

lijn met de onlangs van kracht geworden Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO). Patiënte en haar man hebben gekozen voor hun recht om niet geïnformeerd te zijn, en om ons niet te informeren. Patiënte vond, en haar man vindt nog steeds, dat wij hen met ons beleid een dienst hebben bewezen. De man vindt dat zijn kind een steun is bij zijn rouwproces. Aan het kind kan de mening nog niet gevraagd worden.

abstract

The indispensable anamnesis; in-vitro fertilization in a woman under treatment for metastasized melanoma. – A couple consulted the gynaecologist repeatedly because of a primary fertility disorder. When they had desired children for 8 years, no pregnancy had yet occurred. In-vitro fertilization (IVF) treatment was started. A few days after the beginning of the hormonal treatment that precedes the IVF procedure, the woman noted a swelling in the right inguinal area for which she consulted the surgeon. This swelling was found to be a metastasis

of a melanoma that had been removed from her leg 6 months previously. The gynaecologist was not aware of this case history and the surgeon was not informed of the started IVF treatment. As was found later, this was in accordance with the couple's wishes. The first IVF treatment resulted in a pregnancy that ended with the birth of a healthy boy. The placenta showed melanomatous metastases and the mother died 2 months after the birth of her son.

literatuur

- ¹ Mackie RM, Bufaline R, Morabito A, Sutherland C, Cascinelli N. Lack of effect of pregnancy on outcome of melanoma. *Lancet* 1991; 337:653-55.
- ² Griffiths RW, Briggs JC. Longterm follow-up in cutaneous malignant melanoma: the relationship of maximal tumour thickness to disease free survival, disease recurrence and death. *Br J Plast Surg* 1984;37:507-13.
- ³ Wit AC de, Merkus JMWM. Melanoom en zwangerschap. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998;142:2087-90.

Aanvaard op 4 mei 1998

Commentaren

Richtlijnen en kosten

a.f.casparie, b.a.van hout en m.l.simoons

In de tweede herziening van de consensus 'Cholesterol' is een formele kosteneffectiviteitsanalyse opgenomen.¹ Dit is voor de eerste maal dat bij de opstelling van een consensusrichtlijn expliciet overwegingen over de kosten van een behandeling een rol hebben gespeeld. Deze aandacht voor het kostenaspect heeft zowel binnen de werkgroep als tijdens de hoorzitting over de conceptrichtlijnen discussie opgeroepen en naar verwachting zal dit ook nog wel even voortduren.²

de balans tussen kosten en effecten

In het kader van de toenemende aandacht voor de kosten in de gezondheidszorg wordt met name door de overheid en de verzekeraars, maar ook vanuit de beroepsgroep het belang benadrukt van het ontwikkelen van richtlijnen die het doelmatig handelen bevorderen.³ Het gaat daarbij om aanscherping van de indicatiestelling en om effecten die in verhouding moeten staan met de te maken kosten. Kosten kunnen globaal gesproken op twee manieren binnen richtlijnen aan de orde komen. Op de eerste plaats kan er een kostenanalyse worden ge-

Zie ook de artikelen op bl. 2078, 2083 en 2096.

daan; daarmee wordt aangegeven wat de financiële consequenties zijn van het verlenen van zorg volgens de richtlijnen. Een stap verder gaat de kosteneffectiviteitsanalyse, waarin de te maken kosten in verhouding tot de te bereiken effecten worden geplaatst en ze per effect duidelijk worden. Dit effect kan het stellen van een diagnose zijn of het verlengen van de levensduur of het verbeteren van de kwaliteit van leven. Het grote voordeel van een kosteneffectiviteitsanalyse is dat er een vergelijking kan worden gemaakt met andere vormen van zorg. Zorg volgens een richtlijn is zeker kosteneffectief, indien met deze zorg hetzelfde effect tegen minder kosten of indien meer effect tegen dezelfde kosten wordt verkregen dan met de gebruikelijke zorg. Maar zorg volgens een richtlijn wordt ook kosteneffectief genoemd, indien de kosten ten opzichte van de te bereiken effecten in een acceptabele verhouding staan en indien de kosteneffectiviteitsverhouding vergelijkbaar is met die van andere, algemeen geaccepteerde behandelprogramma's. Als effectmaat wordt dan meestal het aantal gewonnen levensjaren of voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren genomen.

wie beslist?

Een voorbeeld waarbij een kosteneffectiviteitsanalyse is aangewezen is de behandeling van de verhoogde cho-

Erasmus Universiteit, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Postbus 1738, 3000 DR Rotterdam.

Prof.dr.A.F.Casparie, internist n.p.

