtlijnen voor economische evaluaties. Op basis van deze onzekerheidsanalyses kan een marge gerapporteerd worden waarbinnen de incrementele kosteneffectiviteitsratio/kosten-baten schatting waarschijnlijk zal vallen, gegeven de onzekerheid. Naast deze informatie, is het belangrijk om als onderzoeker transparant te zijn over het niveau van bewijs en hoe dat zich verhoudt tot het best passende niveau van bewijs voor de desbetreffende soort preventie, met andere woorden: om **transparant te zijn over het relatieve niveau van bewijs dat er is. De onzekerheidsmarge en het relatieve niveau van bewijs kunnen vervolgens worden afgezet tegen de potentiële kosten en baten van de preventiemaatregel.** Met deze informatie kunnen beleidsmakers afwegen hoeveel onzekerheid zij bereid zijn te accepteren, gegeven de potentiële kosten en baten van de preventiemaatregel.



### 3.2.5 Zorg tijdens invoering voor een goede nulmeting en vervolgens voor een goede monitoring van de gezondheidsbaten van preventie

**De TWG-KBP acht het van belang om, als de preventiemaatregel ingevoerd wordt, een goede nulmeting te doen van de gezondheidsbaten en de gezondheidsbaten van de interventie vervolgens nauwlettend te monitoren.** Het doen van een goede nulmeting en het monitoren van de maatregel na invoering (ex post) is altijd belangrijk, niet alleen voor preventie. Echter is dit in het kader van preventie wel extra van belang omdat er bij preventie ex ante (vóór invoering) vaker uitgegaan moet worden van observationele data, intermediaire uitkomstmaten en modellering. Het is dan extra belangrijk om ex post te monitoren of de maatregel wel daadwerkelijk (in dezelfde mate) tot de verwachte baten leidt. Overigens is monitoring ook belangrijk als er wél een RCT mogelijk is, omdat in een RCT de maatregel onder gecontroleerde omstandigheden wordt onderzocht. Daarom is het bij een RCT belangrijk om ex post te monitoren of de verwachte baten zich ook onder ongecontroleerde omstandigheden (in dezelfde mate) voordoen. In het medische vakgebied wordt voor het monitoren van effecten na invoering ook wel de term 'real-world evidence' gebruikt.

**Om de monitoring van de baten van een interventie na invoering te faciliteren, onderstreept de TWG-KBP het belang van een goede data-infrastructuur voor gezondheids- en leefstijldata en data over andere determinanten van gezondheid.** Het kost veel middelen om voor iedere maatregel die na invoering gemonitord wordt een database op te zetten met gezondheids- en leefstijldata en data over andere determinanten die ieder jaar verzameld worden. Om dit voor iedere maatregel los te doen, is niet rendabel. Als er echter een data-infrastructuur met gezondheids- en leefstijldata en data over andere determinanten beschikbaar komt, waar onderzoekers laagdrempelig gebruik van kunnen maken voor de monitoring van maatregelen, zijn de kosten beter te dragen. Bovendien kan het bestaan van zo'n data-infrastructuur het monitoren van de baten van maatregelen stimuleren. Overigens bestaan er al veel datasets/dataverzamelingen van gezondheids- en leefstijldata. Het idee van het opzetten van een data-infrastructuur is om bestaande dataverzamelingen samen te brengen, hierop verder te bouwen en te zorgen dat het geschikt wordt voor de monitoring van preventiebeleid.

#### **Kennisagenda:**

Om monitoring van de baten van preventieve interventies na invoering te faciliteren, acht de TWG-KBP het van belang dat er een goede data-infrastructuur beschikbaar komt met jaarlijkse gezondheids- en leefstijldata en data over andere determinanten van gezondheid.

### 3.3 Voor het vaststellen van de (referentie)waarde van de QALY is het goed om onderscheid te maken tussen de waarde en de weging van de waarde van de QALY

Om de gezondheidsbaten van een interventie, gemeten in QALYs, mee te kunnen nemen in een (bredere) economische evaluatie is het nodig om te weten wat een QALY waard is, dus wat de maatschappij (in een maatschappelijk perspectief) bereid is te betalen voor een QALY. De waarde van een QALY wordt in een KUA gebruikt voor het bepalen van de referentiewaarde en in een MKBA om de QALY-winst te monetariseren. Zie Tekstbox 3.2 voor meer informatie over hoe de waarde van een QALY gebruikt wordt in een KUA en MKBA.

#### **Tekstbox 3.2: Gebruik van de waarde van een QALY in een KUA en KBA**

##### KUA

De uitkomst van een KUA is een incrementele kostenutiliteitsratio van de kosten per QALY, ook wel: de extra kosten per additioneel gewonnen levensjaar in volledige gezondheid. In theorie zou er ook sprake kunnen zijn van verloren QALYs of kostenbesparingen, maar dit is zelden het geval. In de meerderheid van de gevallen laten economische evaluaties zien dat de interventie die bestudeerd wordt, ten opzichte van het alternatief, zowel duurder is als betere gezondheidsuitkomsten geeft. Als dit het geval is, dan is er een manier nodig om te bepalen of de extra kosten in verhouding staan tot de QALY-winst, ook wel: of de interventie kosteneffectief is.

Daarvoor wordt de IKER, de incrementele kosteneffectiviteitsratio, vergeleken met de referentiewaarde, een waarde die aangeeft wat de financier bereid is om te betalen voor de winst van één QALY. In het maatschappelijk perspectief is de financier de samenleving. Dus is het nodig om te weten wat de samenleving bereid is te betalen voor de winst van één QALY, oftewel: wat één QALY volgens de samenleving waard is. De kosten per QALY van de interventie worden dan langs deze meetlat gelegd: als de kosten per QALY lager zijn dan de referentiewaarde is de interventie kosteneffectief.

##### MKBA

In een MKBA dienen alle kosten en baten gemonetariseerd te worden. Om de QALY-winst van een interventie te monetariseren, is het ook nodig om te weten wat een QALY waard is. Met andere woorden: is het nodig om te weten welk geldbedrag we op een QALY mogen plakken. Ook hiervoor is het nodig om te weten wat de samenleving een QALY waard vindt.

Voor zowel het vaststellen van de referentiewaarde van een QALY voor KUA's als het vaststellen van de waarde van een QALY voor MKBA's wordt dus dezelfde informatie gebruikt: namelijk wat een QALY waard is, hoeveel we als samenleving (in een maatschappelijk perspectief) bereid zijn te betalen voor een QALY.

Om te bepalen welke (referentie)waarde gebruikt moet worden voor economische evaluaties van preventieve interventies, is het goed om onderscheid te maken tussen 1) de waarde van een QALY en 2) de weging van de waarde van een QALY.

### 3.3.1 Gebruik één uniforme (referentie)waarde van de QALY die door een breed gedragen werkgroep vastgesteld en periodiek herijkt wordt

Zoals beschreven in Paragraaf 2.1 is het standpunt van de TWG-KBP dat preventie niet anders is dan ander beleid gericht op gezondheid en dat daarom op preventie dezelfde methoden voor economische evaluaties van toepassing zijn als op ander beleid met gezondheid als doel. **In lijn hiermee is het standpunt van de TWG-KBP dat op preventie ook dezelfde (referentie)waarde van een QALY van toepassing is als op ander beleid met gezondheid als doel.** Er is namelijk geen reden waarom een QALY geproduceerd door middel van preventie een andere waarde zou hebben dan een QALY geproduceerd door curatieve zorg of langdurige zorg. Het gaat immers allemaal om eenzelfde eenheid van gezondheid. Daarnaast draagt het hanteren van eenzelfde waarde van een QALY, onafhankelijk of die door preventie, curatieve zorg of langdurige zorg tot stand komt, bij aan de vergelijkbaarheid van economische evaluaties van beleid met gezondheid als doel.

Uit het standpunt dat dezelfde waarde van een QALY van toepassing is op preventie als op ander beleid met gezondheid als doel, volgt de aanbeveling om ook voor de waarde van een QALY aan te sluiten bij de bestaande richtlijnen en afwegingskaders voor economische evaluaties van beleid met gezondheid als doel. De MKBA werkwijzer voor het sociale domein schrijft twee waarden voor om de QALY te moneteriseren: €50.000 en €100.000 (7), zonder dat er een keuze gemaakt wordt tussen deze twee waarden. Het Zorginstituut hanteert in haar beoordelingskader drie referentiewaarden: €20.000, €50.000 en €80.000, afhankelijk van een weging op basis van de ziektelast van de aandoening waar de interventie op gericht is (zie Paragraaf 3.3.2 voor meer informatie over de weging van de waarde van een QALY) (17). Hierbij dient echter wel opgemerkt te worden dat zowel de MKBA-werkwijzer voor het sociale domein als het beoordelingskader van het Zorginstituut op het moment van schrijven van dit advies meer dan vijf jaar oud zijn en dat de QALY-waarden uit deze documenten daardoor mogelijk achterhaald zijn. Daarnaast is de empirische basis voor de voorgeschreven waarden niet heel stevig. De waarden komen voort uit eerdere rapporten die in de jaren negentig van de vorige eeuw zijn gepubliceerd en die ook geen duidelijke basis hadden om deze waarden te adviseren.

Voor het bepalen van de waarde van de QALY is Nederlands onderzoek naar de maatschappelijke betalingsbereidheid voor een QALY relevant. Er zijn de afgelopen jaren in Nederland weinig studies gedaan naar de betalingsbereidheid voor een QALY vanuit maatschappelijk perspectief. Bobinac et al. vonden in 2013 een betalingsbereidheid voor een QALY tussen de €26.220 en €48.000, afhankelijk van de analysemethode, voor een QALY-winst bij anderen (maatschappelijk perspectief, exclusief de respondent zelf), en een betalingsbereidheid tussen de €27.500 en €81.500, afhankelijk van de analysemethode, voor een QALY-winst bij anderen of bij de respondent zelf (maatschappelijk

perspectief, inclusief de respondent zelf) (18, 19). Recent is dit onderzoek in Nederland herhaald. Voormolen et al. vonden dat de betalingsbereidheid voor een QALY varieerde tussen de €27.800 en €65.100 en tussen de €35.800 en €95.300, respectievelijk voor een QALY-winst bij anderen en voor een QALY-winst bij anderen of bij de respondent zelf (20). Daarnaast vonden ze dat de gevonden QALY-waarden respectievelijk 6,4% en 33,4% hoger lagen dan de waarden in het onderzoek uit 2013, wat impliceert dat de betalingsbereidheid voor een QALY gedurende 10 jaar is toegenomen met 0,6% tot 2,9% per jaar (20). Als echter bedacht wordt dat het prijsniveau van consumentengoederen in 2022 26% hoger lag dan in 2012 (21), lijkt de waarde van een QALY behoorlijk stabiel over de tijd.

