



Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu
*Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport*

Kosteneffectiviteit als vierde niveau van erkenning voor interventies

*Een verkenning van de haalbaarheid en van
alternatieven*

RIVM briefrapport 255001006/2012
G.A. de Wit et al.



Kosteneffectiviteit als vierde niveau van erkenning voor interventies

Een verkenning van de haalbaarheid en van alternatieven

RIVM briefrapport 255001006/2012
G.A. de Wit et al.

Colofon

RIVM Centrum Gezond Leven

Het Centrum Gezond Leven (CGL) versterkt doelmatige, samenhangende en effectieve lokale gezondheidsbevordering. Het CGL bevordert het gebruik van best passende leefstijlinterventies en ondersteunt lokale professionals, onder andere door beschikbare interventies inzichtelijk te presenteren en te beoordelen op kwaliteit, effectiviteit en samenhang. Ook biedt het centrum professionals ondersteuning gericht op versterking van lokale gezondheidsbevordering. De wensen en behoeften van de professionals staan hierbij centraal. Het Centrum Gezond Leven werkt samen met diverse lokale en landelijke partners en is onderdeel van het RIVM.

© RIVM 2012

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

G.A. de Wit
A.W.M. Suijkerbuijk
P.E. Engelfriet
T.L. Feenstra

Contact:
Ardine de Wit
Centrum voor Preventie en Zorgonderzoek
Ardine.de.Wit@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, in het kader van de erkenning van interventies

Rapport in het kort

Kosteneffectiviteit als vierde niveau van erkenning voor interventies

Een verkenning van de haalbaarheid en van alternatieven

Sinds 2007 functioneert in Nederland een Erkenningscommissie die interventies gericht op gezondheidsbevordering, jeugdgezondheid en jeugdwelzijn beoordeelt. Kosten en kosteneffectiviteit van interventies spelen tot op heden niet of nauwelijks een rol in dit erkenningstraject. In dit rapport wordt geconcludeerd dat uitbreiding van het erkenningsstelsel met een formele beoordeling van kosteneffectiviteit momenteel (2012) niet aan de orde is, maar dat er wel mogelijkheden zijn om meer informatie over kosten en kosteneffectiviteit van interventies aan te bieden aan gebruikers van interventiedatabases.

Interventies krijgen op dit moment een erkenning op drie niveaus. In dit rapport wordt ingegaan op de vraag wat de voor- en nadelen zijn van het toevoegen van een vierde niveau van erkenning, namelijk 'bewezen kosteneffectief', aan het erkenningstraject voor interventies. Kosteneffectiviteit zou daarmee een formele plaats krijgen in het erkenningstraject. Ter beantwoording van de vraag onderzoeken we eerst of er elders (ook in het buitenland) ervaring bestaat met het erkennen of vaststellen van kosteneffectiviteit. We beschrijven op welke manier informatie over kosten en kosteneffectiviteit wordt ontsloten in interventie- en literaturodatabases. Ook wordt een aantal opties besproken om informatie over kosten en kosteneffectiviteit van interventies beter toegankelijk te maken voor gebruikers van interventiedatabases.

Trefwoorden:

interventiedatabases, kosteneffectiviteit, erkenning van interventies

Abstract

Cost effectiveness as a fourth level of approval for interventions

Feasibility and alternatives

Since 2007, a recognition committee in the Netherlands judges interventions for health promotion, as well as interventions for youth health and wellbeing. Thus far, costs and cost-effectiveness hardly played a role in the approval procedure. Adding a formal fourth level of recognition at this point in time (2012) is deemed infeasible. However, several possibilities are described to improve the information about costs and cost-effectiveness of interventions for users of intervention databases.

Recognition may take place at three levels. This report describes the advantages and disadvantages of adding a fourth level of approval, 'evidence of being cost-effective', giving a formal place to cost-effectiveness in the approval system. To answer the question whether adding this fourth level is feasible, the international experience on approval or assessment of cost-effectiveness was confronted with current practice in the Netherlands. Furthermore, different ways to include information on costs and cost-effectiveness by databases with interventions or literature were compared. Finally, several different ways to improve the information about costs and cost-effectiveness of interventions for users of intervention databases were discussed.

Key words:

intervention databases, cost-effectiveness, assessment of interventions

Voorwoord

Voor u als professional uit de praktijk of beleidsmaker is het belangrijk te weten wat de kwaliteit van een interventie is maar ook wat het kost en uiteindelijk bespaart. Het erkenningstraject van het RIVM Centrum Gezond Leven, het Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheid en het Nederlands Jeugdinstituut geeft tot nu toe vooral antwoord op de eerste vraag. Het was altijd de bedoeling om ook een beoordeling op het niveau van kosteneffectiviteit te gaan uitvoeren. Het is echter de vraag of de tijd al rijp is om een dergelijk niveau aan het erkenningstraject toe te voegen. Deze vraag hebben we voorgelegd aan de onderzoekers van het centrum Preventie en Zorgonderzoek van het RIVM die veel ervaring hebben met kosteneffectiviteitsonderzoek.

Het rapport geeft een mooi overzicht van wat er beschikbaar is aan informatie over kosten en kosteneffectiviteit in verschillende (inter)nationale databases. Tegelijk laat dat ook zien dat het een complex vraagstuk is. Er zijn maar weinig databases die structureel informatie over kosteneffectiviteit geven. Een niveau voor kosteneffectiviteit is op dit moment dan ook nog te hoog gegrepen. Dat betekent niet dat we kunnen gaan stilzitten. We gaan zorgen dat eigenaren van interventies meer en eenduidiger over de kosten van hun interventie gaan rapporteren. Hierdoor krijgen gebruikers beter inzicht in de kosten van een interventie die zij willen gaan implementeren. Uit de evaluatie van het erkenningstraject bleek dat daar duidelijk behoefte aan is. De aanbevelingen uit dit rapport geven aan op welke wijze we dat kunnen doen.

Tot slot nog een woord van dank voor verschillende collega's binnen het RIVM en Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Dit rapport kwam tot stand door inbreng van en discussie met: Matthijs van den Berg, Djoeke van Dale, Sandra van Dijk, Heleen Hamberg, Loes Lanting, Jantine Schuit (allen van het RIVM) en Trudy Dunnink van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Ik dank hen hartelijk voor de waardevolle feedback.

Mariken Leurs
Hoofd Centrum Gezond Leven

Inhoud

Samenvatting-7

- 1.1 Inleiding—10
- 1.2 Doel en werkwijze van de Erkenningscommissie—10
- 1.3 Doel en vraagstelling van dit rapport—12
- 1.4 Leeswijzer bij dit rapport—12

- 2 Economische informatie in andere databases—13**
 - 2.1 Inleiding—13
 - 2.2 Werkwijze—13
 - 2.3 Bevindingen—14
 - 2.4 Bevindingen van het onderzoek naar interventiedatabases—14
 - 2.5 Bevindingen van het onderzoek naar literaturodatabases—16
 - 2.6 Conclusies—17

- 3 Diverse opties om informatie over kosten en kosteneffectiviteit een plaats te geven in het erkenningsstelsel en in de interventiedatabases—31**
 - 3.1 Inleiding—31
 - 3.2 Uitbreiding van het erkenningsstelsel met een niveau voor kosteneffectiviteit—32
 - 3.2.1 Extra erkenningscriterium volgens model parallel aan huidig erkenningstraject—33
 - 3.2.2 Extra erkenningsniveau volgens het 'hordenmodel', een vierde niveau van erkenning—34
 - 3.3 Overige opties om informatie over kosten en kosteneffectiviteit te ontsluiten—36
 - 3.3.1 Optie 1: continuering van de huidige situatie—36
 - 3.3.2 Optie 2: verbetering van de huidige situatie door het verder structureren van de vragen over kosten en kosteneffectiviteit—37
 - 3.3.3 Optie 3a: kosteninformatie wordt een verplicht onderdeel van het erkenningsstelsel voor interventies die erkenning aanvragen—37
 - 3.3.4 Optie 3b: informatie over kosteneffectiviteit via een externe database aanbieden—39
 - 3.3.5 Optie 3c: apart onderzoek naar kosteneffectiviteit laten uitvoeren voor erkende interventies—39

- 4 Beschouwing, conclusies en aanbevelingen—40**
 - 4.1 Beschouwing en conclusies—40
 - 4.2 Aanbevelingen—41

Literatuur—43

Bijlage 1. Een aanzet tot het meer gestructureerd ontsluiten van informatie over kosten en/of kosteneffectiviteit—45

Bijlage 2 Achtergrondinformatie over 'best practices' voor het aanbieden van informatie over kosten en kosteneffectiviteit en over de rol van 'circumstantial evidence'—47

Samenvatting

Aanleiding

Het RIVM Centrum Gezond Leven, het Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheid en het Nederlands Jeugd Instituut hebben gezamenlijk de onafhankelijke Erkeningscommissie Interventies ingesteld. Deze commissie beoordeelt de kwaliteit en effectiviteit van interventies in de werkvelden van de drie organisaties, namelijk gezondheidsbevordering, jeugdgezondheid, jeugdzorg en jeugdwelzijn. Een drietal opeenvolgende niveaus van erkenning zijn op dit moment mogelijk:

- theoretisch goed onderbouwd
- waarschijnlijk effectief
- bewezen effectief

Het CGL kent daarnaast nog de classificatie 'goed beschreven'. Dit niveau wordt gezien als een opstap naar erkenning. Goed beschreven en erkende interventies worden gepubliceerd in het loketgezondleven.nl en uitsluitend erkende interventies staan in de Databank Effectieve Jeugdinterventies en de portal www.ncj.nl.

Bij de start van de Erkeningscommissie Interventies is de ambitie uitgesproken om te zijner tijd kosteneffectiviteit als vierde niveau van erkenning toe te voegen.

Doel

Doel van de huidige verkenning is te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn voor de invoering op korte termijn (vanaf 2012) van kosteneffectiviteit als vierde criterium van erkenning.