Instituut voor Medical Technology Assessment (iMTA), Rotterdam.

Dr.B.A.van Hout, econoom.

Academisch Ziekenhuis Rotterdam-Dijkzigt, Thoraxcentrum, Rotterdam.

Prof.dr.M.L.Simoons, cardioloog.

Correspondentieadres: prof.dr.A.F.Casparie.

lesterolconcentratie. Op groepsniveau heeft een verlaging van de cholesterolconcentratie vrijwel altijd enig effect. Behandeling van grote groepen personen gaat echter met aanzienlijke kosten gepaard. Daarom ligt het voor de hand voorrang te geven aan behandeling van personen met een belangrijk verhoogd risico op ernstige hart- en vaatziekten, omdat de te bereiken effecten in een gunstiger verhouding zullen staan ten opzichte van de te maken kosten dan bij personen met een lager risico. Daarbij komen dan direct twee vragen naar voren, waar de discussie zich op heeft toegespitst: wat is een acceptabele verhouding, casu quo wat mag een gewonnen levensjaar kosten, en wie mag of moet dat bepalen? Is dat wel de taak van de individuele arts of van de medische professe of moet 'de politiek' dat doen? In het algemeen werd aangegeven dat, als er grenzen gesteld moeten worden, dit op macroniveau door de politiek moet gebeuren en dat dit niet aan het ziekbed moet plaatsvinden. Maar dit onderscheid ligt in de praktijk niet altijd even scherp. Artsen hebben immers altijd al keuzen tussen individuele patiënten gemaakt waar het ging om de voor hen beschikbare tijd en de voor hen beschikbare middelen. Voor de ene patiënt werd ten koste van anderen meer tijd uitgetrokken of sommige patiënten werden met meer spoed geholpen. Dit gebeurde veelal impliciet; het probleem ontstaat kennelijk als dergelijke keuzen expliciet worden gemaakt. Daarnaast gaat ook de arts steeds uit van de stelling dat er wel enige relatie dient te bestaan tussen de te bereiken effecten en de kosten die daarmee gepaard gaan. Artsen hebben in het verleden veelal al gestreefd naar een zo doelmatig mogelijk handelen om de beschikbare middelen zo goed mogelijk te besteden en zo ook andere patiënten te kunnen helpen. Kortom, in de medische zorg hebben kosten, ook op individueel niveau, altijd al, zij het impliciet, een rol gespeeld.

de consensusrichtlijn

In de consensusrichtlijn wordt aanbevolen behandeling met cholesterolverlagende geneesmiddelen, met name statinen, te overwegen bij patiënten met familiäre hypercholesterolemie, patiënten met bekende vaataandoeningen (secundaire preventie) en patiënten met een belangrijk verhoogd risico op het krijgen van coronaire hartziekten (primaire preventie), steeds indien de cholesterolconcentratie hoger is dan 5 mmol/l en de levensverwachting tenminste 5 jaar is. De werkgroep beval aan geen statinen voor te schrijven bij mannen boven de 70 en vrouwen boven de 75 jaar. Dit mag niet worden opgevat als leeftijdsdiscriminatie. De genoemde leeftijdsgrenzen werden hier getrokken, omdat er geen specifieke gegevens waren over de behandelingseffecten met statinen bij mensen boven de 70 jaar. Ook waren er aanwijzingen dat een verlaging van de cholesterolconcentratie op oudere leeftijd minder effectief is dan op jongere leeftijd,⁴ terwijl boven de 85 jaar een verhoging zelfs gepaard gaat met een betere overleving.⁵ Tenslotte blijkt uit onderzoeken bij patiënten van jongere leeftijd dat een duidelijke effectiviteit en een acceptabele kosteneffectiviteitsratio pas bereikt worden na een behan-

deling van tenminste enkele jaren. Een behandeling die reeds vóór de aangegeven leeftijdsgrens is begonnen, moet uiteraard niet bij het bereiken van respectievelijk het 70e en 75e jaar gestopt worden.