Naast betalingsbereidheid is er nog een methode die voorgesteld is om de waarde van een QALY te meten. Deze methode gaat uit van de huidige zorguitgaven en kijkt naar de hoeveelheid QALYs die met die huidige zorguitgaven geproduceerd worden. Zie Tekstbox 3.3 voor meer informatie over deze methode. De TWG-KBP constateert dat de focus van deze methode, namelijk (bepaalde soorten) ziekenhuiszorg, te smal is en dat deze methode daarom niet geschikt om de waarde van de QALY vast te stellen in de Nederlandse context waarin het maatschappelijk perspectief centraal staat.

**Tekstbox 3.3: Gebruik van de huidige zorguitgaven om de waarde van de QALY te meten**

In de methode op basis van de huidige zorguitgaven wordt gekeken naar uitgaven die nu al gedaan worden uit het budget waar de interventie uit gefinancierd gaat worden. Het idee erachter is dat de uitgaven aan een nieuwe interventie, andere uitgaven verdringen (vervangen). Door te kijken naar de kosteneffectiviteit van de huidige uitgaven, zou dan afgeleid kunnen worden of de nieuwe interventie een kosteneffectieve vervanging is van de huidige uitgaven. Deze aanpak gaat echter alleen op in het geval van een vast budget waar alle interventies uit betaald moeten worden. In Nederland is er niet zo'n vast budget. Daarnaast zijn de huidige studies volgens deze methode alleen gericht op uitgaven aan ziekenhuiszorg (22, 23), terwijl in Nederland het maatschappelijke perspectief gehanteerd wordt voor beleid met gezondheid als doel. Daarom acht de TWG-KBP de focus van deze studies te smal voor de Nederlandse context en daarom niet geschikt om voor Nederland de waarde van een QALY vast te stellen.

Het KPP heeft de TWG-KBP specifiek gevraagd om na te gaan wat de impact van de coronapandemie is geweest op de waardering van een QALY. Naar weten van de TWG-KBP zijn er geen studies gedaan naar de impact van de coronapandemie op de betalingsbereidheid voor een QALY. Himmler et al. (2022) hebben echter wel gekeken naar de impact van de coronapandemie op de betalingsbereidheid voor een internationaal systeem voor de vroege signalering van infectieziekten en concludeerden dat deze impact beperkt is (24). Dit suggereert dat er ook geen grote impact te verwachten is van de coronapandemie op de betalingsbereidheid voor een QALY, aangezien er een grotere impact van de pandemie verwacht kan worden op de betalingsbereidheid voor een interventie gericht op infectieziekten, dan op de betalingsbereidheid voor gezondheid in het algemeen.

Samenvattend, worden er in de richtlijnen en beoordelingskaders voor economische evaluaties verschillende waarden gehanteerd die slechts gedeeltelijk overeenkomen met de brede marge aan QALY-waarden uit empirisch onderzoek. **De TWG-KBP acht het onwenselijk dat er meerdere waarden voor een QALY gehanteerd worden en adviseert daarom ook om één QALY-waarde te gaan gebruiken, onafhankelijk van hoe de QALY tot stand komt (preventie, curatieve zorg, langdurige zorg of ander beleid) en of er een KUA of MKBA wordt uitgevoerd.** Dit is belangrijk voor de vergelijkbaarheid van economische evaluaties van beleid met gezondheid als doel.

**Om tot één QALY-waarde te komen, adviseert de TWG-KBP om een breed gedragen werkgroep in te richten die de QALY-waarde vaststelt en periodiek herijkt.** Hiervoor is het van belang dat de werkgroep eerst bepaalt welke methodiek gebruikt wordt voor het vaststellen van de QALY-waarde en die methodiek vervolgens gebruikt voor het vaststellen en periodiek herijken van de QALY-waarde. Daarnaast is het van belang dat richtlijnen en afwegingskaders voor economische evaluaties deze QALY-waarde overnemen. Om hiervoor te zorgen is het belangrijk dat zowel de werkgroep als de methodiek die deze werkgroep gebruikt breed gedragen is binnen het vakgebied.

#### **Kennisagenda:**

Om de vergelijkbaarheid van economische evaluaties van beleid met gezondheid als doel te vergroten, adviseert de TWG-KBP om een breed gedragen werkgroep in te stellen die één QALY-waarde vaststelt die gebruikt dient te worden in alle economische evaluaties met gezondheidsbaten, onafhankelijk van hoe die gezondheidsbaten tot stand komen. Deze QALY-waarde zou periodiek herijkt moeten worden door de breed gedragen werkgroep.

Overigens impliceert het advies om één uniforme QALY-waarde te gebruiken dat deze uniforme QALY-waarde ook gebruikt zou moeten worden voor economische evaluaties buiten de zorg, waarbij er naast andere baten ook gezondheid gerealiseerd wordt. Denk hierbij bijvoorbeeld aan beleid op het terrein van infrastructuur en veiligheid. De nog vast te stellen en periodiek te herijken uniforme QALY-waarde zou dus sectoroverstijgend gehanteerd moeten worden.

**Totdat er door een dergelijke werkgroep één uniforme QALY-waarde is vastgesteld, adviseert de TWG-KBP om uit te gaan van een waarde van €50.000 per QALY** omdat deze waarde binnen de verschillende marges uit recent onderzoek valt en omdat dit een waarde is die in zowel de MKBA-werkwijzer voor het sociale domein als het beoordelingskader van Zorginstituut Nederland geadviseerd wordt.

### **3.3.2 Neem relevante wegingscriteria mee in de besluitvorming, niet in de analyse**

Sommige aspecten van beleid met gezondheid als doel worden door beleidsmakers dusdanig belangrijk gevonden dat men deze aspecten mee wil laten meewegen in de besluitvorming over dit

beleid. Deze aspecten worden ook wel aangeduid met de term wegingscriteria. Een voorbeeld van een wegingscriterium is de impact op sociaaleconomische gezondheidsverschillen. Als een beleidsinterventie ertoe leidt dat sociaaleconomische gezondheidsverschillen kleiner worden (vanwege het positieve effect van de interventie op de gezondheid van de sociaaleconomische groep met een gezondheidsachterstand), kan dat een reden zijn om een minder of niet-kosteneffectieve interventie toch in te voeren. Andersom kan er besloten worden een interventie die leidt tot grotere sociaaleconomische gezondheidsverschillen (doordat het vooral een positief effect heeft op de gezondheid van de sociaaleconomische groep met een voorsprong in gezondheid) niet in te voeren, ook al is deze interventie kosteneffectief. Dit soort wegingscriteria kunnen op twee manieren meegenomen worden in de weging van de waarde van de QALY: *in de analyse en in de besluitvorming*. Als een aspect meegewogen wordt in de analyse, wordt de waarde van de QALY bepaald op basis van hoe de interventie scoort op het aspect. Als een aspect meegewogen wordt in de besluitvorming, weegt de beleidsmaker de score van een interventie op het aspect mee in de besluitvorming, naast de kosteneffectiviteit van die interventie. Het besluit komt dan voort uit een multi-criteria afweging: de beleidsmaker weegt hoe een interventie scoort op verschillende criteria (waaronder kosteneffectiviteit) en neemt op basis daarvan een besluit.

### 3.3.2.1 De proportional shortfall methodiek van het Zorginstituut is een voorbeeld van het meenemen van een wegingscriterium in de analyse

Een belangrijk voorbeeld van het meewegen van wegingscriteria in de analyse is de werkwijze van Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut neemt de ziektelast van de aandoening, dus hoe “erg” de aandoening is, mee in het afwegingskader dat gebruikt wordt. Afhankelijk van hoe de interventie scoort op ziektelast, gemeten met de zogenaamde proportional shortfall (PS), wordt bepaald tegen welke referentiewaarde de incrementele kosteneffectiviteitsratio afgewogen moet worden (€20.000, €50.000 of €80.000 per QALY) (17). De ziektelast is dus verwerkt in de uitspraak die het Zorginstituut doet over de kosteneffectiviteit van de interventie. Zie Tekstbox 3.4 voor meer informatie over proportional shortfall.

#### **Textbox 3.4: Proportional shortfall**

Proportional shortfall gaat uit van het normatieve uitgangspunt dat prioriteit dient te worden gegeven aan die mensen die het grootste deel van hun resterende gezondheid verliezen als ze de interventie in kwestie niet krijgen. Het gaat daarbij om de verwachte, resterende gezondheid van mensen gegeven hun leeftijd, geslacht en hun gezondheid. De positie van een persoon binnen diens referentiegroep van mensen met eenzelfde leeftijd en geslacht speelt dus een belangrijke rol. De verwachte, resterende gezondheid wordt uitgedrukt in verwachte, resterende QALYs (25).

Proportional shortfall wordt uitgedrukt op een schaal van 0 (geen verlies van gezondheid) tot 1 (verlies van alle verwachte, resterende gezondheid). Het wordt als volgt berekend (25):

$$\text{Proportional Shortfall} = \frac{\text{Ziekte-gerelateerd QALY-verlies}}{\text{Resterende QALYs zònder de ziekte} - \text{Resterende QALYs mét de ziekte}} = \frac{\text{Resterende QALYs zònder de ziekte}}{\text{Resterende QALYs zònder de ziekte}}$$

In deze systematiek wordt de hoogste referentiewaarde (€80.000) toegekend aan de groepen met de grootste ziektelast (PS van 0,71-1,00), de groepen die ten opzichte van hun referentiegroep vanwege hun ziekte dus de grootste achterstand oplopen. De laagste referentiewaarde (€20.000) wordt toegekend aan de groepen met de kleinste ziektelast (PS van 0,10-0,40). De referentiewaarde van €50.000 wordt toegekend aan groepen met een ziektelast (PS) van 0,41-0,70 (17).