De onderzoeksvraag die daarbij gesteld werd is:

Wat zijn de voor- en nadelen van het uitbreiden van het erkenningssysteem voor interventies met een vierde niveau van erkenning, het niveau 'bewezen kosteneffectief'?

Om deze vraag goed te kunnen beantwoorden zijn drie deelvragen geformuleerd die de vraagstelling in een bredere context plaatsen:

1. *Bestaat er elders (ook in het buitenland) ervaring met het erkennen of vaststellen van kosteneffectiviteit van interventies uit het domein van de Erkeningscommissie-interventies?*
2. *Hoe wordt in andere databases met interventies die zich richten op het bevorderen van gezondheid, omgegaan met informatie over kosten en kosteneffectiviteit, en op welke manier wordt informatie over kosten en kosteneffectiviteit ontsloten?*
3. *Zijn er alternatieve mogelijkheden (anders dan een vierde niveau van erkenning) om informatie over kosten en kosteneffectiviteit te ontsluiten in de interventiedatabases?*

Aanpak

Ter beantwoording van de eerste twee deelvragen is gekeken naar ervaringen bij binnen- en buitenlandse databases. De RIVM-site www.loketgezondleven.nl ontsluit een groot aantal (internationale) databases met informatie over gezondleven-interventies. Deze zijn aangevuld met nieuwe databases via de sneeuwbalmethode. Verder is gekeken naar databases die zich specifiek richten op het toegankelijk maken van gezondheidseconomische literatuur, waaronder literatuur over interventies. Databases zijn nader onderzocht als ze interventies op het gebied van volksgezondheid of leefstijl bevatten en als de database actief bijgehouden werd.

Om de derde deelvraag en de hoofdvraag van het rapport te beantwoorden schetst hoofdstuk 3 de voor- en nadelen van een aantal opties om een plaats te geven aan informatie over kosten en kosteneffectiviteit in de databases en in het erkenningstelsel. De diverse opties komen voort uit discussies die de auteurs van dit rapport onderling en met collega's hebben gevoerd en zijn deels gebaseerd op de ervaringen uit het literatuuronderzoek waarover in hoofdstuk 2

wordt gerapporteerd. Eerst worden twee manieren verkend om het erkenningsstelsel uit te breiden met een niveau voor kosteneffectiviteit. Vervolgens worden mogelijkheden beschreven om informatie over kosten en kosteneffectiviteit beter te ontsluiten in de interventiedatabases, zonder dat een formeel erkenningniveau wordt toegevoegd.

Resultaten

In totaal werden 16 databases met interventies en 11 databases met literatuur gevonden. Twee databases komen in beide categorieën voor. In de databases met interventies is vaak geen informatie over kosten en/of kosteneffectiviteit aanwezig. Als dat wel het geval is, is het zelden systematisch (altijd) aanwezig. Vaak is de informatie met betrekking tot kosteneffectiviteit niet gecontroleerd op kwaliteit of het is onduidelijk op grond van welke criteria een oordeel geveld wordt over kwaliteit of betrouwbaarheid van de data. Er zijn twee databases gevonden waarin wel op systematische wijze gekeken wordt naar de kosteneffectiviteit van interventies. In één database gaat het dan om een eerste indicatie van kosteneffectiviteit van een 'veelbelovende' interventie, namelijk de RIVM-database Kosteneffectiviteit van preventie. In de tweede database (NICE guidance) wordt het predikaat kosteneffectief pas gegeven als aan een aantal duidelijke criteria is voldaan. De literatuurdatabases lieten een vergelijkbaar beeld zien.

De eerste optie voor opname in het erkenningsstelsel is een parallel traject, waarbij kosteneffectiviteit op een vergelijkbare wijze als effectiviteit kan worden erkend op het niveau van 'theoretisch goed onderbouwd', 'waarschijnlijk kosteneffectief' of 'bewezen kosteneffectief'. De tweede optie is een hiërarchisch model, met kosteneffectiviteit als vierde niveau van erkenning dat pas kan worden bereikt als een interventie minstens 'bewezen effectief' is. Opties voor opname van informatie over kosten en kosteneffectiviteit in de bestaande databases bestaan uit:

- Optie 1: continuering van de huidige situatie. Bij 803 van de 3158 interventies in de I-database (25%) is de vraag over de totale kosten beantwoord. Slechts 1 tot 2 % van de 3158 interventies geeft diepgaandere informatie over kosten en/of kosteneffectiviteit
- Optie 2: verbetering van huidige situatie door het verder structureren van de vragen over kosten en kosteneffectiviteit
- Optie 3a: kosteninformatie wordt een verplicht onderdeel van het erkenningsstelsel voor interventies die erkenning aanvragen
- Optie 3b: het aanbieden van informatie over kosteneffectiviteit via een externe database
- Optie 3c: apart onderzoek naar kosteneffectiviteit laten uitvoeren voor erkende interventies

Elk van de opties 2 tot en met 3c heeft voor- en nadelen die moeten worden afgewogen tegen de voor- en nadelen van optie 1, dat wil zeggen voortzetten van de huidige situatie.

Conclusie en aanbevelingen

Uitbreiding met een vierde niveau van erkenning in 2012 is niet wenselijk. Om het systeem uit te breiden met een niveau voor kosteneffectiviteit, moeten veel randvoorwaarden worden vervuld, zoals het vaststellen van een drempelwaarde voor kosteneffectiviteit, het vaststellen van criteria voor methodologische eisen die aan het bewijs voor kosteneffectiviteit gesteld moeten worden en het uitbreiden van de Erkenningcommissie met economische expertise. Als het resultaat van al die inspanningen dan de erkenning van slechts enkele interventies als 'bewezen kosteneffectief' is, kan ook de doelmatigheid van uitbreiding van het erkenningsstelsel op zich ter discussie gesteld worden.

Echter, meer gecontroleerde en gestructureerde toevoeging van vooral kosteninformatie aan de interventiedatabases is wenselijk. Dit geeft gebruikers van de databases inzicht in één van de belangrijkste randvoorwaarden voor

implementatie van interventies, namelijk de kosten daarvan. Hieruit volgen de onderstaande aanbevelingen met betrekking tot informatie over kosten en kosteneffectiviteit.

Aanbeveling 1: kosteninformatie

- a) Bekijk of het huidige werkblad voor economische informatie voldoet en hoe het verbeterd kan worden.
- b) Bied verdere ondersteuning aan de indieners van interventies, bijvoorbeeld met de uitbreiding van de huidige servicedesk met ondersteuning bij het beschrijven en invullen van kosten.
- c) Zorg dat er bij het werkblad uitgebreide voorbeelden en instructies beschikbaar zijn.
- d) Bied een bestand met standaard kostprijzen aan ter ondersteuning.
- e) Bekijk of het mogelijk is om kosteninformatie verplicht te stellen voor interventies die het erkenningstraject ingaan en om deze informatie te laten toetsen door de Erkeningscommissie.

Aanbeveling 2: kosteneffectiviteitsinformatie

- a) Breng een verbinding tot stand tussen het erkenningstraject en de RIVM-database Kosteneffectiviteit van preventie.
- b) Ga na of er financieringsmogelijkheden zijn voor aanvullend onderzoek naar kosteneffectiviteit bij erkende interventies.

De bevindingen en aanbevelingen van dit rapport zijn een weerslag van de situatie eind 2011. Mogelijk kan over enige tijd de vraag hoe in het erkenningstelsel om te gaan met kosten en kosteneffectiviteit opnieuw aan de orde zijn en kunnen dan andere conclusies getrokken worden over de haalbaarheid en wenselijkheid van het opnemen van een vierde niveau van erkenning in het erkenningstelsel.

1 Inleiding en vraagstelling van dit rapport

1.1 Inleiding

Het RIVM Centrum Gezond Leven (CGL) heeft onder andere tot doel om het gebruik van effectieve leefstijlinterventies in diverse settings, zoals gemeenten, wijk, scholen en op het werk, te stimuleren. De activiteiten van het CGL richten zich op professionals in de gezondheidszorg met als uiteindelijke doel om gezondheidswinst bij burgers te bereiken. Hiervoor wordt met veel partners in het veld van gezondheidsbevordering samengewerkt. Een van de middelen die CGL inzet is de I-database (<http://www.loketgezondleven.nl/interventies/I-database/>), waarin het beschikbare aanbod aan gezondheidsbevorderende interventies in Nederland wordt gepresenteerd én beoordeeld op kwaliteit en onderlinge samenhang. De I-database ontsluit kennis over de beschikbaarheid van interventies en streeft met het beoordelen van de kwaliteit van interventies naar 'evidence based' handelen (handelen op basis van kennis over wat het beste werkt in welke situatie).

Ook het Nederlands Centrum voor Jeugdgezondheid (NCJ) ontsluit effectieve interventies gericht op de gezondheid van de jeugd en bevordert het gebruik daarvan door de Jeugdgezondheidszorg. Het NCJ is het innovatie- en kenniscentrum voor de jeugdgezondheid in Nederland. Het NCJ wil vernieuwing stimuleren, jeugdgezondheid op de agenda zetten en kennis toegankelijk maken. Het Nederlands Jeugd Instituut (NJI) is het landelijk kennisinstituut voor jeugd- en opvoedingsvraagstukken. De drie instituten delen de focus op ondersteuning van professionals in de betreffende werkvelden en de wens om informatie over de werkzaamheid van interventies toegankelijk te maken voor deze professionals. Gezamenlijk hebben NJi, NCJ en CGL, de onafhankelijke Erkenningscommissie Interventies ingesteld. Deze commissie beoordeelt de kwaliteit en effectiviteit van interventies in de werkvelden van de drie organisaties, namelijk jeugd en opvoeding, jeugdgezondheid en gezondheidsbevordering. In de volgende paragraaf wordt toegelicht hoe het erkenningstraject functioneert.