In de consensusrichtlijn werd aangegeven dat de aanbevelingen die op medische gronden aangewezen leken op basis van de kosteneffectiviteitsanalyse ook acceptabel waren. Daarbij werd een grens gehanteerd van f 40.000,- per gewonnen levensjaar, hetgeen iets hoger ligt dan geaccepteerd is voor screening op borst- en baarmoederhalskanker – waarvoor ook preventieve programma's bestaan. Hierdoor ontstond een situatie waarin de kosteneffectiviteitsanalyse slechts ondersteunend was en de inhoud van de richtlijn niet direct bepaalde. Het is nu nog onduidelijk wat er zal gebeuren wanneer bij het opstellen van een richtlijn de medische en economische invalshoeken tot verschillende conclusies leiden over wat gewenst is of niet. Wellicht dat de toekomst, in het licht van de ministeriële bijdrage om kosteneffectiviteit een expliciete plaats te geven bij de ontwikkeling van richtlijnen, ons dit zal leren.³ In het verlengde daarvan is de vraag van belang om hoeveel patiënten het gaat. Immers, voor zeldzame behandelingen heeft een ongunstige kosteneffectiviteitsratio veel minder consequenties voor de samenleving dan wanneer de behandeling grote groepen patiënten betreft. In een commentaar op de onlangs gepubliceerde landelijke richtlijn in Engeland over het gebruik van statinen is uitgebreid op dit probleem ingegaan.⁶ Berekend werd dat volgens deze richtlijn 8,2% van de Engelse bevolking tussen de 35 en 69 jaar behandeld zou moeten worden en dat dit 20% van het geneesmiddelenbudget in beslag zou nemen. De belangrijkste kritiek in dit commentaar richtte zich op het volledig ontbreken van een kosteneffectiviteitsanalyse in de Engelse richtlijn.

beperkingen van kosteneffectiviteitsanalyses

Het berekenen van de kosteneffectiviteit is overigens geen eenvoudige zaak. In deze consensusrichtlijn werd eerst vastgesteld wat de te bereiken effecten, uitgedrukt in gewonnen levensjaren, waren van de behandeling met dieet en medicamenten bij personen met verschillende initiële risico's. Vervolgens werd berekend wat de kosten van de medicamenteuze behandeling zijn en welke kosten bespaard worden doordat er minder hart- en vaatziekten voorkomen en derhalve minder diagnostiek en therapie noodzakelijk is. In deze analyse werden alleen de directe medische kosten meegenomen.

Zoals eerder is aangegeven, gaat het bij het berekenen van het al dan niet kosteneffectief zijn van de zorg altijd om een vergelijking met een referentiescenario. In dit geval was dat een scenario waarin in het geheel geen statinen worden voorgeschreven. Op deze wijze werd het bedrag van f 40.000,- per gewonnen levensjaar berekend. In werkelijkheid worden momenteel reeds door vele patiënten statinen gebruikt. Als de indicatie daarvan niet altijd juist is, kan de kosteneffectiviteit in de huidige situatie wel eens ongunstiger uitvallen dan die in de zorg volgens de consensusrichtlijn.

Omdat in het model nogal wat aannamen zaten, werd een gevoeligheidsanalyse uitgevoerd om te kijken welke factoren een relatief grote invloed hadden op de uiteindelijke uitkomst. De kosteneffectiviteitsratio bleek voor een groot deel bepaald te worden door de prijsstelling van het betreffende medicament, de statine. Indien de prijs van de statinen zou dalen, zou deze ratio direct veel gunstiger uitvallen. Daaruit volgt dat resultaten van kosteneffectiviteitsanalyses per land kunnen verschillen, wanneer de prijs van dit geneesmiddel anders is. Daarnaast geven verschillen in kosten van onder meer personeel en materiaal een ander resultaat van een dergelijke analyse in diverse landen. Men dient zich overigens te realiseren dat van vele interventies de effecten en kosten maar ten dele bekend zijn. Bovendien bestaat er nog geen consensus over welke typen effecten en welke kostenposten in de berekeningen moeten worden meegenomen en verschillen diverse onderzoeken op dit punt nog wel eens. Dit geeft de betrekkelijke waarde aan van kosteneffectiviteitsanalyses, wat ook impliceert dat resultaten van dergelijke analyses van verschillende interventies niet zomaar met elkaar vergeleken kunnen worden.

In deze consensustekst gaat het overigens om richtlijnen die de individuele arts, in samenspraak met de patiënt, moeten ondersteunen bij het nemen van beslissingen in specifieke klinische omstandigheden. Naast overwegingen van kosteneffectiviteit spelen ook andere factoren daarin een rol, zoals de verwachte therapietrouw van de patiënt en het bezwaar van medicalisering door het voorschrijven van medicamenten bij personen die zich niet ziek voelen. Dit maakt de zorgverlening een individuele zaak en maakt geneeskunde tot geneeskunst.