#### Proportional shortfall en preventie

Als proportional shortfall wordt toegepast op preventie wordt de PS-score sterk beïnvloed door de keuze voor het tijdstip en de doelgroep: Stel, we kijken naar de preventiemaatregel A. Deze preventiemaatregel vindt plaats als mensen 30 jaar zijn. Zonder deze preventiemaatregel openbaart de aandoening, aandoening X, zich gemiddeld genomen op een leeftijd van 45 jaar. Mensen met aandoening X hebben een kwaliteit van leven van 0,6 in plaats van 0,8 en ze overlijden gemiddeld 5 jaar eerder (op 75-jarige leeftijd in plaats van 80-jarige leeftijd). Voor dit voorbeeld gaan we ervanuit dat de slechtere kwaliteit van leven door aandoening X de rest van het leven aanhoudt. Preventiemaatregel A voorkomt de aandoening bij 2% van de mensen. Zie voor dit voorbeeld in de volgende tabel de proportional shortfall bij verschillende keuzes voor het tijdstip en de doelgroep.

		Doelgroep	
		Iedereen die de maatregel krijgt	Iedereen bij wie de aandoening wordt voorkómen
Tijdstip	T dat de maatregel gegeven wordt	0,01	0,33
	T dat de aandoening zich voordoet	0,01	0,46

Proportional shortfall (PS) wordt vooralsnog alleen gebruikt binnen de context van beoordeling van curatieve interventies. Het is de vraag of de PS-methodiek wel geschikt is voor preventie. Er zijn voor preventie namelijk een aantal praktische en normatieve belemmeringen om PS te gebruiken voor het vaststellen van de referentiewaarde van een QALY. Voorbeelden van zulke belemmeringen zijn 1) onduidelijkheid over voor welke doelgroep PS moet worden berekend (iedereen die de maatregel krijgt, of alleen degenen waarbij de aandoening wordt voorkómen); 2) onduidelijkheid over het tijdstip vanaf wanneer PS moet worden gemeten (als de maatregel wordt gegeven of als de aandoening zich voordoet) (17, 25, 26); en 3) dat PS/ziektelast niet geschikt is voor preventie omdat er (nog) geen sprake is van een ziekte bij het inzetten van preventie.



De TWG-KBP concludeert naar aanleiding van de praktische en normatieve belemmeringen voor de toepassing van PS bij preventie dat PS niet makkelijk en op een eenduidige manier toegepast kan worden op preventie. **Omdat de proportional shortfall methodiek niet ontwikkeld is voor toepassing bij preventie en het ook lastig is om deze methodiek wel geschikt te maken voor preventie, adviseert de TWG-KBP om proportional shortfall niet te gebruiken om de referentiewaarde voor een QALY die gerealiseerd wordt door preventie vast te stellen. Hieruit volgt dat de TWG-KBP adviseert om voor preventie één referentiewaarde te gebruiken, onafhankelijk van ziektelast.** Dat wil overigens niet zeggen dat beleidsmakers ziektelast niet als aspect mee kunnen wegen in de besluitvorming.

### 3.3.2.2 Weeg relevante wegingscriteria voor preventie op een transparante en duidelijke manier mee in de besluitvorming als criterium náást kosteneffectiviteit

Bij het inzetten van preventie spelen vaak bredere overwegingen een rol dan bij curatieve zorg, overwegingen zoals het verkleinen van sociaaleconomische gezondheidsverschillen of het beschermen van kwetsbare groepen. Deze overwegingen spelen vaker een rol bij preventie dan bij curatie omdat veel preventie zich leent om naast gezondheid ook andere maatschappelijke doelen te bereiken. **Daarom acht de TWG-KBP het van belang dat beleidsmakers dit soort bredere overwegingen, indien relevant voor het soort preventie, meewegen in de besluitvorming als criterium náást kosteneffectiviteit. De TWG-KBP acht het niet wenselijk om dit soort overwegingen te verwerken in de (referentie)waarde van de QALY en adviseert om ze naast de incrementele kosteneffectiviteitsratio/kosten-baten schatter te presenteren en op een transparante en duidelijke manier tegen deze ratio/schatter af te wegen.**<sup>2</sup> Daarbij wijst de TWG-KBP op de analogie met de werkwijze van het Zorginstituut, waar de Adviescommissie Pakket, op basis van een wetenschappelijk rapport over o.a. de effectiviteit en kosteneffectiviteit van een interventie, een maatschappelijke weging toepast op het wetenschappelijk bewijs op basis waarvan het een advies geeft om een interventie al dan niet te vergoeden uit de basisverzekering.

---

<sup>2</sup> Overigens is de visie van de TWG-KBP dat het ook voor ander beleid met gezondheid als doel wenselijk is om wegingscriteria mee te wegen in de besluitvorming náást kosteneffectiviteit, in plaats van de referentiewaarde van de QALY aan te passen n.a.v. wegingscriteria. Dan wordt voor al het beleid met gezondheid als doel één en dezelfde referentiewaarde gebruikt.



## 4. Budgettaire effecten en de rijksbegroting

### Hoofdpunten Hoofdstuk 4:

- Geld kan twee functies hebben: waarderingsmiddel en investeringsmiddel. Waarderingsmiddelen, zoals de waarde van de QALY, geven de maatschappelijke waardering voor een non-monetaire baat weer. Dit is geen geldbedrag dat vrijkomt om uit te geven.
- Het uitgangspunt voor besluitvorming over preventie zou, net als voor curatieve en langdurige zorg, moeten zijn: wat levert preventie op aan investerings- én waarderingsbaten en wat zijn we als maatschappij bereid hiervoor te betalen.
- De kosten van preventie komen vaak wel terug op de rijksbegroting, maar de meeste baten van preventie niet omdat deze hetzij te ver in de toekomst liggen, hetzij niet vrijkomen als investeringsmiddel, hetzij bij een andere partij terecht komen.
- De TWG-KBP adviseert beleidsmakers om een brede blik te hanteren voor preventie door meer oog te hebben voor baten op de langere termijn en voor baten die buiten de rijksbegroting of de begroting van het departement vallen.
- De TWG-KBP adviseert om een aanvullend beleidsinstrumentarium te ontwikkelen waarmee periodiek en vraaggestuurd de brede maatschappelijke kosten en baten van preventie gekwantificeerd kunnen worden.
- Om daadwerkelijk tot een beleidsinstrumentarium te komen en om een plaats voor dit beleidsinstrumentarium te creëren in de beleidscontext adviseert de TWG-KBP de Minister van VWS 1) om het initiatief te nemen zodat dit beleidsinstrumentarium er daadwerkelijk komt en acht het van groot belang dat relevante kennisinstellingen hierin een leidende rol spelen, en 2) om landingsgrond voor dit instrumentarium te creëren.

### 4.1 Geld kan zowel de functie hebben van een waarderingsmiddel als een investeringsmiddel

Het is bij het gebruik van de waarde van de QALY, zoals beschreven in het vorige Hoofdstuk, van belang om ervan bewust te zijn dat het gehanteerde geldbedrag de functie van een waarderingsmiddel heeft. Bij een KUA is dat wel helder, maar bij een MKBA gaat de redenering soms mis en wordt de suggestie geopperd dat preventie heel veel geld oplevert. Maar **de waarde van een QALY is géén geldbedrag dat vrijkomt, dat op de Rijksbegroting bijgeschreven kan worden en beschikbaar is om te investeren in ander beleid.** Met andere woorden: het is een waarderingsmiddel, geen investeringsmiddel. Een economische evaluatie vanuit maatschappelijk perspectief laat zien of de maatschappelijke waardering die gerealiseerd wordt met een bepaalde investering de moeite waard wordt gevonden door de maatschappij, met andere woorden, of de waardering van de gezondheid (en andere non-monetaire baten) die het beleid oplevert, opweegt tegen de investeringskosten voor dat beleid. Dit wil overigens niet zeggen dat (preventief) beleid niet óók kan resulteren in investeringseuro's. Zo leiden sommige beleidsmaatregelen tot minder

zorgconsumptie in de toekomst of tot een hogere arbeidsdeelname en arbeidsproductiviteit waardoor de economie groeit. Maar dit staat los van de waardering van de QALY.

## 4.2 Uitgangspunt zou moeten zijn: wat leveren de investeringen in preventie de samenleving op aan investerings- én waarderingsbaten en wat zijn we bereid daarvoor te betalen?

Gezien het standpunt van de TWG-KBP dat preventie niet anders is dan ander beleid met gezondheid als doel, adviseert de TWG-KBP om preventie ook in de besluitvorming zoveel mogelijk hetzelfde te behandelen als ander beleid met gezondheid als doel. Dit klinkt misschien logisch, maar is tot nu toe in de praktijk zeker nog niet vanzelfsprekend geweest. De TWG-KBP constateert dat bij preventie vaak het idee leeft dat het geld moet opleveren, met andere woorden: investeringsmiddelen moet opleveren, terwijl dit bij curatieve en langdurige zorg niet het geval is (27). Bij curatieve en langdurige zorg ligt de focus op wat het oplevert aan gezondheid, welzijn en andere baten en wat we als samenleving bereid zijn ervoor te betalen. Het gevolg is dat er in de praktijk een smaller criterium wordt gehanteerd voor preventie, namelijk wat levert preventie op aan investeringsmiddelen, dan voor ander beleid met gezondheid als doel, namelijk wat levert het beleid op aan investeringsmiddelen én waarderingsmiddelen. Vanuit het standpunt dat preventie op dezelfde manier behandeld dient te worden als ander beleid gericht op gezondheid, acht de TWG-KBP het van belang om voor preventie aan te sluiten bij wat gebruikelijk is voor de beoordeling voor ander beleid met gezondheid als doel.