1.2 Doel en werkwijze van de Erkenningscommissie

De Erkenningscommissie interventies (hierna te noemen 'Erkenningscommissie') is opgericht in 2007. De Erkenningscommissie is een onafhankelijke commissie van deskundigen werkzaam op het terrein van gezondheidsbevordering, zowel uit de praktijk, uit de beleidswereld als ook uit de academische wereld. De Erkenningscommissie beoordeelt interventies die door hun eigenaren worden ingediend in het erkenningstraject. Het doel van dit erkenningstraject is bijdragen aan de kwaliteitsverbetering van interventies in de werkvelden jeugdzorg, jeugdwezijn, jeugdgezondheidszorg en gezondheidsbevordering. De Erkenningscommissie heeft vier deelcommissies, ieder met zijn specifieke werkterrein:

- Deelcommissie 1: jeugdzorg, psychosociale en pedagogische preventie
- Deelcommissie 2: jeugdgezondheidszorg, preventie en gezondheidsbevordering
- Deelcommissie 3: ontwikkelingsstimulering, onderwijsgerelateerde interventies en jeugdwezijn
- Deelcommissie 4: preventie en gezondheidsbevordering bij volwassenen en ouderen.

Een drietal niveaus van erkenning zijn op dit moment mogelijk:

- theoretisch goed onderbouwd

- waarschijnlijk effectief
- bewezen effectief

Het CGL kent naast de door de Erkenningscommissie gehanteerde niveaus de classificatie 'goed beschreven'. Dit niveau wordt gezien als een opstap naar erkenning. De beoordeling voor dit opstapniveau geschiedt door professionals uit de praktijk en medewerkers van kennisinstituten. Voor het predikaat 'goed beschreven' is werkzaamheid van de interventie nog geen onderwerp van discussie, het gaat in deze fase vooral om de toepasbaarheid van de interventie in de praktijk. Om als 'goed beschreven' interventie aangemerkt te worden is het noodzakelijk dat het doel van de interventie, de aanpak en de randvoorwaarden degelijk beschreven zijn, dat er een bruikbare handleiding is en dat er een procesevaluatie uitgevoerd is. Interventies die 'goed beschreven' zijn worden geacht om binnen twee jaar door te groeien naar minimaal het eerste niveau van erkenning, 'theoretisch goed onderbouwd'.

De Erkenningscommissie beoordeelt interventies aan de hand van criteria die verschillen voor de drie verschillende niveaus van erkenning. De criteria zijn zeer precies geformuleerd (zie <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/kwaliteit-van-interventies/beoordeling/niveaus-criteria/>), maar kunnen als volgt samengevat worden:

I Theoretisch goed onderbouwd (voor dit niveau zijn geen resultaten uit effectonderzoek nodig):

- doelen, aanpak en randvoorwaarden zijn degelijk beschreven;
- de werkzaamheid van de interventie is onderbouwd met modellen, theorie of literatuur.

II Waarschijnlijk effectief:

- dezelfde criteria als voor 'theoretisch goed onderbouwd', plus:
- effectiviteit is aangetoond met één Nederlands onderzoek met sterke bewijskracht of meerdere onderzoeken met een lagere bewijskracht.

III Bewezen effectief:

- dezelfde criteria als voor 'theoretisch goed onderbouwd', plus:
- effectiviteit is aangetoond met twee Nederlandse onderzoeken met sterke bewijskracht of één Nederlands onderzoek met sterke bewijskracht in combinatie met buitenlandse onderzoeken met sterke bewijskracht.

Voor de bewijskracht van uitgevoerd onderzoek wordt gekeken naar de gebruikte onderzoeksmethoden. Afhankelijk van de experimentele of observationele opzet van het onderzoek, duur van follow-up en de vraag of het onderzoek wel of niet in een praktijksituatie is uitgevoerd, wordt de sterkte van de bewijskracht gekwalificeerd, waarbij zes niveaus worden onderscheiden (zeer sterk, sterk, vrij sterk, redelijk, matig, zwak).

Tot december 2011 zijn meer dan 200 interventies beoordeeld door de verschillende deelcommissies. Daarvan voldoen er:

- 39 aan het criterium 'goed beschreven'
- 109 aan het criterium 'theoretisch goed onderbouwd'
- 14 aan het criterium 'waarschijnlijk effectief'
- 5 aan het criterium 'bewezen effectief'.

De overige interventies in de I-database zijn door eigenaren niet voor erkenning aangemeld of voldoen nog niet aan de criteria voor erkenning.

Interventies die positief beoordeeld door professionals ('goed beschreven') of door de Erkenningscommissie (erkende interventies), staan in de I-database van het Loketgezondleven.nl. In de Databank Effectieve Interventies en de portal jeugdgezondheid staan voornamelijk erkende interventies. Het Loketgezondleven bevat daarnaast ook niet-beoordeelde interventies. Het NCJ publiceert alleen door deelcommissie 2 (jeugdgezondheidszorg, -preventie en -gezondheidsbevordering) erkende interventies, maar verwijst op de NCJ-website wel naar het Loketgezondleven en de DEI.

1.3 Doel en vraagstelling van dit rapport

Bij de start van de Erkenningscommissie Interventies is de ambitie uitgesproken om te zijner tijd kosteneffectiviteit als vierde niveau van erkenning aan het systeem van erkenning van interventies toe te voegen. Sindsdien is gecommuniceerd dat het erkenningssysteem in de toekomst uitgebreid zou worden met een vierde niveau van erkenning, namelijk 'kosteneffectief'. De gedachte is dat dit de gebruikers van erkende interventies ondersteunt bij hun beslissing over de implementatie van interventies.

In 2011 is het erkenningssysteem voor interventies geëvalueerd door middel van kwalitatief en kwantitatief onderzoek bij personen en organisaties betrokken bij de erkenning van interventies. Daarover is gerapporteerd door Lanting et al.(2012). Parallel aan dit evaluatieonderzoek is door CGL en NCJ aan het centrum Preventie en Zorgonderzoek van het RIVM gevraagd om een advies uit te brengen over het toevoegen van een vierde niveau van erkenning aan het systeem van erkenning van interventies. We zullen in dit rapport de volgende vraagstelling beantwoorden:

Wat zijn de voor- en nadelen van het uitbreiden van het erkenningssysteem voor interventies met een vierde niveau van erkenning, het niveau 'bewezen kosteneffectief'?

Om deze vraag goed te beantwoorden zijn drie deelvragen geformuleerd die de vraagstelling in een bredere context plaatsen:

1. *Bestaat er elders (ook in het buitenland) ervaring met het erkennen of vaststellen van kosteneffectiviteit van interventies uit het domein van de Erkenningscommissie-interventies?*
2. *Hoe wordt in andere databases met interventies die zich richten op het bevorderen van gezondheid, omgegaan met informatie over kosten en kosteneffectiviteit en op welke manier wordt informatie over kosten en kosteneffectiviteit ontsloten?*
3. *Zijn er alternatieve mogelijkheden (anders dan een vierde niveau van erkenning) om informatie over kosten en kosteneffectiviteit te ontsluiten in de interventiedatabases?*

1.4 Leeswijzer bij dit rapport

Deelvraag 1 en 2 worden besproken in hoofdstuk 2 van dit rapport. In hoofdstuk 3 beantwoorden we de derde deelvraag. In hoofdstuk 4 zullen we ten slotte, gebaseerd op de twee voorafgaande hoofdstukken, de vraagstelling van het rapport beantwoorden en aanbevelingen doen over de verschillende mogelijkheden om informatie over kosten en kosteneffectiviteit van interventies te integreren in zowel het erkenningstraject voor interventies als in de interventiedatabases.

2 Economische informatie in andere databases

2.1 Inleiding

Voor het beantwoorden van de vraag of kosteneffectiviteit als vierde niveau van erkenning van interventies geïntroduceerd kan worden is het van belang om te onderzoeken hoe informatie over kosten en kosteneffectiviteit in andere binnen- en buitenlandse databases aangeboden wordt. Het is vooral interessant of er elders succesvolle voorbeelden zijn van erkenning van interventies, waarbij kosteneffectiviteit een criterium is. Uit andere initiatieven kan mogelijk lering getrokken worden. In dit hoofdstuk staat daarom de beantwoording van de eerste twee deelvragen zoals geformuleerd in de inleiding centraal:

- *Bestaat er elders (ook in het buitenland) ervaring met het erkennen of vaststellen van kosteneffectiviteit van interventies uit het domein van de Erkenningscommissie-interventies?*
- *Hoe wordt in andere databases met interventies die zich richten op het bevorderen van gezondheid, omgegaan met informatie over kosten en kosteneffectiviteit en op welke manier wordt informatie over kosten en kosteneffectiviteit ontsloten?*

In ons onderzoek naar informatie in andere databases hebben we nadrukkelijk zowel gekeken naar informatie over kosten van interventies als naar informatie over kosteneffectiviteit van interventies. Kosten zijn een belangrijk element van kosteneffectiviteit, maar kosten kunnen ook los van kosteneffectiviteit gerapporteerd worden en hebben ook dan waarde voor gebruikers van databases.

2.2 Werkwijze

De RIVM-site www.loketgezondleven.nl ontsluit een groot aantal (internationale) databases met informatie over gezondleven-interventies (http://www.loketgezondleven.nl/interventies/internationale_interventieoverzichten/). Voor dit onderzoek hebben we dit overzicht van databases als uitgangspunt genomen. Dit overzicht van databases werd aangevuld met databases die zich specifiek richten op het toegankelijk maken van gezondheidseconomische literatuur, waaronder literatuur over interventies. Van alle databases geven we de belangrijkste kenmerken in tabelvorm weer (zie de tabellen 1A, 1B en 1C).