In de afgelopen jaren zijn 2 maal eerder kosteneffectiviteitsanalyses verricht met betrekking tot consensusrichtlijnen, maar pas na het opstellen van de aanbevelingen. Voor de richtlijn voor screening en behandeling van diabetische retinopathie werd vastgesteld dat bij type-2-diabeten de voorgestelde screeningsfrequentie meer jaren zonder visusklachten tegen lagere kosten tot gevolg had, terwijl bij type-1-diabeten zelfs sprake was van besparingen in vergelijking met geen screening of frequentere screening.⁷ Voor de richtlijn voor diagnostisch handelen bij het vermoeden van longembolie kon worden vastgesteld dat, in vergelijking met de gebruikelijke zorg, de zorg volgens deze richtlijnen gepaard ging met 10% minder diagnostiek.⁸

conclusie

Ook bij de behandeling van de individuele patiënt dienen kosten van de behandeling een zekere rol te spelen. Een directe consequentie van deze stelling is dat iedere arts moet streven naar doelmatig handelen op individueel niveau, hetgeen inhoudt dat gewerkt wordt binnen het juiste indicatiegebied, dat er geen onnodige middelen worden ingezet en dat de kosten in een aanvaardbare verhouding tot de te verwachten effecten staan. Richtlijnen die inzicht geven in de kostenconsequenties van het handelen of die een kosteneffectiviteitsanalyse bevatten, kunnen daarvoor een ondersteuning zijn; het mag dan echter niet gaan om richtlijnen die bezuinigin-

gen in de zorg tot doel hebben. De medische beroepsgroep heeft de verantwoordelijkheid dergelijke richtlijnen op te stellen.

abstract

Guidelines and costs. – There is a growing interest in developing clinical guidelines which support the efficiency of medical care by weighting the potential benefits against the costs of interventions. In the recently developed Dutch guideline on reduction of serum cholesterol concentration a formal cost-effectiveness analysis is included. Based on epidemiological arguments a cost-effectiveness ratio of 40,000 Dutch guilders per life year gained was found. In comparison with other preventive health care programmes this amount was considered acceptable. In the past physicians have often taken costs into account in an implicit way when making clinical decisions. The results of the cost-effectiveness analysis vary particularly with the costs of the used statins. In the past physicians have often taken costs into account in an implicit way when making clinical decisions. However, in view of the increase in health care expenditures, it has become the responsibility of physicians to take costs into account more explicitly. Clinical guidelines with a cost-effectiveness analysis can be useful in helping physicians to provide efficient medical care.

literatuur

- 1 Simoons ML, Casparie AF. Behandeling en preventie van coronaire hartziekten door verlaging van de serumcholesterolconcentratie; derde consensus 'Cholesterol'. Ned Tijdschr Geneeskd 1998;142:2096-101.
- 2 Everdingen JJE van. Cholesterolverlaging als testcase voor macro-economische keuzen in de gezondheidszorg. Med Contact 1997;52:1573-4.
- 3 Casparie AF, Everdingen JJE van, Grol RPTM, Klazinga NS, Kleijnen J, Loo M van het, et al. Ontwikkeling en implementatie van kosteneffectieve richtlijnen. Onderzoeksprogramma 'Bevordering Doelmatig Handelen' van start. Med Contact 1998;53:88-90.
- 4 Law MR, Wald NJ, Thompson SG. By how much and how quickly does reduction in serum cholesterol concentration lower risk of ischaemic heart disease? BMJ 1994;308:367-72.
- 5 Weverling-Rijnsburger AW, Blauw GJ, Lagaay AM, Knook DL, Meinders AE. Total cholesterol and risk of mortality in the oldest old. Lancet 1997;350:1119-23.
- 6 Freemantle N, Barbour R, Johnson R, Marchment M, Kennedy A. The use of statins: a case of misleading priorities? BMJ 1997;315:826-8.
- 7 Crijns H, Casparie AF, Hendrikse F. Toekomstige behoefte aan oogzorg voor patiënten met diabetes mellitus, kosten en effectiviteit. Ned Tijdschr Geneeskd 1995;139:1336-41.
- 8 Michel BC, Seerden RJ, Beek EJ van, Büller HR, Rutten FFH. Kosten van diagnostiek en behandeling wegens longembolie lager door toepassing van de consensusstrategie. Ned Tijdschr Geneeskd 1996;140:1864-8.

Aanvaard op 11 juni 1998

Bladvulling

Inkomsten der medische professoren

De Pruisische Minister van Financiën heeft de medische professoren in een vertrouwelijk schrijven verzocht om opgave van hun inkomsten uit de praktijk, met het doel, om in evenredigheid daarmede hun Staatssalaris te verminderen. Het is niet te verwachten, dat de clarissimi zeer ijverig zullen medewerken tot dit schitterend plan.

(Berichten Buitenland. Ned Tijdschr Geneeskd 1898;42II:201.)