**Wat de preventieve interventie de maatschappij oplevert aan baten (zowel investeringsbaten als waarderingsbaten) en wat de maatschappij bereid is daarvoor te betalen dient centraal te staan, niet of het geld oplevert op de rijksbegroting.**

## 4.3 Hanteer bij preventie een brede blik met oog voor baten op de langere termijn, baten buiten de rijksbegroting en baten buiten de begroting van het departement

Als er gekeken wordt naar de effecten van beleid op de rijksbegroting wordt alleen gekeken naar de kosten en baten uitgedrukt in geld als investeringsmiddel. Preventiebeleid heeft bepaalde kosten. Indien de investeringen in het preventiebeleid gedaan worden door de rijksoverheid, komen de kosten terug op de rijksbegroting in het jaar dat de uitgaven aan het preventiebeleid worden gedaan. Dit geldt bijvoorbeeld voor het Rijksvaccinatieprogramma. Preventiebeleid heeft ook bepaalde baten, sommige van deze baten worden op de korte termijn gerealiseerd, sommige op de langere termijn. Bij preventie is veelal sprake van baten op de langere termijn, zoals gezondheidseffecten en minder zorgkosten en arbeidsverzuim op de langere termijn. Daarom komen veel baten van preventie niet op korte termijn terug op de rijksbegroting. Daarnaast komen lang niet alle baten van preventie als investeringsmiddel vrij. Veel baten van preventie zijn non-monetair, zoals gezondheid en welzijn. Deze baten kunnen we waarderen in geld, maar komen niet op de rijksbegroting terug. Daarnaast kunnen baten neerslaan bij andere partijen dan de rijksoverheid, zoals werkgevers (verbeterde arbeidsproductiviteit). Ook dan komen ze niet op de rijksbegroting terug.

Als de baten wel op de rijksbegroting terecht komen, kunnen ze ook neerslaan bij andere departementen dan het departement dat in het preventiebeleid investeert. Dit is bijvoorbeeld het geval bij preventie waardoor mensen minder vaak in de ziektewet of de WIA (wet werk en inkomen naar arbeidsvermogen) terecht komen, of vanwege hun betere gezondheid langer door kunnen werken waardoor de AOW-leeftijd kan stijgen. De baten komen dan terug op de rijksbegroting, maar wel bij een ander departement, in dit geval het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, dan waar de kosten gemaakt worden, het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Samenvattend zien we de kosten van preventie dus vaak wel terug op de rijksbegroting, maar de meeste baten van preventie vaak niet omdat deze hetzij te ver in de toekomst liggen, hetzij niet vrijkomen als investeringsmiddel, hetzij bij een andere partij terecht komen. Als de baten wel op de rijksbegroting terecht komen, slaan ze daarnaast nog vaak neer bij andere departementen dan het departement dat erin heeft geïnvesteerd. **Daarom adviseert de TWG-KBP beleidsmakers om een brede blik te hanteren voor preventie door meer oog te hebben voor baten op de langere termijn en voor baten die buiten de rijksbegroting of buiten de begroting van het departement vallen.**

Overigens is preventie niet het enige beleidsveld waar dit speelt. Dit geldt bijvoorbeeld ook voor investeringen in onderwijs en klimaat.

#### **4.4 Het is van belang dat er een beleidsinstrumentarium ontwikkeld wordt waarmee periodiek en vraaggestuurd de brede kosten en baten van preventie gekwantificeerd kunnen worden**

Om beleidsmakers te helpen bij het hanteren van een brede blik voor preventie is het van belang om beleidsmakers periodiek en vraaggestuurd te kunnen voorzien van een overzicht van waardevolle en minder waardevolle preventie maatregelen, op basis waarvan preventiebeleid op de beleidsagenda en op de begroting kan landen. Om een dergelijk overzicht te creëren, is een beleidsinstrumentarium nodig waarmee de brede maatschappelijke kosten en baten van preventie maatregelen op de korte, middellange en lange termijn gekwantificeerd kunnen worden en dat geïntegreerd kan worden in de beleidscyclus.

Een voorbeeld van een beleidsinstrumentarium dat de kosten en effecten van beleid in kaart brengt en een stevige landingsgrond in beleid en de begroting heeft verworven, is het zogeheten “Keuzes in Kaart”, afgekort KiK (zie Tekstbox 4.1), van het Centraal Planbureau (CPB).

##### **Tekstbox 4.1: Keuzes in Kaart (KiK)**

Het CPB biedt politieke partijen sinds 1986 de mogelijkheid om de beleidsmaatregelen in hun verkiezingsprogramma's door te laten rekenen in Keuzes in Kaart (KiK). KiK is vooral een

hulpmiddel om de budgettaire en macro-economische gevolgen van de beleidskeuzes van partijen consistent en in vergelijking tot andere partijen te overzien (28).

In KiK wordt de impact van beleidsmaatregelen doorgerekend ten opzichte van een basispad, dat is gebaseerd op vastgesteld beleid en de middellangetermijn macro-economische ramingen. Uitkomstmaten die in KiK gehanteerd worden, zijn onder andere het BBP (bruto binnenlands product)-volume, de werkgelegenheid, de werkloosheid, het EMU-saldo (i.e. verschil tussen inkomsten en uitgaven van de overheid) en de overheidsschuld (28).

Beleidsmaatregelen moeten, om in KiK te worden meegenomen, aan een aantal criteria voldoen. Zo moet het gaan om maatregelen die de rijksoverheid zelf kan nemen, en waar met de uitvoering gestart kan worden in de aankomende kabinetsperiode. Daarnaast moet er voldoende robuust bewijs over de effecten van de maatregelen zijn. De focus van KiK ligt op de maatregelen met een grotere budgettaire impact (28).

KiK richt zich op de doorrekening van budgettaire en macro-economische effecten van beleidsmaatregelen op de korte en middellange termijn. Daardoor worden de langetermijneffecten van preventiemaatregelen, de vele waarderingssbaten van preventie en de baten van preventie die bij andere partijen dan de overheid terecht komen niet meegenomen in KiK. KiK is daarmee feitelijk niet geschikt en niet bedoeld om de brede maatschappelijke kosten en baten van preventiemaatregelen te kwantificeren. **De TWG-KBP adviseert daarom om voor preventie een aanvullend beleidsinstrumentarium te ontwikkelen waarmee de brede maatschappelijke kosten en baten van de preventie op de korte, middellange en lange termijn periodiek gekwantificeerd kunnen worden en waarmee verdelingseffecten kunnen worden onderscheiden.** Net als bij KiK zouden politici (en beleidsmakers) periodiek de mogelijkheid moeten krijgen om een aantal preventiemaatregelen die zij overwegen door te laten rekenen. Dit beleidsinstrumentarium zou gecombineerd kunnen worden met een horizon scan van preventie: het periodiek maken van een overzicht van nieuwe en mogelijk kosteneffectieve preventiemaatregelen op basis waarvan beleidsmakers en politici preventiemaatregelen kunnen aandragen voor doorrekening door middel van het nieuw te ontwikkelen beleidsinstrumentarium.

#### **Kennisagenda:**

Om een goed overzicht te kunnen creëren van meer en minder waardevolle preventiemaatregelen, acht de TWG-KBP het van belang dat er een aanvullend beleidsinstrumentarium wordt ontwikkeld waarmee periodiek en vraaggestuurd de brede maatschappelijke kosten en baten van preventiemaatregelen kunnen worden gekwantificeerd.

De TWG-KBP signaleert dat, om te zorgen dat het nog te ontwikkelen, aanvullende beleidsinstrumentarium ook daadwerkelijk gebruikt wordt voor het plaatsen van beleid in de beleidsagenda en op de begroting, er voldoende landingsgrond in beleid en begroting nodig is voor het aanvullende beleidsinstrumentarium. Hier ligt een rol voor beleidsmakers. Het creëren van landingsgrond is immers een bestuurskundig vraagstuk. **De TWG-KBP adviseert de Minister van VWS daarom om 1) het initiatief te nemen om ervoor te zorgen dat een dergelijk aanvullend instrumentarium er daadwerkelijk komt en acht het van groot belang dat relevante kennisinstellingen, samen met (andere) wetenschappelijke deskundigen, hierin een leidende rol spelen en 2) om tegelijkertijd een voorstel te maken voor het creëren van een bestuurlijke context die voldoende landingsgrond in beleid en begroting biedt voor dit aanvullende instrumentarium.** De TWG-KBP is van mening dat het voor het creëren van bestuurlijk gewicht kan helpen om, als het beleidsinstrumentarium ontwikkeld is, het periodiek en vraag gestuurd kwantificeren van de brede maatschappelijke kosten en baten van preventiebeleid door middel van het nog te ontwikkelen beleidsinstrumentarium te beleggen bij een gezaghebbend instituut.

## 5. Bestuurlijke context en aanbevelingen voor implementatie van het advies

### Hoofdpunten Hoofdstuk 5:

In dit Hoofdstuk gaat de TWG-KBP in op wat er nodig is om haar advies, zoals weergegeven in de voorgaande hoofdstukken, te implementeren in de praktijk, gegeven de context van de huidige vormgeving van het preventiebeleid in Nederland.

De TWG-KBP acht het voor de implementatie van haar advies van belang:

1. Dat beleidsmakers breder kijken naar passend bewijs voor preventie dan gerandomiseerde, gecontroleerde studies.
2. Dat er een regeling komt voor de financiering van onderzoek naar de kosten en baten van potentieel waardevolle preventie maatregelen, gecombineerd met een vorm van horizon scanning.
3. Dat beleidsmakers - inclusief politici - een brede maatschappelijke blik hanteren, met oog voor non-monetaire baten en baten op de lange(re) termijn.
  - Deze brede maatschappelijke blik kan mogelijk helpen om de verschillen tussen de beleidseconomische wereld en de publieke gezondheidswereld te overbruggen. Meer eenheid van taal kan hierbij ook helpend zijn.
4. Dat er een structureel budget beschikbaar komt voor de financiering van preventie.
  - Voor het beschikbaar maken van structureel budget kan het helpen om artikel 22, lid 1 van de Grondwet – de overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid – door te voeren in lagere wetgeving.
  - Een aandachtspunt voor structurele financiering is het zogenoemde “wrong pocket probleem”. Het in kaart brengen van verdelingseffecten als onderdeel van de brede welvaartseconomische analyse kan helpen om dit probleem aan te pakken.
5. Dat één partij met voldoende mandaat en middelen zich opwerpt om met de aanbevelingen en de kennisvragen uit dit advies aan de slag te gaan.
  - Op basis van de grondwettelijke verplichting tot het nemen van gezondheidsbevorderende maatregelen ligt het voor de hand dat de overheid deze rol op zich neemt.