Per database hebben we de volgende informatie in de tabel vermeld:

- naam database
- land van herkomst van de database
- welk type interventies is opgenomen in de database
- of beoordeling van interventies op effectiviteit en/of kwaliteit plaatsvindt
- of en hoe vaak er economische informatie in de database is opgenomen. De frequentie van aanwezigheid van economische informatie vatten we samen met 'ja' (altijd), 'nee' (nooit) of 'gedeeltelijk'. Dit laatste betekent dat niet voor alle interventies economische informatie is opgenomen, zonder nadere specificatie van de frequentie van voorkomen. Daarnaast wordt weergegeven welk type informatie dat dan is, zoals data over kosten van interventies of data over kosteneffectiviteit van interventies. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen data die:
 - o door de belanghebbenden / eigenaren van interventies zelf worden ingevoerd in de data (ongecontroleerde data)

- o in enige vorm op kwaliteit zijn gecontroleerd, dat wil zeggen dat niet bij de interventie betrokken personen gekeken hebben naar de verstrekte informatie over economische aspecten van de interventie. Dit kan zowel de vorm krijgen van een summiere beoordeling (bijvoorbeeld controleren of alle informatie aanwezig is) als beoordeling volgens duidelijke criteria.

Tabellen 1A en 1 B bevatten databases die als ingangsniveau de interventie hebben. Hierin staan de beschrijving van de interventie, het werkplan en beschikbare materialen over de interventie voorop. Deze databases zijn dus doorzoekbaar op het niveau van interventies. Tabel 1A geeft de databases van CGL en het NCJ weer, die het referentiekader vormen voor ons onderzoek. Deze databases zijn uitgebreider beschreven in hoofdstuk 1. Tabel 1 B beschrijft de overige, voornamelijk internationale, databases met als ingangsniveau de interventie. In Tabel 1C worden databases beschreven waarin individuele studies over interventies (meestal in de vorm van wetenschappelijke artikelen) het ingangsniveau zijn. Er zijn twee databases (RIVM-database Kosteneffectiviteit van preventie, nr. 3, en EU-Compass for Action on Mental Health and Well Being, nr. 7) waarin zowel gezocht kan worden op interventies als op literatuur.

Databases zijn aan de tabel toegevoegd als ze interventies op het gebied van volksgezondheid of leefstijl bevatten en als de database actief bijgehouden wordt (eigenaren van deze databases hebben in de afgelopen jaren nieuwe interventies toegevoegd). Via links op de websites van deze databases is verder gezocht naar andere databases.

2.3 Bevindingen

In totaal werden 16 databases met interventies en 11 databases met literatuur gevonden (Zie tabellen 1B en 1C). Twee databases komen in beide categorieën voor en zijn doorzoekbaar zowel op het niveau van interventies als op het niveau van literatuur over interventies. In de tabellen hebben we waar mogelijk apart weergegeven of de informatie die in de database is opgenomen betrekking heeft op kosten van interventies of op kosteneffectiviteit van interventies.

2.4 Bevindingen van het onderzoek naar interventiedatabases

Per database hebben we gekeken of interventies beoordeeld worden op kwaliteit en effectiviteit (Zie Tabel 1B). Dat is bij 10 databases altijd, bij 1 gedeeltelijk en bij 5 databases nooit het geval. Van de 16 databases bevatten 4 databases economische informatie (n=3 gedeeltelijk en n = 1 altijd), zonder dat toetsing van de kwaliteit van die informatie plaatsvindt. Enige vorm van controle op economische data vindt plaats bij 10 databases (n=8 gedeeltelijk, n=2 altijd). Op deze laatste 10 databases zullen we ons hierna concentreren, omdat deze databases mogelijk succesvolle voorbeelden bieden voor het erkennen van interventies op het niveau van kosteneffectiviteit. Ook kan daaruit mogelijk inspiratie worden opgedaan voor het verder ontsluiten van economische informatie in de CGL- en NCJ-databases.

De vorm van controle op de economische informatie in de database is bij de 10 databases met enige vorm van controle heel verschillend. Meestal bevatten de databases informatie over de kosten van de interventie. Deze informatie is soms onderdeel van de beoordeling door experts. Het is daarbij onduidelijk aan de hand van welke criteria deze informatie beoordeeld wordt. Sommige databases verlenen het predicaat 'good practice' of 'model practice' aan interventies waarbij kosten en/of kosteneffectiviteit van de interventie beschreven worden, maar alleen indien deze informatie beschikbaar is. Bij deze databases spelen kosten en kosteneffectiviteit nooit een formele rol bij het

verlenen van de predicaten. Ook hier zijn geen duidelijke criteria geformuleerd waarop de informatie over kosten en kosteneffectiviteit gebaseerd is.

In twee databases wordt op systematische wijze aandacht besteed aan kosteneffectiviteit van interventies. Het gaat om de RIVM-database Kosteneffectiviteit van preventie en om de Engelse NICE-database met 'public health guidance'. De RIVM-database bevat, naast overzichten van gepubliceerde economische evaluaties over een groot aantal preventieve activiteiten, een aantal factsheets met veelbelovende vormen van preventie die in Nederland nog niet systematisch zijn geïntroduceerd. De factsheets bevatten gestructureerde beschrijvingen van het gezondheidsprobleem waarop de interventie zich richt, gegevens over epidemiologie, beschrijvingen van de interventie, samenvatting van bekende gegevens over effectiviteit van de interventie en een samenvatting van de kosteneffectiviteit van de interventie. Voor wat betreft de kosteneffectiviteit wordt enige vorm van kwaliteitscontrole toegepast, in die zin dat de studies die samengevat worden globaal beoordeeld zijn op kwaliteit van de gevolgde werkwijze en rapportage. De factsheets besluiten met een eerste voorzichtig oordeel over de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de interventie en met een inschatting van de implementatiekansen in Nederland. Het gaat in deze database om 'veelbelovende' interventies, en gericht onderzoek in de Nederlandse context moet vrijwel altijd nog plaatsvinden. Deze database richt zich op preventie in een brede context, leefstijlinterventies vormen slechts een klein deel van de focus van deze database.

De Engelse NICE 'public health guidance'-database¹ is interessant in het perspectief van dit rapport. NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) is het onderdeel van de Engelse National Health Service (NHS) dat beslissingen voorbereidt over de vormen van zorg en preventie die binnen de NHS aangeboden mogen worden. NICE, dat zich in de begintijd van haar bestaan vooral richtte op dure vormen van klinische zorg, rekent sinds enige jaren ook public health interventies tot haar werkterrein. Om tot 'guidance' (een richtlijn met bindende aanbevelingen) te komen wordt een formeel traject gevolgd dat 1 tot 2 jaar tijd vergt. Een NICE-guidance is meestal gericht op een bepaald (volks-)gezondheidsprobleem, zoals roken of problematisch alcoholgebruik. Het traject begint met een formeel onderzoek naar effectiviteit en kosteneffectiviteit van diverse interventie(s). Externe contractpartners, meestal universiteiten, verrichten meta-analyses naar de effectiviteit van interventies gericht op dat gezondheidsprobleem en doen systematisch onderzoek naar de kosteneffectiviteit van de interventies. Om tot een onafhankelijk oordeel te komen wordt dit onderzoek meestal tegelijkertijd uitgezet bij meerdere partijen. Dit externe onderzoek wordt weergegeven in 'evidence reports', die ter beoordeling worden voorgelegd aan zogenaamde 'appraisal committees'. Deze commissies wegen de inhoudelijke en technische informatie en bekijken ook de maatschappelijke consequenties van de interventies en het gezondheidsprobleem. De appraisal committees worden voor elke nieuwe richtlijn apart samengesteld en bevatten naast professionals die werkzaam zijn op het specifieke terrein van de richtlijn, ook vertegenwoordigers van alle andere belanghebbenden, waaronder patiëntenorganisaties en burgers. Binnen de NHS wordt een grens voor kosteneffectiviteit gehanteerd van £ 20.000 tot £ 30.000. In principe komen alleen interventies die onder deze grens blijven in aanmerking voor vergoeding binnen de NHS. Van de interventies die door de NICE aanbevolen worden en dus binnen de NHS aangeboden mogen worden kan dus gezegd worden dat:

- a. er evidence is over effectiviteit en kosteneffectiviteit uit kwalitatief goede studies die of in Engeland zijn uitgevoerd of voldoende generaliseerbaar zijn naar de Engelse context, en dat:

¹ De NICE database is wellicht eerder te zien als een verzameling van richtlijnen dan als een klassieke database

- b. de kosteneffectiviteit bij toepassing in Engeland met grote zekerheid op of onder de grenswaarde van £ 20.000 tot £ 30.000 per QALY (een levensjaar in goede kwaliteit) ligt.

Het traject voor de ontwikkeling van een richtlijn duurt één tot twee jaar. Voor dit traject zijn budgetten van £ 500.000 tot £ 1.000.000 per richtlijn beschikbaar. De kosten voor aanvullend nieuw onderzoek naar kosteneffectiviteit komen hier nog bij. Om subjectiviteit in het onderzoek naar kosteneffectiviteit te voorkomen, bijvoorbeeld bij het kiezen van parameterwaarden binnen een model, wordt dergelijk onderzoek dan vaak ook nog bij meerdere partijen tegelijkertijd uitgezet. Dat het traject zeer zorgvuldig is, relatief veel tijd vraagt en dat er voldoende geld beschikbaar is voor de totstandkoming van een goede richtlijn, is begrijpelijk gezien het feit dat opname in de richtlijn ook aanspraak op zorg en toegang tot preventie betekent. De financiële gevolgen van implementatie van de richtlijn worden dan ook altijd onderzocht met een zogenaamde Budget Impact Analyse. Dit betekent dat projecties worden gemaakt van de gevolgen voor het NHS-budget van invoeren van de aanbevolen interventies en andere adviezen in de richtlijn, waarbij ook rekening gehouden wordt met veranderingen in demografie en mogelijke toekomstige wijzigingen in indicatiestelling. (zie voor nadere uitleg Budget Impact Analyse het begrippenkader in Box 1 van hoofdstuk 3)

De bevindingen uit het onderzoek naar andere databases kunnen we als volgt samenvatten:

- In de databases met interventies is vaak geen informatie over kosten en/of kosteneffectiviteit aanwezig
- Als dat wel het geval is, is het zelden systematisch (altijd) aanwezig
- Vaak is de informatie met betrekking tot kosteneffectiviteit op geen enkele manier gecontroleerd op kwaliteit
- Als er wel enige vorm van controle op kwaliteit lijkt plaats te vinden is onduidelijk op grond van welke criteria een oordeel geveld wordt over kwaliteit of betrouwbaarheid van de data, en daarmee over hoogte van de kosten of kosteneffectiviteit
- Er zijn twee databases waarin wel op meer systematische wijze gekeken wordt naar kosteneffectiviteit van interventies
- In één database gaat het dan om een eerste indicatie van kosteneffectiviteit van een 'veelbelovende' interventie, namelijk de RIVM-database Kosteneffectiviteit van preventie
- In één database (NICE-guidance) wordt het predikaat kosteneffectief pas gegeven als aan een aantal duidelijke voorwaarden is voldaan

2.5 Bevindingen van het onderzoek naar literaturedatabases

Tabel 1C beschrijft 11 databases waarin literatuur over interventies, waaronder preventieve interventies, wordt ontsloten. Het is belangrijk om te beseffen dat het doel van dergelijke databases wezenlijk anders is dan het doel van interventiedatabases zoals in de vorige paragraaf omschreven. Als hier een vorm van beoordeling op kwaliteit plaatsvindt dan gaat het om een oordeel over de methodologische kwaliteit van het onderzoek, niet van de interventie waarop het onderzoek betrekking had. Niettemin kan ook een database met literatuur over interventies belangrijke informatie verschaffen over die interventie zelf, zeker wanneer de studies in meerdere of mindere mate op kwaliteit zijn getoetst. Buiten het vraagstuk van de generaliseerbaarheid van studieresultaten naar een andere context, is de zeggingskracht van conclusies en aanbevelingen van een kwalitatief goede studie immers groter dan die van een kwalitatief mindere studie.

We zien bij 2 van de 11 databases met literatuur over interventies een beoordeling van de kwaliteit van het kosten- en/of kosteneffectiviteitsonderzoek. Dit zijn de NHS-Economic Evaluation Database (NHS-EED) en de Cost-

effectiveness analysis Registry (Tufts University). In de NHS-EED-database betreft het een relatief beperkte vorm van kwaliteitscontrole, de eventuele manco's van de studie worden beschreven, maar er wordt benadrukt dat de gebruiker van de informatie zelf zorg moet dragen voor de vertaling van studieresultaten naar de lokale context van de gebruiker. In de database van de Cost-effectiveness Registry van Tufts University vindt een intensieve kwaliteitsbeoordeling plaats, waarbij een kwantitatief oordeel op een zevenpuntsschaal wordt gegeven voor de kwaliteit van de studie. De negen overige databases bevatten soms economische informatie zoals over kosten of kosteneffectiviteit van een bepaalde strategie. In vier databases wordt kosteneffectiviteit meegenomen bij de weging van de kwaliteit van de studies, maar is het onduidelijk hoe die kwaliteitscontrole plaatsvindt.

2.6 Conclusies

In dit hoofdstuk beschreven we de rol die informatie over kosten en kosteneffectiviteit speelt in databases met informatie over interventies die zich richten op gezondheidsbevordering en jeugdgezondheidszorg. In totaal werden 16 databases met interventies op het terrein van jeugdgezondheid en gezondheidsbevordering gevonden. Ook zijn 11 databases met literatuur over interventies op dit terrein beschreven. Het onderzoek naar databases levert een zeer divers beeld op over de aanwezigheid van economische informatie (informatie over kosten en/of kosteneffectiviteit).

Drie patronen zijn te onderscheiden:

- Er is helemaal geen informatie over kosten of kosteneffectiviteit van interventies opgenomen in de database
- Er wordt op ad-hoc basis informatie gegeven over kosten of kosteneffectiviteit (soms wel en vaak/meestal niet); de informatie wordt niet gecontroleerd op kwaliteit of waarheidsgehalte
- Er wordt informatie over kosten of kosteneffectiviteit weergegeven en er is enige vorm van controle op kwaliteit van deze data. De informatie is niet beschikbaar voor alle interventies in de databases

In de literaturodatabases vonden we twee databases die op systematische wijze de kwaliteit van de economische evaluaties beoordelen. Uit een dergelijk kwaliteitsoordeel, ook wanneer de studie voldoet aan alle technische eisen die daaraan gesteld mogen worden, kan niet rechtstreeks een conclusie getrokken worden over de kosteneffectiviteit van een interventie in een andere context. Daarvoor zijn er teveel lokale factoren die van invloed zijn op de kosteneffectiviteit van interventies (Welte et al., 2004). De stap van een oordeel over de (methodologische) kwaliteit van veelal buitenlandse studies naar een oordeel over kosteneffectiviteit van de interventie die in die studie onderzocht wordt in de lokale setting, kan niet zonder aanvullend lokaal onderzoek gemaakt worden.

Er werden geen databases gevonden die expliciet het stempel 'kosteneffectief' op een interventie drukken. Wel integreert het Engelse NICE-instituut informatie over kosteneffectiviteit van interventies (op basis van door NICE gecontracteerde systematische reviews over kosteneffectiviteit, zo nodig aangevuld met nieuw onderzoek) in 'guidance documents' (richtlijnen), die richtinggevend zijn voor het aanbod en financiering van zorg en preventie binnen de National Health Service. Het gaat dan bijvoorbeeld om richtlijnen over hulp bij stoppen met roken waarbij een groot aantal overwegingen, waaronder de kosteneffectiviteit, leiden tot een richtlijn om bepaalde vormen van hulp bij stoppen met roken wel, en andere vormen niet aan te bieden binnen de National Health Service. Omdat het bij NICE over richtlijnen gaat binnen een gecentraliseerd systeem van gezondheidszorg en er een rechtstreeks verband is met de aanspraak die alle Britten kunnen maken op zorg, is de Britse situatie

niet direct vertaalbaar naar de Nederlandse situatie, waar het primaire doel van de interventiedatabases ligt op het terrein van informatievoorziening.

We concluderen dat de review beperkte aanknopingspunten biedt voor het opnemen van een erkenningsniveau 'bewezen kosteneffectief' in het Nederlandse systeem van erkenning van interventies. Het beste voorbeeld van integratie van kosteneffectiviteit in aanbevelingen over interventies is afkomstig van NICE. De status van erkende interventie in het Nederlandse erkenningsstelsel is echter een heel andere dan de status van geadviseerd door de richtlijn (aanspraak van verzekeren op zorg) binnen de National Health Service. De NICE-werkwijze is zeer kostbaar en tijdrovend en zal daarom niet gemakkelijk over te nemen zijn in het Nederlandse erkenningssysteem voor interventies. Aantrekkelijke elementen uit het Engelse systeem zijn de systematische reviews van kosteneffectiviteit en het eventueel uitzetten van aanvullend onderzoek naar kosteneffectiviteit bij externe partners (niet de eigenaren van interventies). Deze elementen zijn mogelijk wel bruikbaar voor het beter ontsluiten van informatie over kosteneffectiviteit in Nederlandse databases en/of het opnemen van een vierde erkenningsniveau in het erkenningssysteem.

Tabel 1A Databases die interventies als uitgangspunt hebben, CGL- en NCJ-databases

Nr	Land	Naam database	Soort interventie	Beschikbare informatie	Beoordeling van effectiviteit en kwaliteit	Economische informatie / niet gecontroleerd	Economische informatie / met enige vorm van controle
1	Nederland	Interventie-database	Interventies betreffen verslaving, seksuele gezondheid, GGZ, fysieke gezondheid, overgewicht, werk, veiligheid en sociaal gedrag en zijn gericht op de algemene bevolking en ouderen, mbo, basis- en voortgezet onderwijs	<ul style="list-style-type: none"> - Beschrijving interventie - werkplan - link naar interventie - onderzoek naar / evaluatie van de interventie - overzicht van relevante beschikbare literatuur 	Soms Erkeningscommissie beoordeelt interventies op drie niveaus: theoretisch goed onderbouwd, waarschijnlijk effectief en bewezen effectief. Praktijkbeoordelaars kennen het oordeel 'goed beschreven' toe. Ook (nog) niet beoordeelde interventies zijn opgenomen	Soms Bij nog niet beoordeelde interventies wordt soms informatie gegeven over kosten of kosteneffectiviteit van de interventie (ter keuze van eigenaar interventie)	Soms Kosten van interventie worden bijna altijd beschreven (als randvoorwaarde van de interventie) bij een door Erkeningscommissie of praktijkbeoordelaars beoordeelde interventie. Kosteneffectiviteit wordt niet beoordeeld
2	Nederland	Effectieve jeugd-interventies	Interventies gericht op opgroeiende kinderen en jongeren: psychosociaal functioneren, fysieke problemen, school en opvoeding	<ul style="list-style-type: none"> Overlap met 1 - beschrijving interventie - werkplan - link naar interventie - onderzoek naar / evaluatie van de interventie - overzicht van relevante beschikbare literatuur 	Soms Erkeningscommissie beoordeelt interventies met: theoretisch goed onderbouwd, waarschijnlijk effectief en bewezen effectief. Ook (nog) niet beoordeelde interventies zijn te vinden in de database	Soms Kosten van de interventie worden soms in de werkbeschrijving toegelicht. Bij nog niet beoordeelde interventies wordt soms informatie gegeven over kosten of kosteneffectiviteit van de interventie	Soms Kosten van de interventie in de werkbeschrijving worden beoordeeld door Erkeningscommissie, kosteneffectiviteit wordt niet beoordeeld

WEBSITES VAN DATABASES

1. <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/>
2. <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/03/055.html>