Dit advies over de kosten en baten van preventie richt zich specifiek op technische aspecten rondom het meenemen van de kosten en baten van preventiebeleid in de voorbereiding van de besluitvorming. Preventiebeleid heeft echter een veel bredere context. Daarover is veel geschreven, zoals recentelijk door de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving (RVS) in het rapport “Op onze gezondheid – de noodzaak van een sterkere publieke gezondheid.” (29). De TWG-KBP is zich ervan bewust dat haar adviezen binnen deze bredere context rond preventiebeleid vallen en dat het voor de implementatie van haar adviezen belangrijk is om oog te hebben voor deze context. Daarom gaat de TWG-KBP in dit hoofdstuk in op wat er volgens de TWG-KBP nodig is om de adviezen van de

werkgroep, zoals weergegeven in de voorgaande hoofdstukken, te implementeren in de praktijk, de context van de huidige vormgeving van het preventiebeleid in Nederland.

## 5.1 Bewijs voor preventie

In Paragraaf 3.2 adviseert de TWG-KBP om voor bewijs voor preventie breder te kijken dan alleen naar gerandomiseerde, gecontroleerde studies en schetst de TWG-KBP een aantal methoden die gebruikt kunnen worden om passend bewijs te vergaren als een gerandomiseerde, gecontroleerde studie niet mogelijk is. De TWG-KBP signaleert dat beleidsmakers in het verleden terughoudend zijn geweest om te investeren in preventiebeleid waarvoor geen bewijs was op basis van gerandomiseerde, gecontroleerde studies.

- 1) **Om ervoor te zorgen dat het advies van de TWG-KBP wat betreft passend bewijs voor preventie geïmplementeerd wordt in de praktijk, acht de TWG-KBP het van belang dat beleidsmakers wat betreft bewijs voor preventie ook breder kijken dan alleen naar gerandomiseerde, gecontroleerde studies.** Het is van belang dat beleidsmakers ook beslissingen durven te nemen op basis van ander passend bewijs, in combinatie met goede monitoring van de effecten van het beleid na invoering.

Om te zorgen dat het best passend bewijs voor preventie verzameld kan worden, is het tevens van belang dat er voldoende financiering is voor onderzoek naar mogelijk waardevolle preventie. De TWG-KBP signaleert dat er bij preventie vaak sprake is van maatschappelijke winst die op veel verschillende plekken terecht komt. Daarom is er doorgaans niet, zoals bij veel farmaceutische interventies, één partij die een financieel belang heeft om te investeren in onderzoek naar preventie. Hierdoor komt onderzoek naar de kosten en baten van preventie lastig van de grond, terwijl bewijs over de kosten en baten van preventie wel nodig is voor besluitvorming over preventiemaatregelen.

- 2) **Daarom adviseert de TWG-KBP de overheid om een regeling in te richten voor de financiering van onderzoek naar potentieel waardevolle preventie. De TWG-KBP adviseert om deze regeling te combineren met een vorm van horizon scanning, waarbij veelbelovende preventiemaatregelen vroegtijdig gesignaleerd worden zodat er ook gericht onderzoek naar de kosten en baten van deze maatregelen in de Nederlandse context opgezet kan worden.**

## 5.2 Breed maatschappelijke perspectief

In dit advies komt veelvuldig aan de orde dat de TWG-KBP het van belang acht om voor preventie een brede maatschappelijke blik te hanteren met oog voor non-monetaire baten en baten op de lange(re) termijn omdat anders veel waardevolle preventie buiten beeld blijft.

- 3) **Om deze aanbeveling te kunnen implementeren, acht de TWG-KBP het van belang dat het brede maatschappelijke perspectief niet alleen gehanteerd wordt in onderzoek,**

**maar ook in de beleidspraktijk zodat onderzoek en de beleidspraktijk goed op elkaar aansluiten.**

Op dit moment is het in de beleidspraktijk nog gebruikelijk om een begrotingsperspectief te hanteren, met een focus op het aankomende jaar of de aankomende bestuursperiode. Dit betekent dat overheidsinvesteringen in preventie alleen beoordeeld worden op de “return on investment” (voor de overheidsbegroting) in de eerste vier jaar na de investering. De TWG-KBP acht het van belang dat dit verandert en dat beleidsmakers meer oog hebben voor de non-monetaire baten en de baten van preventie op de lange(re) termijn.

**Wanneer beleidsmakers een bredere maatschappelijke blik hanteren met oog voor de lange termijn en voor baten die niet alleen monetair zijn, kan er meer synergie ontstaan tussen de beleidseconomische wereld en de wereld van de publieke gezondheid.** De TWG-KBP constateert namelijk dat deze twee werelden elkaar niet altijd even goed begrijpen omdat men zich over en weer te weinig verdiept in elkaars mogelijkheden en onmogelijkheden en welke aspecten er vanuit het perspectief van die andere wereld ook nog van belang zijn (30). Een goed voorbeeld hiervan is de discussie rond het afschaffen van de BTW op groente en fruit. Hierbij leek het alsof de argumenten van beide kanten niet over kwamen waardoor de discussie op onbegrip vastliep. Onbegrip wordt daarnaast versterkt wanneer onder dezelfde begrippen geheel verschillende dingen worden verstaan. Wordt door beleidsmakers en gezondheidsbevorderaars bijvoorbeeld hetzelfde bedoeld wanneer gesproken wordt over een preventieve aanpak of over baten van preventie? **Meer eenheid en zorgvuldigheid van taal rondom preventie kan daarom helpen om een brug te slaan tussen de beleidseconomische wereld en de publieke gezondheidswereld.**

### 5.3 Structurele financiering voor preventie

Voor de implementatie van de adviezen van de TWG-KBP in de praktijk, is het van belang dat als een brede welvaartseconomische analyse laat zien dat het kosteneffectief is om te investeren in een preventiemaatregel, dat er dan ook budget beschikbaar is om deze preventiemaatregel te financieren. De TWG-KBP constateert dat preventie op dit moment uit veel verschillende, vaak tijdelijke, potjes betaald wordt. Er is niet een vast budget beschikbaar voor preventiemaatregelen. Dit in tegenstelling tot curatieve zorg, waarvoor structureel een steeds hoger wordend zorgbudget beschikbaar is. Vanwege het ontbreken van structurele financiering dient voor elke nieuwe preventiemaatregel opnieuw budget vrijgespeeld te worden. Doordat het lang niet altijd lukt om budget vrij te maken, worden aangetoond kosteneffectieve preventiemaatregelen lang niet altijd of pas heel laat ingevoerd.

- 4) **Voor de implementatie van het advies is het daarom van belang dat er een ruim en structureel budget beschikbaar komt waaruit aantoonbaar kosteneffectieve preventie gefinancierd kan worden.**



**De TWG-KBP denkt dat het daarbij kan helpen zijn als analoog aan de zorgplicht voor curatie een wettelijke plicht voor preventie wordt ingevoerd.** Artikel 22, lid 1 van Grondwet - “De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid” - zou daartoe doorgevoerd kunnen worden in lagere wetgeving en dan niet alleen de Wet Publieke Gezondheid maar ook de Zorgverzekeringswet en andere wetten op het brede terrein van gezondheid en welzijn.

Verder zit voor structurele financiering van preventie vaak het zogenoemde “wrong pocket probleem” in de weg. Het wrong pocket probleem houdt in dat de (financiële) baten van preventie bij een andere partij terecht komen dan bij de partij die de preventieve interventie betaald heeft.<sup>3</sup> Dit verlamt de bereidheid om te investeren in preventie. Een brede welvaartseconomische analyse kan hier van betekenis zijn. Door het in kaart brengen van de geldstromen en verdelingseffecten, zoals de TWG-KBP in Paragraaf 2.4 adviseert, kunnen “wrong pocket” situaties in kaart gebracht worden. Beleidsmakers kunnen deze informatie gebruiken om maatregelen te nemen om het wrong pocket probleem te adresseren. Een goed voorbeeld hiervan is de maatregel dat de verzuimkosten van de eerste twee ziektejaren van een werknemer voor rekening komen van de werkgever. Dit geeft werkgevers een sterk financieel belang en daarmee een sterke prikkel tot het nemen van preventiemaatregelen om uitval van werknemers te voorkomen.

## 5.4 Probleemeigenaar

In dit advies doet de TWG-KBP een aantal aanbevelingen en identificeert de TWG-KBP een aantal kennisvragen. Voor de implementatie van het advies in de praktijk is het van belang dat een partij de verantwoordelijkheid neemt om de aanbevelingen op te pakken en de kennisvragen te adresseren. De TWG-KBP constateert dat het bij preventie door de vele betrokken partijen vaak ontbreekt aan één partij die de verantwoordelijkheid neemt voor het beleid en de werkwijzen rondom preventie. Met andere woorden: het ontbreekt aan een duidelijke probleemeigenaar voor preventiebeleid.

- 5) Om te zorgen dat de aanbevelingen uit dit advies worden opgepakt en de kennisvragen worden geadresseerd, acht de TWG-KBP het van belang dat er één duidelijke probleemeigenaar is voor preventiebeleid met voldoende mandaat en die over voldoende (financiële) middelen beschikt.**

Zoals eerder genoemd, schrijft de Grondwet voor dat de overheid maatregelen neemt ter bevordering van de volksgezondheid. Op basis van dit gegeven ligt het voor de hand dat de overheid de rol van probleemeigenaar voor preventie op zich neemt.

---

<sup>3</sup> Het zogenoemde wrong pocket probleem speelt overigens ook bij curatieve zorg. Echter is het probleem bij preventie duidelijker aanwezig omdat de meeste baten zich pas op langere termijn voordoen en omdat er een nóg grotere groep partijen bij preventie betrokken is dan bij curatie.