Tabel 2B Databases die interventies als uitgangspunt hebben

Nr	Land	Naam database	Soort interventie	Beschikbare informatie	Beoordeling effectiviteit en kwaliteit	Economische informatie / niet gecontroleerd	Economische informatie / met enige vorm van controle
3	Nederland	Kosten-effectiviteit van preventie	Interventies zijn gericht op het voorkomen van ziekte in de bevolking, waaronder ook psychische stoornissen, obesitas en ongevallen	Beschrijving van interventie in factsheet met bijbehorende bronnen en literatuur	Ja Factsheets vatten beschikbaar bewijs samen	Nee	Ja Voor het schrijven van factsheets worden alleen artikelen geselecteerd die aan minimale kwaliteitseisen t.a.v. de economische evaluatie voldoen Een panel van experts beoordeelt de factsheets over de interventies voordat deze op de website worden geplaatst
4	Duitsland	Die Projekt-datenbank/ Sustainable Prevention Research and Prevention Practice	Interventies gericht op voeding/overgewicht, beweging, psychische gezondheid, sociale competentie, preventie van chronische ziekten	- Beschrijving interventie - link naar de interventie - onderzoek naar de interventie - overzicht van	Nee De kwaliteit van de studies wordt niet beoordeeld	Soms Bij een klein deel van de interventies worden economische evaluaties gerapporteerd	Nee Er is geen beoordeling van kosteneffectiviteit

Nr	Land	Naam database	Soort interventie	Beschikbare informatie	Beoordeling effectiviteit en kwaliteit	Economische informatie / niet gecontroleerd	Economische informatie / met enige vorm van controle
		Database	enz.	relevante beschikbare literatuur			
5	Canada	Canadian Best Practices Portal	Interventies gericht op het bevorderen van gezondheid en voorkomen van chronische ziekten. O.a. gezonde voeding, vaccinaties, geestelijke gezondheid, verslaving en mondgezondheid	- Beschrijving van interventie - link naar de interventie - onderzoek naar de interventie - overzicht van relevante, beschikbare literatuur	Ja De interventies zijn beoordeeld op effectiviteit en toepasbaarheid in public health	Nee	Soms De paragraaf political/economic outcomes in de beschrijving van de interventie bevat soms economische informatie
	VS	National Association of County and City Health Officials Model Practice Database	Interventies gericht op het voorkomen van infectieziekten, tabaksverslaving, jeugdgezondheidszorg en het voorkomen van chronische ziekten waaronder diabetes	- Beschrijving van interventie - link naar de interventie - onderzoek naar de interventie	Ja Interventies worden aan de hand van criteria geclassificeerd als 'model' of 'promising'	Nee	Soms Als er informatie over kosten of kosteneffectiviteit is wordt die wel meegenomen in beoordeling, maar er zijn geen formele criteria
7	EU	EU-Compass for Action on Mental Health and Well Being	GGZ-interventies gericht op jongeren en onderwijs, ouderen, werkplek, preventie van depressie en interventies gericht op het tegengaan van stigma en discriminatie, gerangschikt op beleid en 'good practice'. De database bevat	- beschrijving interventie - link naar de interventie - overzicht van literatuur - themagerichte rapporten	Nee	Soms Sommige interventies bevatten economische informatie	Nee

Nr	Land	Naam database	Soort interventie	Beschikbare informatie	Beoordeling effectiviteit en kwaliteit	Economische informatie / niet gecontroleerd	Economische informatie / met enige vorm van controle
			daarnaast Europese rapporten over bovengenoemde thema's				
8	EU	Promoting and Protecting Mental Health	Interventies om geestelijke gezondheid op school, werk, en in de ouderenzorg te bevorderen	- beschrijving interventie - link naar de interventie - een toolkit om bestaande programma's te implementeren in eigen praktijk	Ja Interventies in de database worden geëvalueerd en beoordeeld op haalbaarheid in praktijk	Nee	Soms Sommige beschrijvingen van interventies bevatten economische informatie
9	EU	DataPrev	Interventies om geestelijke gezondheid te bevorderen: voor ouders van jonge kinderen, op school, werk en voor ouderen	- Samenvatting van evidence voor een effectieve interventie - Overzicht van literatuur - links naar websites	Ja Interventies in de database zijn bewezen effectief	Nee	Soms Sommige samenvattingen van interventies bevatten economische informatie, waarbij enige vorm van kwaliteitscontrole heeft plaatsgevonden
10	Unesco	International Clearinghouse on Curriculum for HIV/AIDS Preventive Education	Les- en voorlichtingsmateriaal voor leerlingen van basis- en voortgezet onderwijs over preventie van hiv	- Beschrijving van interventies - lesmateriaal - literatuur	Soms Interventies worden dan geclassificeerd als 'best practice'	Nee	Nee
11	EU	Workplace Health Promotion	Interventies en instrumenten gericht op het bevorderen van	- Overzicht van instrumenten en interventies	Nee Het gaat hier vooral om uitwisseling van	Soms In de beschrijvingen is	Nee

Nr	Land	Naam database	Soort interventie	Beschikbare informatie	Beoordeling effectiviteit en kwaliteit	Economische informatie / niet gecontroleerd	Economische informatie / met enige vorm van controle
		European Toolbox	gezondheid op de werkplek zoals voor alcohol- en tabaksverslaving, eetgewoonten en psychische gezondheid	- verwijzing naar websites	informatie in een Europees netwerk, geen beoordeling van effectiviteit	soms economische informatie opgenomen	
12	UK	Health and wellbeing good database	Interventies o.a. gericht op het bevorderen van gezond gedrag op de werkvloer en het voorkomen van stress	- overzicht van interventies, geen aanvullende informatie	Nee	Ja Er wordt per interventie een zeer globale indicatie van het benodigde budget gegeven	Nee
13	EU	European Portal for Action on Health Equity	Interventies gericht op sociaal kwetsbare groepen, b.v. met een lage sociaaleconomische status, migranten of dak- en thuislozen, met als doel gezondheidsverschillen te verkleinen / gezondheid te bevorderen	- beschrijving interventie - link naar interventie	Ja Alle interventies zijn beoordeeld op effectiviteit en hebben daardoor het label 'good practice' gekregen	Nee	Soms Van sommige interventies is economische informatie bekend of wordt een economische evaluatie gerapporteerd. Onduidelijk is of en volgens welke criteria economische informatie wordt beoordeeld
14	Duitsland	Praxisdaten-bank Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten	Interventies gericht op bevordering van gezondheid voor kinderen, ouderen, werklozen en in wijken	- beschrijving interventie - link naar interventie	Ja Interventies worden aan de hand van criteria beoordeeld en kunnen het label 'good practice' krijgen	Nee	Soms Van sommige interventies is economische informatie bekend of is een economische

Nr	Land	Naam database	Soort interventie	Beschikbare informatie	Beoordeling effectiviteit en kwaliteit	Economische informatie / niet gecontroleerd	Economische informatie / met enige vorm van controle
							evaluatie verricht. Eén van de criteria voor good practice is kosteneffectiviteit van de interventie. Onduidelijk is hoe criteria precies gebruikt worden
15	EU/Oosten-rijk	Database Health Pro Elderly	Interventies gericht op geestelijke gezondheid, lichamelijke activiteit, voeding, voorkomen van ziekte en seksuele gezondheid bij ouderen	- beschrijving interventie - link naar interventie	Ja Interventies zijn voor opname in de database beoordeeld op criteria voor 'good practice'	Nee	Soms Sommige interventies bevatten economische informatie. Eén van de criteria voor good practice is kosteneffectiviteit van de interventie. Onduidelijk is hoe criteria precies gebruikt worden
16	EU	Effective Measures in Injury Prevention (EMIP) database	Interventies zijn gericht op veiligheid en preventie van verwondingen bij kinderen, sportactiviteiten, kwetsbare weggebruikers en ouderen.	- samenvatting van interventie - overzicht van beschikbare literatuur	Ja Een panel van experts beoordeelt de interventies op basis van criteria voordat deze in de database worden opgenomen	Nee	Soms Soms bevatten deze interventies economische evaluaties. Onduidelijk hoe criteria precies gebruikt worden
17	EU	Resource on Alcohol and Youth Projects	Interventies zijn gericht op voorkomen van schade door alcohol bij jongeren,	- beschrijving interventie	Nee	Nee	Nee

Nr	Land	Naam database	Soort interventie	Beschikbare informatie	Beoordeling effectiviteit en kwaliteit	Economische informatie / niet gecontroleerd	Economische informatie / met enige vorm van controle
			zoals rijden onder invloed.				
18	UK	NICE database	Naast richtlijnen voor klinische interventies (behandeling van ziekte) bevat de database ook richtlijnen voor het voorkomen van ziekte en het bevorderen van gezondheid, met een verwijzing naar beschikbare literatuur	- richtlijnen - procedures - wetenschappelijk publicaties	Ja Beoordeling op effectiviteit en kwaliteit	Nee	Ja Kosteneffectiviteit is een integraal onderdeel van de beoordeling van de interventie. Alle beschikbare informatie over kosten en kosteneffectiviteit is gecontroleerd op kwaliteit

WEBSITES VAN DATABASES

3. <http://www.loketgezondleven.nl/interventies/i-database/>
4. <http://www.nji.nl/eCache/DEF/1/03/055.html>
5. <http://kosteneffectiviteit-preventie.rivm.nl/>
6. <http://www.knp-forschung.de/?uid=430aef0c5047091a3bedc03411e39d22&id=recherche>
7. <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/>
8. <http://www.naccho.org/topics/modelpractices/database/index.cfm>
7. http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/index_en.htm
8. <http://www.mentalhealthpromotion.net/?i=promenpol.en.toolkittab>
9. <http://dataprevproject.net/>
10. http://portal.unesco.org/education/en/ev.php-URL_ID=3375&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html
11. <http://www.enwhp.org/european-toolbox.html>
12. <http://www.investorsinpeople.co.uk/MediaResearch/Tools/Pages/HealthandWellbeingGoodPracticeDatabase.aspx>
13. <http://www.health-inequalities.eu/>
14. <http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=c534454f811bcf67b29c3e4b838a023d&id=start>
15. <http://www.healthproelderly.com/database/>