## 6. Conclusie

### 6.1 Hoofdpunten advies

In onderstaand kader komen de hoofdpunten van het advies terug per hoofdstuk waarin deze punten beschreven worden.

#### Hoofdstuk 2

- Preventie is niet anders dan ander beleid met gezondheid als primair of secundair doel. Daarom dient een brede welvaartseconomische analyse (een kostenutiliteitsanalyse met maatschappelijk perspectief of een maatschappelijke kosten-baten analyse) ook voor preventie de standaard te zijn.
- De TWG-KBP neemt de bestaande richtlijnen voor economische evaluaties als uitgangspunt voor preventie.
- In lijn met de bestaande richtlijnen voor economische evaluaties adviseert de TWG-KBP voor economische evaluaties van preventie:
  - Stel bij de start van een economische evaluatie de probleemstelling, de doelstelling, de interventie en het alternatief duidelijk vast.
  - Hanteer het maatschappelijk perspectief. Dus denk breed na over de kosten en baten van preventieve interventies.
    - Heb dus ook oog voor intersectorale kosten en baten (kosten en baten buiten de gezondheidszorg).
    - Waak daarbij wel voor dubbeltellingen.
  - Breng de verdelingseffecten van preventiemaatregelen in beeld
  - Hanteer voor preventie dezelfde discontovoet als voor ander beleid met gezondheid als doel.

#### Hoofdstuk 3

- Gebruik voor het meten van gezondheidsbaten in ieder geval de QALY.
- Kijk voor bewijs voor de gezondheidsbaten van preventie breder dan alleen naar RCT's:
  - Bepaal voor iedere soort preventie het best passende niveau van bewijs.
  - Doe altijd onzekerheidsanalyses.
  - Wees transparant over het relatieve niveau van bewijs, het niveau van bewijs t.o.v. het best passende niveau van bewijs voor de preventiemaatregel.
  - Weeg in de besluitvorming de onzekerheid en het relatieve niveau van bewijs af tegen de potentiële baten van de preventiemaatregel.
  - Zorg na invoering voor een goede nulmeting en monitoring van de gezondheidsbaten van de preventiemaatregel.
  - Om de monitoring van de baten van een preventiemaatregel na invoering te faciliteren, is een goede data-infrastructuur voor gezondheids- en leefstijldata en data over andere determinanten van gezondheid onontbeerlijk.

- Op preventie is dezelfde (referentie)waarde van een QALY van toepassing als op ander beleid met gezondheid als doel.
- Het naast elkaar bestaan van verschillende QALY-waarden acht de TWG-KBP onwenselijk. Daarom dient er één QALY-waarde gehanteerd te worden in economische evaluaties. Deze QALY-waarde dient door een breed gedragen werkgroep vastgesteld en periodiek herijkt te worden.
- Bredere maatschappelijk overwegingen dienen, indien relevant voor de preventie maatregel, naast de incrementele kosteneffectiviteitsratio/kosten-batenschattting gepresenteerd te worden en op een transparante en duidelijke manier meegewogen te worden in besluitvorming.

#### Hoofdstuk 4

- Geld kan twee functies hebben: waarderingsmiddel en investeringsmiddel. Waarderingsmiddelen, zoals de waarde van de QALY, geven de maatschappelijke waardering voor een non-monetaire baat weer. Dit is geen geldbedrag dat vrijkomt om uit te geven.
- Het uitgangspunt voor besluitvorming over preventie zou, net als voor curatieve en langdurige zorg, moeten zijn: wat levert preventie op aan investerings- én waarderingsbaten en wat zijn we als maatschappij bereid hiervoor te betalen.
- De kosten van preventie komen vaak wel terug op de rijksbegroting, maar de meeste baten van preventie niet omdat deze hetzij te ver in de toekomst liggen, hetzij niet vrijkomen als investeringsmiddel, hetzij bij een andere partij terecht komen.
- De TWG-KBP adviseert beleidsmakers om een brede blik te hanteren voor preventie door meer oog te hebben voor baten op de langere termijn en voor baten die buiten de rijksbegroting of de begroting van het departement vallen.
- De TWG-KBP adviseert om een aanvullend beleidsinstrumentarium te ontwikkelen waarmee periodiek en vraaggestuurd de brede maatschappelijke kosten en baten van preventie gekwantificeerd kunnen worden.
- Om daadwerkelijk tot een beleidsinstrumentarium te komen en om een plaats voor dit beleidsinstrumentarium te creëren in de beleidscontext adviseert de TWG-KBP 1) de Minister van VWS om het initiatief te nemen zodat dit beleidsinstrumentarium er daadwerkelijk komt en acht het van groot belang dat relevante kennisinstellingen hierin een leidende rol spelen, en 2) om landingsgrond voor dit instrumentarium te creëren.

#### Hoofdstuk 5

In dit Hoofdstuk gaat de TWG-KBP in op wat er nodig is om haar advies, zoals weergegeven in de voorgaande hoofdstukken, te implementeren in de praktijk, gegeven de context van de huidige vormgeving van het preventiebeleid in Nederland.

De TWG-KBP acht het voor de implementatie van haar advies van belang:

- Dat beleidsmakers breder kijken naar passend bewijs voor preventie dan gerandomiseerde, gecontroleerde studies.
- Dat er een regeling komt voor de financiering van onderzoek naar de kosten en baten van potentieel waardevolle preventie maatregelen, gecombineerd met een vorm van horizon scanning.
- Dat beleidsmakers en politici een brede maatschappelijke blik hanteren, met oog voor non-monetaire baten en baten op de lange(re) termijn.
  - Deze brede maatschappelijke blik kan mogelijk helpen om de verschillen tussen de beleidseconomische wereld en de publieke gezondheidswereld te overbruggen. Meer eenheid van taal kan hierbij ook helpend zijn.
- Dat er een structureel budget beschikbaar komt voor de financiering van preventie.
  - Voor het beschikbaar maken van structureel budget kan het helpen om artikel 22, lid 1 van de Grondwet – de overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid – door te voeren in lagere wetgeving.
  - Een aandachtspunt voor structurele financiering is het zogenoemde “wrong pocket probleem”. Het in kaart brengen van verdelingseffecten als onderdeel van de brede welvaartseconomische analyse kan helpen om dit probleem aan te pakken.
- Dat één partij met voldoende mandaat en middelen zich opwerpt om met de aanbevelingen en de kennisvragen uit dit advies aan de slag te gaan.
  - Op basis van de grondwettelijke verplichting tot het nemen van gezondheidsbevorderende maatregelen ligt het voor de hand dat de overheid deze rol op zich neemt.

## 6.2 Kennisagenda

### Kennisagenda

Om te kunnen bepalen wat het passend niveau van bewijs is voor preventie, acht de TWG-KBP het wenselijk dat de wetenschappelijke wereld een raamwerk ontwikkelt, specifiek toegespitst op preventie, waarmee het passend niveau van bewijs vastgesteld kan worden (zie ook Paragraaf 3.2.3).

Om monitoring van de baten van preventieve interventies na invoering te faciliteren, acht de TWG-KBP het van belang dat er een goede data-infrastructuur beschikbaar komt met jaarlijkse gezondheids- en leefstijldata en data over andere determinanten van gezondheid (zie ook Paragraaf 3.2.5).

Om de vergelijkbaarheid van economische evaluaties van beleid met gezondheid als doel te vergroten, adviseert de TWG-KBP om een breed gedragen werkgroep in te stellen die

één QALY-waarde vaststelt die gebruikt dient te worden in alle economische evaluaties met gezondheidsbaten, onafhankelijk van hoe die gezondheidsbaten tot stand komen. Deze QALY-waarde zou periodiek herijkt moeten worden door de breed gedragen werkgroep (zie ook Paragraaf 3.3.1).

Om een goed overzicht te kunnen creëren van meer en minder waardevolle preventiemaatregelen, acht de TWG-KBP het van belang dat er een aanvullend beleidsinstrumentarium wordt ontwikkeld waarmee periodiek en vraaggestuurd de brede maatschappelijke kosten en baten van preventiemaatregelen kunnen worden gekwantificeerd (zie ook Paragraaf 4.4).

## Referenties

1. Bleichrodt H, Koopmanschap M. Economische evaluatie. In: Schut E, Varkevisser M, editors. Economie van de gezondheidszorg. 6. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.
2. Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra. Preventie: wat is het, en hoe benutten we het optimaal? Amsterdam; 2022. Contract No.: NFU - 22.01619.
3. Brug J, Smit HA, Burdorf A. Primaire preventie. In: Mackenbach JP, Stronks K, editors. Volksgezondheid en gezondheidszorg. 7. Houten: Bohn Stafleu van Loghum; 2016.
4. Hagens L, Klazinga N. Betaalbaarheid door meer preventie. In: Jeurissen P, Maarse H, Tanke M, editors. Betaalbare zorg. Den Haag: Sdu; 2018. p. 199-218.
5. Zorginstituut Nederland. Richtlijn voor het uitvoeren van economische evaluaties in de gezondheidszorg. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2015.
6. Romijn G, Renes G. Algemene leidraad voor maatschappelijke kosten-batenanalyse. Den Haag: CPB/PBL; 2013.
7. Koopmans C, Heyma A, Hof B, Imandt M, Kok L, Pomp M. Werkwijzer voor kosten-batenanalyse in het sociale domein. Amsterdam: SEO economisch onderzoek; 2016.
8. Drost R, Paulus A, Ruwaard D, Evers S. Handleiding intersectorale kosten en baten van (preventieve) interventies: Classificatie, identificatie en kostprijzen 2014.
9. Tilling C, Krol M, Tsuchiya A, Brazier J, Brouwer W. In or Out? Income Losses in Health State Valuations: A Review. *Value in Health*. 2010;13(2):298-305.
10. Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. New York, United States: Oxford University Press; 2005.
11. Ministerie van Financiën. Kabinetsreactie werkgroep discontovoet. 2020.
12. M. Versteegh M, M. Vermeulen K, M. A. A. Evers S, de Wit GA, Prenger R, A. Stolk E. Dutch Tariff for the Five-Level Version of EQ-5D. *Value in Health*. 2016;19(4):343-52.
13. de Wit GA, Oosterhoff M, Kouwenberg LHJA, Rotteveel AH, van Vliet ED, Janssen K, et al. De gezondheidsgevolgen van uitgestelde operaties tijdens de corona-pandemie. Schattingen voor 2020 en 2021. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu,; 2022. Contract No.: 2022-0053.
14. Mölenberg FJ, Lopes FV. Natural experiments: A Nobel Prize awarded research design for strengthening causal inference on global health challenges. *Journal of Global Health*. 2022;12.
15. Heymans JM, Kleijnen S, Verstijnen IM. Passend bewijs bij het bepalen van effectiviteit van interventies. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*. 2013;157:A6027.
16. May A, Mathijssen J. Alternatieven voor RCT bij de evaluatie van effectiviteit van interventies!?! - eindrapportage. 2015.

17. Vijgen S, van Heesch F, Obradovic M. Ziektelast in de praktijk: de theorie en praktijk van het berekenen van ziektelast bij pakketbeoordelingen. Diemen: Zorginstituut Nederland; 2018.
18. Correction to “Valuing QALY gains by applying a societal perspective”. Health Economics. 2023;32(9):2168-70.
19. Bobinac A, van Exel NJA, Rutten FFH, Brouwer WBF. VALUING QALY GAINS BY APPLYING A SOCIETAL PERSPECTIVE. Health Economics. 2013;22(10):1272-81.
20. Voormolen D, Trujillo K, Brouwer W, van Exel J. Waarde en verdeling van gezondheid, effecten van maatregelen en voorkeuren voor beleid [nog niet gepubliceerd]. 2023.
21. Consumentenprijzen; prijsindex 2015=100 [Internet]. 2023 [cited 20-7-2023]. Available from: <https://opendata.cbs.nl/statline/#/CBS/nl/dataset/83131NED/table?dl=5D8B>.
22. 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(11):1331-44.
23. 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(1):87-100.
24. Himmler S, van Exel J, Brouwer W. Did the COVID-19 pandemic change the willingness to pay for an early warning system for infectious diseases in Europe? The European Journal of Health Economics. 2022;23(1):81-94.
25. van de Wetering EJ, Stolk EA, van Exel NJA, Brouwer WBF. Balancing equity and efficiency in the Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall. The European Journal of Health Economics. 2013;14(1):107-15.
26. Stolk EA, van Donselaar G, Brouwer WBF, Busschbach JJV. Reconciliation of economic concerns and health policy. Pharmacoeconomics. 2004;22(17):1097-107.
27. van 't Land K, Mierau J, Wouterse B. Preventie levert veel meer op dan gedacht. Medisch Contact. 2022.
28. Centraal Planbureau. Startnotitie Keuzes in Kaart 2022-2025. 2020.
29. Raad voor Volksgezondheid & Samenleving. Op onze gezondheid - De noodzaak van een sterkere publieke gezondheidszorg. Den Haag: Raad voor Volksgezondheid & Samenleving; 2023.
30. Hagens L, van 't Land K, Wouterse B. Mag het een onsje meer zijn? De rol van gezondheidseconomen in het preventiedebat. VGE bulletin. 2022;39(1).

## Bijlagen



## Bijlage A: Adviesverzoek aan technische werkgroep kosten en baten van preventie

**Aan: Kennisplatform Preventie**

**Van: VWS – PG en CSO**

**Betreft: Verzoek tot breed gedragen advies over de brede kosten en baten van preventie**

### **Aanleiding**

Op de vorige bijeenkomst van het kennisplatform Preventie (april 2022) is afgesproken dat het ministerie van VWS, in afstemming met ZonMw en prof. Henk Garretsen, komt tot een hernieuwde opdrachtformulering voor het kennisplatform Preventie.

Een belangrijk vraagstuk dat momenteel speelt op het terrein van (interdepartementale) gezondheidsmaatregelen en preventie is dat er duidelijkheid komt over wanneer de overheid wel of niet moet kiezen voor de implementatie/invoering van een gezondheids-/preventiemaatregel bijvoorbeeld in de Zorgverzekeringswet, een bevolkingsonderzoek of vaccinatieprogramma<sup>4</sup>.

Om deze duidelijkheid te krijgen, is het nodig dat er:

- a) zicht is op het meest geschikte perspectief, zowel vanuit wetenschappelijk als maatschappelijk oogpunt van de te hanteren maatstaf (QALY of iets anders?);
- b) zicht is op de actuele maatschappelijke betalingsbereidheid per QALY gezondheidswinst en de hoogte van de te hanteren afkapwaarde voor implementatie van de maatregel;
- c) zicht is op wat de budgettaire impact is voor het Budgettair Kader Zorg en voor de Rijksbegroting breed én ook hoe dit berekend dient te worden.
- d) zicht is op de impact op de samenleving in termen van kosten en baten en hoe dit te berekenen.

Reden om hier zicht op te krijgen, is dat gezondheidsmaatregelen - waaronder vaccins, bevolkingsonderzoeken en preventie – veel gezondheidswinst kunnen opleveren en positieve maatschappelijke baten kennen – binnen en buiten de Rijksbegroting. Tegelijkertijd kunnen ze zowel tot hogere als lagere zorguitgaven leiden<sup>5</sup>. Beslissingen over de opname van deze gezondheidsmaatregelen in het basispakket van de Zvw, de WMO, WLZ of Jeugdwet of via een subsidie in het ‘pakket publieke gezondheid’ zijn daarom complex en behoeven een robuuste onderbouwing.

<sup>4</sup> Bij de genoemde voorbeelden zijn ook het Zorginstituut Nederland en de Gezondheidsraad nauw betrokken. Om die reden zijn zij gevraagd om mee te denken op dit vraagstuk.

<sup>5</sup> Hogere uitgaven kunnen optreden als personen langer blijven leven en nieuwe zorgkosten maken (bijv. roken). Lagere uitgaven kunnen optreden als personen niet of minder ziek worden (bijv. vaccinatie).

Uit publicaties, zie artikelen in Medische Contact<sup>6</sup> en de Nieuwsbrief Zorg en Innovatie<sup>7</sup>, blijkt dat er geen wetenschappelijke en beleidsmatige overeenstemming is over het te hanteren perspectief om bijvoorbeeld de kosteneffectiviteit van een gezondheidsmaatregel te bepalen, waardoor implementatie van gezondheidsmaatregelen wordt vertraagd en de politiek/bestuurlijke besluitvorming over publieke investeringen in preventie wordt belemmerd. Daarnaast hebben eerder al diverse kennisinstituten, planbureaus en adviesorganen hierover geadviseerd (zie kader), maar biedt dit nog niet de juiste handvaten om hier meer duidelijkheid en consensus over te verkrijgen.

In de Tweede Kamer is preventie en het te hanteren perspectief inmiddels een terugkerend onderwerp, met veel vragen en weinig antwoorden. Enkele voorbeelden:

- In het voorjaar van 2022 werd aan de staatssecretaris van VWS door de Tweede Kamer, het lid Bikker, gevraagd om meer duidelijkheid over de budgettaire en financiële effecten van het preventiebeleid<sup>8</sup> en ook oog te hebben voor de brede maatschappelijke welvaart.
- Het lid Paulusma (D66) refereert aan QALY in het debat over medische preventie op 7 juni 2022: “In dit huis kennen wij aan preventie nog steeds €20.000 per gewonnen levensjaar toe. Dat mag het kosten, terwijl bij curatieve zorgbehandelingen de grens op €80.000 ligt. Waarom waarderen we die kosteneffectiviteit op het gebied van preventie nog steeds niet hetzelfde als bij curatieve zorg?”
- Net voor de zomer van 2022 werd in de motie van het lid Paulusma c.s.<sup>9</sup> het verzoek door de Kamer gedaan om meer zicht te krijgen op de budgettaire effecten van kosteneffectieve preventiemaatregelen. Deze motie is door de minister van VWS overgenomen.
- Ten slotte heeft de staatssecretaris van VWS in het debat over medische preventie toegezegd in gesprek te gaan met het Zorginstituut Nederland (ZINL) over de te hanteren referentiewaarden. In het begrotingsdebat VWS 2023<sup>10</sup> (18 oktober 2022) heeft de Staatssecretaris laten weten, hierover in gesprek te gaan met het kennisplatform Preventie<sup>11</sup>.
- Tijdens dezelfde begrotingsbehandeling liet het lid Paulusma weten, dat zij als gevolg van de corona pandemie verwacht dat de maatschappelijke bereidheid om te betalen voor gezondheidswinst is veranderd. De staatssecretaris van VWS heeft toegezegd dit te onderzoeken.

<sup>6</sup> [Preventie levert veel meer op dan gedacht | Medisch Contact](#)

<sup>7</sup> [Effectiviteitsbepaling van preventie vergt eenduidigheid over kosten en perspectief - Nieuwsbrief Zorg en Innovatie](#)

<sup>8</sup> “Onze wijze adviseurs, de WRR en het RIVM, hebben het er allemaal over hoeveel winst in gezonde levensjaren we kunnen boeken als de preventiemaatregelen op orde zijn. Maar als wij ons verkiezingsprogramma laten doorrekenen, dan rekent het CPB dat helemaal niet positief mee. Sterker nog, het kost alleen maar geld. Daar gaat echt iets mis. Is de staatssecretaris bereid om te verkennen wat er nodig is om dit te verbeteren en veranderen? Ook de Sociaal-Economische Raad, de SER, droeg dit aan. Zouden preventiemaatregelen in ieder geval een plek kunnen krijgen in de Monitor Brede Welvaart? En wat zou ervoor nodig zijn om ze een positieve plek te geven in de CPB-berekeningen?”