16. <http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwVwContent/l2effectivemeasures.htm>
17. https://webgate.ec.europa.eu/sanco_eahf/rapro/public/introductionForm.html
18. <http://pathways.nice.org.uk/> of <http://guidance.nice.org.uk/>

Tabel 3C Databases die literatuur over interventies als uitgangspunt hebben

Nr	Land	Naam database	Soort interventie	Beschikbare informatie	Beoordeling effectiviteit en kwaliteit	Economische informatie / niet gecontroleerd	Economische informatie / met enige vorm van controle
3	Nederland	Kosten-effectiviteit van preventie	Interventies gericht op het voorkomen van ziekte in de bevolking, waaronder ook psychische stoornissen, obesitas en ongevallen	Overzicht van economische evaluaties (literatuur) van preventieve interventies, gepubliceerd sinds 2005	Nee	Ja Artikelen bevatten per definitie informatie over kosten en kosteneffectiviteit omdat dit het onderwerp van de database is	Nee
7	EU	EU-Compass for Action on Mental Health and Well being	GGZ-interventies gericht op jongeren en onderwijs, ouderen, werkplek, preventie van depressie en interventies gericht op het tegengaan van stigma en discriminatie, gerangschikt op beleid en 'good practice'. Zie boven (1A). De database bevat daarnaast Europese rapporten over bovengenoemde thema's	- themagerichte rapporten, die onder meer samenvattingen en overzichten van preventieve interventies bieden	Nee	Soms Sommige rapporten bevatten informatie over de kosteneffectiviteit van interventies	Nee
19	United Kingdom	Trials Register of promoting	Interventies gericht op lichamelijke en	Lijst van experimentele	Nee	Soms Een klein deel van	Nee

Nr	Land	Naam database	Soort interventie	Beschikbare informatie	Beoordeling effectiviteit en kwaliteit	Economische informatie / niet gecontroleerd	Economische informatie / met enige vorm van controle
		Health Interventions (TRoPHI)	geestelijke gezondheid, medische zorg, opvoeding, werk, ongelijkheid, ongevallen enz.	studies al dan niet gepubliceerd als artikel, tekstboek of andere bron met referenties		de studies omvat economische informatie (ca 5%)	
20	United Kingdom	Database of promoting health effectiveness reviews (DoPHER)	Als bij TRoPHI, interventies gericht op lichamelijke en geestelijke gezondheid, medische zorg, opvoeding, werk, ongelijkheid enz.	Lijst van reviews al dan niet gepubliceerd als artikel, tekstboek of andere bron met referenties	Ja De kwaliteit van de reviews wordt beoordeeld	Nee	Soms Een klein deel van de studies omvat economische informatie (ca 10%)
21	WHO	Health Evidence Network	Interventies gericht op het voorkomen van overgewicht, ziekte en verslaving, bevorderen van jeugd- en seksuele gezondheid	- samenvatting van wetenschappelijke literatuur - themagerichte rapporten voor beleid op nationaal niveau	Ja Alle beschikbare bronnen worden beoordeeld door Health Evidence Network	Nee	Soms Als economische informatie aanwezig is wordt die meegenomen in de beoordeling
22	EU	Aids Action Europe HIV/AIDS clearing House	Interventies gericht op preventie en voorlichting van HIV/AIDS en overige soa.	- wetenschappelijke publicaties - boeken - rapporten - website	Nee	Soms Enkele publicaties gaan dieper in op kosten, voor behandeling van HIV bijv.	Nee
23	UK	DARE: Database of Abstracts of Reviews of Effects, van Centre for Reviews and	Het effect van therapeutische of preventieve interventies op gezondheid wordt geëvalueerd. De database bevat ook	- samenvattingen van systematische reviews met een link naar het originele artikel	Ja De reviews worden beoordeeld op methodologische kwaliteit	Nee	Soms Reviews bevatten soms economische informatie

Nr	Land	Naam database	Soort interventie	Beschikbare informatie	Beoordeling effectiviteit en kwaliteit	Economische informatie / niet gecontroleerd	Economische informatie / met enige vorm van controle
		Dissemination (York)	alle Cochrane reviews en Campbell reviews indien interventies betrekking hebben op gezondheid				
24	UK	NHS EED: Economic Evaluation Database, van Centre for Reviews and Dissemination (York)	NHS EED bevat economische evaluaties van interventies in de gezondheidszorg	Wetenschappelijke publicaties over - kostenbaten analyses - kosteneffectiviteits analyses - kostenutiliteits analyses	Ja De kwaliteit van de studies wordt beoordeeld door experts. Deze beoordeling wordt ook in de database vermeld	Nee	Ja Deze database bevat enkel economische evaluaties.
25	UK	HTA: Health Technology Assessment database, van Centre for Reviews and Dissemination (York)	Het beleid over en de invoering en effectiviteit van interventies in de gezondheidszorg staan in deze database centraal	Soort informatie is divers van wetenschappelijke publicaties tot grijze literatuur, congresverslagen en projectbeschrijvingen	Soms De Health Technology Assessments zijn soms beoordeeld op kwaliteit	Soms De database bevat economische evaluaties die niet beoordeeld zijn	Soms De database bevat ook beoordeelde economische studies
26	USA	Cost-effectiveness analyses registry, Tufts Medical Center	Overzicht van kostenutiliteitsanalyses, van onder andere preventieve interventies	- wetenschappelijke publicaties	Ja Studies zijn beoordeeld door experts en moeten voldoen aan enkele inclusiecriteria. Ze moeten Engelstalig zijn en originele kostenutiliteits analyses zijn (effecten uitgedrukt in QALY's)	Nee	Ja Kwaliteit van de studies wordt beoordeeld met een rapportcijfer tussen 0 en 7
27	Canada	Health	Interventies zijn o.a.	- samenvattingen	Ja	Soms	Nee

Nr	Land	Naam database	Soort interventie	Beschikbare informatie	Beoordeling effectiviteit en kwaliteit	Economische informatie / niet gecontroleerd	Economische informatie / met enige vorm van controle
		Evidence	gericht op het bevorderen van gezondheid bij kinderen, jongeren en ouderen t.a.v. lichamelijke en psychische gezondheid, leefstijl, chronische ziekten, infectieziekten, verslaving en (voedsel)veiligheid	van review artikelen en 'quality assessment' van de review	Studies worden methodologisch beoordeeld aan de hand van een checklist en krijgen de kwalificatie 'zwak, matig of sterk'	De database bevat ook reviews van economische evaluaties, waaronder kosteneffectiviteits studies	Alleen de methodologische kwaliteit van de review wordt beoordeeld, economische informatie wordt niet specifiek beoordeeld

WEBSITES VAN DATABASES

3. <http://kosteneffectiviteit-preventie.rivm.nl/>
7. http://ec.europa.eu/health/mental_health/eu_compass/index_en.htm
19. <http://eppi.ioe.ac.uk/webdatabases/Intro.aspx?ID=5>
20. <http://eppi.ioe.ac.uk/webdatabases/Intro.aspx?ID=2>
21. <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/data-and-evidence/health-evidence-network-hen>
22. <http://www.aidsactioneurope.org/index.php?id=186>
23. <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/HomePage.asp>
24. <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/HomePage.asp>
25. <http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/HomePage.asp>
26. <https://research.tufts-nemc.org/cear4/>
27. <http://www.health-evidence.ca/>

3 Diverse opties om informatie over kosten en kosteneffectiviteit een plaats te geven in het erkenningsstelsel en in de interventiedatabases

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk beschrijft verschillende vormen waarin informatie over kosten en kosteneffectiviteit een plaats zou kunnen krijgen in het erkenningstraject en in de interventiedatabases. In dit hoofdstuk staat de vraagstelling van het onderzoek centraal:

Wat zijn de voor- en nadelen van het uitbreiden van het erkenningsstelsel voor interventies met een vierde niveau van erkenning, het niveau 'bewezen kosteneffectief'?

Daarnaast zullen we in dit hoofdstuk ingaan op de derde deelvraag zoals geformuleerd in de inleiding:

Zijn er alternatieve mogelijkheden (anders dan een vierde niveau van erkenning) om informatie over kosten en kosteneffectiviteit te ontsluiten in de interventiedatabases?

Voor een goed begrip van de tekst van dit hoofdstuk zijn de belangrijkste economische termen in een box samengevat (Box 1).

De diverse opties die in dit hoofdstuk worden geschetst komen voort uit discussies die de auteurs van dit rapport onderling en met collega's hebben gevoerd en zijn deels gebaseerd op de ervaringen uit het literatuuronderzoek dat in hoofdstuk 2 werd gerapporteerd. In paragraaf 3.2. schetsen we twee manieren om het erkenningsstelsel uit te breiden met een niveau voor kosteneffectiviteit, inclusief de voornaamste voor- en nadelen. In paragraaf 3.3. beschrijven we andere opties om informatie over kosten en kosteneffectiviteit beter te ontsluiten in de interventiedatabases, zonder dat een formeel erkenningsniveau wordt toegevoegd.

Box 1 Toelichting bij essentiële begrippen uit de tekst

Kosten-effectiviteit / doelmatigheid

De verhouding tussen de extra kosten van een interventie, (vergeleken met een alternatief of gebruikelijke zorg) en de extra gezondheidswinst. Het alternatief kan bestaan uit voortzetting van de huidige praktijk. Bijvoorbeeld de kosteneffectiviteit van minimale interventie door de huisarts om stoppen met roken te ondersteunen (H-MIS) vergeleken met geen ondersteuning is €450 per extra stopper.