<sup>9</sup> [TK, 36100 XVI, 2021-2022, nr.11](#)

<sup>10</sup> [Handelingen TK 2022/2023, nr. 15, item 11](#)

<sup>11</sup> [Schriftelijke antwoorden begrotingsbehandeling VWS 2023](#)

Dit leidt tot het volgende verzoek aan het kennisplatform Preventie (waarover we 7 december in gesprek gaan):

**Hoe kunnen de brede kosten en baten – ook interdepartementaal - van preventie en de budgettaire effecten daarvan het beste gewogen en meegenomen worden ter voorbereiding op de politiek/bestuurlijke besluitvorming?**

- a) Gelet op het feit dat QALY reeds een breed gedragen uitkomstmaat is. Is deze dan bruikbaar voor de breedte van preventiemaatregelen van collectief tot individueel en van leefstijl tot screening en vaccinatie? Zo niet, wat is dan een hanteerbaar en bruikbaar alternatief. Zo wel, zijn er nog aandachtspunten voor de berekeningswijze van een QALY?
- b) Preventie levert gezondheidswinst op en heeft effect op meerdere departementen en hun beleidsterrein. Hoe kan het effect op het Budgettair Kader Zorg en voor de Rijksbegroting breed berekend worden en welke uniforme bereken methode heeft daarbij de voorkeur?
- c) Kan op basis van een actueel onderzoek naar de maatschappelijke bereidheid om voor (potentieel?) gezondheidswinst te betalen een schatting worden gemaakt van de QALY voor preventieve en curatieve zorg?
- d) Welke actor(en) zou(den) verantwoordelijk voor het berekenen van de uitkomstmaat kunnen (of moeten) zijn?
- e) Kan het kennisplatform Preventie ingaan op de vraag 'wie gaat de preventieve maatregel betalen' en 'hoe de financiering kan plaatsvinden' en wat hiervoor de overwegingen zijn?

Gelet op de vele instanties die hier in het verleden ook over hebben gepubliceerd - zie bijlage 1 – is het verzoek van VWS om de Gezondheidsraad (GR), Zorginstituut Nederland (ZIN), Centraal Planbureau (CPB) en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) nadrukkelijk bij de uitwerking van dit verzoek te betrekken.

Het verzoek is rond de zomer van 2023 met een eerste advies te komen. De tijdslijn voor het adresseren van (een deel van) de hoofd- en subvragen zullen begin 2023 met het kennisplatform vastgesteld worden.

## Bijlage bij Bijlage A: Korte adviezen en rapporten in vogelvlucht over preventie

Deze bijlage bevat een summiere en onvolledige samenvatting – en geen uitputtend overzicht. Voor meer duiding en nuance verwijzen wij naar de achterliggende rapporten en bronnen.

- RVZ 2006<sup>12</sup> noemt in het 'Rechtvaardige en duurzame zorg' rapport QALY als maatstaf. De Raad noemt dit een "harde' objectieve, kwantificeerbare criteria."
- CPB 2007<sup>13</sup> gaat uit van QALY en benoemt dat het onduidelijk is wat de aanvaardbare prijs is voor een QALY. Het CPB benadrukt dat het belangrijk is om te weten hoe hoog de maatschappelijke bereidheid is voor gezondheidswinst te betalen.
- In 2016 zijn door ZIN referentiewaarden QALY herbevestigd op basis van het RVZ rapport uit 2006 'Rechtvaardige en duurzame zorg'. En in 2015<sup>14</sup> concludeert zij - evenals het RIVM in 2013 - dat de maatschappelijke waarde van een QALY circa € 53.000 bedraagt. Het onderliggende artikel is gepubliceerd in een wetenschappelijk artikel door een onderzoeksgroep van de EUR/ESHM<sup>15</sup>. Deze onderzoeksgroep is actief op het terrein van 'Willingness to Pay' op het terrein van gezondheid.
- Gezondheidsraad (GR) hanteert het perspectief van QALY bij zowel bevolkingsonderzoeken als vaccinaties – waarbij het niet altijd het doorslaggevende criterium is.
- RIVM 2013<sup>16</sup> concludeert in dit rapport, dat Nederlanders een QALY voor preventie gemiddeld 2 jaarinkomens waard vinden. Maar voegt daar in 2020<sup>17</sup> aan toe dat het gaat om een maatschappelijke en politieke keuze.
- Terwijl de maatschappelijke bereidheid mogelijk hoger is dan € 50.000, wordt nog veelal een drempelwaarde gehanteerd van € 20.000, die gebaseerd is op 1998. Dit bedrag vindt zijn oorsprong in het bedrag van f 40.000 per QALY die in de richtlijn voor cholesterolverlagende medicatie uit 1998 wordt genoemd.<sup>18</sup>
- RVZ 2006 concludeert dat in beginsel maximaal het geïndiceerde bedrag van € 80.000 per QALY uit collectieve middelen vergoed mag worden.
- RIVM noemt in de VTV 2006<sup>19</sup> een bedrag van € 100.000.

<sup>12</sup> RVZ 2006: [Rechtvaardige en duurzame zorg | Advies | Raad voor Volksgezondheid en Samenleving \(raadrvs.nl\)](#)

<sup>13</sup> CPB 2007: [qaly-tijd-nieuwe-medische-technologie-kosteneffectiviteit-en-richtlijnen.pdf \(cpb.nl\)](#)

<sup>14</sup> ZIN 2015 [Kosteneffectiviteit in de praktijk | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

<sup>15</sup> Meer info over deze onderzoeksgroep is te vinden op [website van EUR](#)

<sup>16</sup> RIVM 2013 [Hoeveel mag een gewonnen levensjaar kosten? | NTVG: Uit onderzoek blijkt dat Nederlanders voor een QALY van een willekeurige andere persoon gemiddeld € 52.200 over hebben. Dit wordt de sociale QALY-waarde genoemd. Wanneer de QALY niet alleen voor een ander voordeel oplevert maar ook voor de respondent zelf, wordt gesproken van een gecombineerde individuele en sociale QALY-waarde. De gemiddelde waarde daarvan stijgt ten opzichte van de sociale QALY-waarde met ongeveer 15% naar € 59.200. Er blijkt een sterk verband te zijn tussen het maandinkomen van de respondent en de waarde van de QALY. Voor mensen met minder dan € 1000 netto huishoudgeld per maand is de sociale QALY-waarde € 27.000; wanneer het maandinkomen boven de € 3500 ligt dan wordt de QALY op € 99.700 gewaardeerd. De gecombineerde individuele en sociale QALY-waarde is volgens deze inkomensgroepen respectievelijk € 36.300 en € 129.700. Bij deze schattingen werd rekening gehouden met het bekende gegeven dat mensen kleine kansen op gezondheidsproblemen overschatten en grote kansen juist onderschatten](#)

<sup>17</sup> RIVM 2020 [Gezondheidseffecten en maatschappelijke baten van de gezondheidszorg \(rivm.nl\)](#)

<sup>18</sup> Casparie AF, van Hout BA, Simoons ML. Richtlijnen en kosten. Ned Tijdschr Geneeskd. 1998;142(38):2075-7 Medline.

<sup>19</sup> RIVM 2006 [RIVM rapport 270061003 Zorg voor gezondheid - Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006](#)

- ZIN 2018<sup>20</sup> gaat uit van QALY die samenhangt met de ziektelast. Ligt de ziektelast tussen 0,1 tm 0,4 dan € 20.000; ziektelast tussen de 0,41 tm 0,7 dan € 50.000; en ziektelast >0,7 dan € 80.000 per QALY. Hierbij geldt dat ZIN uitgaat van geïndiceerde preventie. Gezondheidsraad 2021<sup>21</sup>: “Er is geen formele grens voor wat een vaccinatie mag kosten. Vaak wordt voor preventieve interventies een incremental cost effectiveness ratio (ICER) van 20.000 euro per QALY (quality-adjusted life year, een gewonnen levensjaar in goede gezondheid) als referentiewaarde aangehouden.”
- RIVM 2009<sup>22</sup> stelt in het rapport ‘Kosteneffectiviteit van preventie: van gezondheidsperspectief naar maatschappelijk perspectief’ voor om bij kosteneffectiviteitsanalyses een maatschappelijk perspectief te gaan hanteren en te beseffen dat de effectiviteit voor een specifieke maatregel vaak niet bekend is. Daarbij concludeerde het RIVM ook dat hiervoor nieuwe methodes en modellen zouden moeten worden ontwikkeld.
- CPB 2013<sup>23</sup> concludeert dat: *“Zelfs als de gezondheidswinst (waarde van de QALY) buiten beschouwing wordt gelaten, is een gezonde leefstijl waardevol. Het besteedbare inkomen neemt toe [...] en er vindt een kleine besparing plaats op de zorguitgaven. [...] De baten voor de samenleving zijn positief, zodra een deel van het extra levensjaar besteed wordt aan werk [...]. **Stel nu dat de levensverwachting van de hele bevolking met 1 jaar toeneemt door preventieve maatregelen van de overheid. In grote lijnen zien de uitkomsten er nog hetzelfde uit, zeker als mensen hun extra levensjaar productief inzetten. [...] Door preventieve maatregelen gepaard te laten gaan met verhoging van de pensioenleeftijd zijn de maatschappelijke baten positief, maar de private baten kleiner dan bij een individuele verbetering van de leefstijl.**”*

<sup>20</sup> ZIN 2018 [Ziektelast in de praktijk - De theorie en praktijk van het berekenen van ziektelast bij pakketbeoordelingen | Rapport | Zorginstituut Nederland](#)

<sup>21</sup> GR 2021 [Vaccinatie tegen rotavirus 2021 | Advies | Gezondheidsraad](#)

<sup>22</sup> RIVM 2009 [RIVM rapport 270091011 Kosteneffectiviteit van preventie](#)

<sup>23</sup> CPB 2013 [omslag toekomst voor de zorg.indd \(cpb.nl\)](#) Blz 158: “Hoewel gezonde 65-jarigen gemiddeld zeven jaar langer leven dan hun leeftijdsgenoten met een slechte gezondheid, zijn de totale zorguitgaven gedurende de rest van hun leven even hoog. Voor gezonde mensen komen deze zorgkosten wel later in hun leven. Als hiermee rekening wordt gehouden door **te disconteren**, dan zijn de zorgkosten van gezonde mensen over **hun resterende leven wel 10% lager** dan van mensen met een slechte gezondheid op 65-jarige leeftijd.”

PREVENTIE OP WAARDE  
SCHATTEN