Wanneer de gezondheidswinst wordt gemeten in voor kwaliteit van leven gewogen, gewonnen levensjaren (QALY's), dan spreekt men ook wel van kosten-utiliteit. Voorbeeld: de kosten-utiliteit van de H-MIS is €1300 per QALY, wanneer alleen de interventiekosten worden meegerekend.(Feenstra et al., 2005)

Kosten van ziektestudie

Studie die inzicht biedt in de kosten van zorg die samenhangen met een bepaalde aandoening, of een bepaald type risicogedrag. Bijvoorbeeld: de levenslange kosten van zorg voor een roker in Nederland waren €220.000 (Van Baal et al., 2008a); de kosten van hart- en vaatziekten waren in Nederland in 2005 €5,5 miljard(Poos et al., 2008).

Budgetimpact

De financiële middelen die nodig zijn om een interventie uit te voeren in een bepaalde tijdperiode, zo veel mogelijk opgesplitst naar de (deel)sectoren die deze middelen moeten opbrengen. Budgetimpact is onder andere afhankelijk van:

- intensiteit van de interventie
- omvang van de doelgroep
- duur van de interventie
- deelname aan de interventie

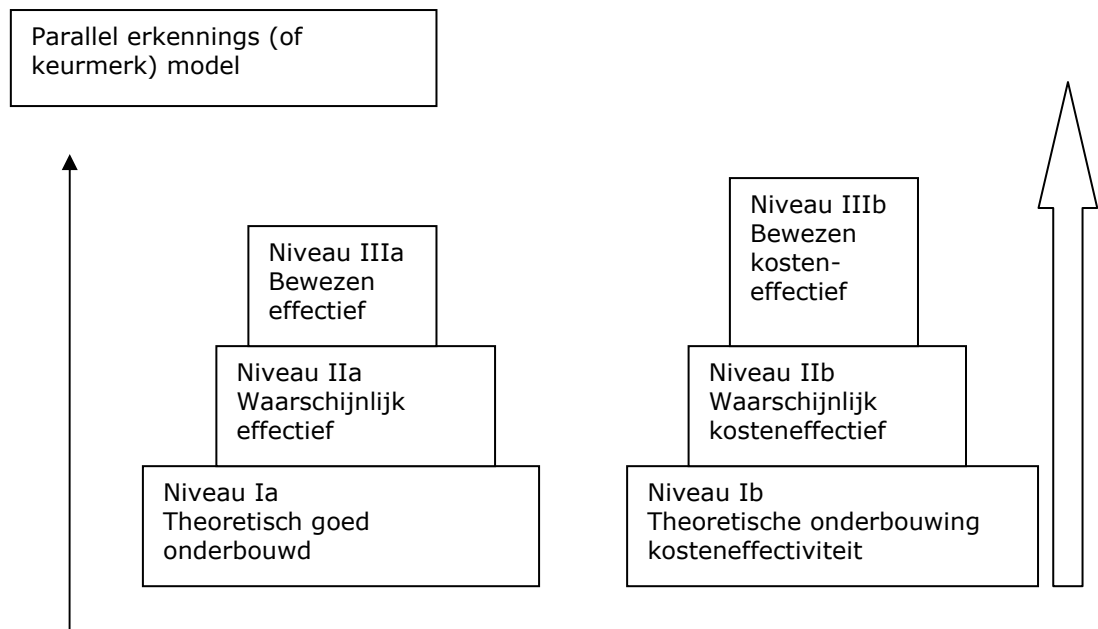
Perspectief

Het gezichtspunt van waaruit de economische evaluatie plaatsvindt. Vanuit het gezondheidszorgperspectief zijn alleen verschillen in zorgkosten van belang, vanuit het maatschappelijk perspectief zullen bijvoorbeeld ook effecten op werkverzuim meetellen.

3.2 Uitbreiding van het erkenningsstelsel met een niveau voor kosteneffectiviteit

3.2.1 Extra erkenningscriterium volgens model parallel aan huidig erkenningstraject

In dit model kunnen interventies een extra erkenning voor kosteneffectiviteit krijgen, die naast de erkenning voor effectiviteit komt te staan. Erkenning van kosteneffectiviteit parallel aan de erkenning van effectiviteit geeft gebruikers maximaal inzicht in kosten en doelmatigheid van interventies, terwijl ze zelf kunnen kiezen welk belang ze hechten aan die extra informatie ten opzichte van de effectiviteitsinformatie. Figuur 3.1. laat zien hoe zo'n systeem er uit zou kunnen zien.



Figuur 3.1 Beoordeling van kosteneffectiviteit volgens een parallel model: de huidige niveaus I t/m III worden opgedeeld in twee subniveaus, a en b.

Om voor niveau Ib in aanmerking te komen dienen gegevens over kosten te zijn verzameld en gepresenteerd, en dient duidelijk en met reden omschreven te zijn welke kosten zijn meegenomen en hoe kosten en effecten zijn vergeleken (theoretische onderbouwing van kosteneffectiviteitsclaim). Op dit niveau zou bijvoorbeeld 'circumstantial evidence' (zie Bijlage 1) afkomstig uit andere studies gebruikt kunnen worden om een kosteneffectiviteitsclaim te onderbouwen. Het gaat dan om complete doelmatigheidsstudies van vergelijkbare interventies, die zich bijvoorbeeld richten op een zelfde gezondheidsprobleem in een vergelijkbare setting. Wanneer doelmatigheid daarvan is aangetoond, is dat mogelijk bruikbaar als circumstantial evidence, als aannemelijk is dat de te beoordelen interventie goedkoper is en tegelijkertijd even effectief of zelfs effectiever.

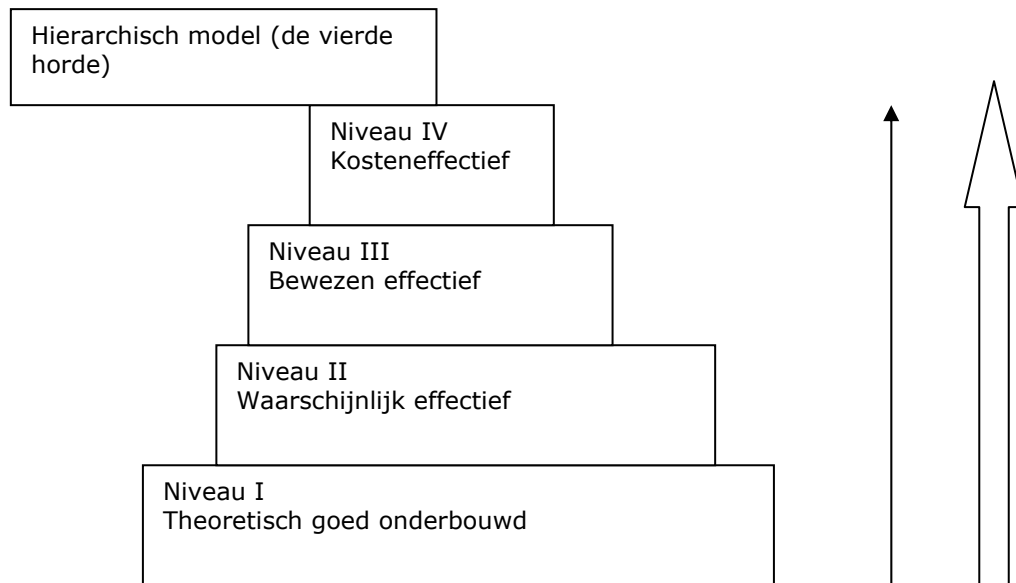
Bij niveaus IIb en IIIb dienen er aanwijzingen voor kosteneffectiviteit te zijn uit meerdere originele studies naar de te beoordelen interventie. Het onderscheid tussen IIb en IIIb volgt hetzelfde principe als dat tussen IIa en IIIa (zie Figuur 3.1). Hierbij dienen echter wel enige kanttekeningen te worden geplaatst. Voor iedere studie geldt dat de resultaten met onzekerheid omgeven zijn, zodat

een interventie alleen kosteneffectief genoemd kan worden met een bepaalde mate van waarschijnlijkheid. De rol van onzekerheid in kosteneffectiviteitsstudies is gecompliceerder dan bij studies waarin alleen naar de effectiviteit is gekeken. Kosteneffectiviteitsstudies rapporteren zelden of de onderzochte interventie wel of niet kosteneffectief is. Meestal wordt geconcludeerd dat de interventie kosteneffectief is met een bepaalde mate van waarschijnlijkheid, of dat met een bepaalde graad van zekerheid de kosteneffectiviteitsratio onder een bepaalde afkapwaarde blijft (bijvoorbeeld € 20.000 per QALY) (Sculpher et al., 2000). Om tot een werkbare afbakening tussen de niveaus te komen, zou daarom besloten moeten worden welke mate van zekerheid minimaal gehaald moet zijn. Daarnaast zal er om tot het oordeel 'kosteneffectief' te komen een afkappunt voor kosteneffectiviteit moeten worden geformuleerd. Hoewel in Nederland vaak een drempelwaarde van € 20.000 per QALY wordt genoemd, is er tot op heden geen formele grens voor kosteneffectiviteit geformuleerd. Naast een drempelwaarde van € 20.000 per QALY worden ook hogere bedragen, tot € 80.000 per QALY voorgesteld. Ook organisaties als het College voor Zorgverzekeringen hanteren geen officiële criteria voor toelating van (zorg-) interventies tot het vergoedingstelsel. De Gezondheidsraad gebruikt het criterium van € 20.000 per QALY echter wel als richtinggevend bij de advisering over de toelating van nieuwe vaccins tot het Rijksvaccinatiestelsel. Het belangrijkste nadeel van deze aanpak is onoverzichtelijkheid en onduidelijkheid hoe de verschillende beoordelingen te wegen. Verder is de beoordeling van kosteneffectiviteitsstudies volgens methodologische criteria erg veel werk. Aantrekkelijk aan dit systeem is dat simultaan maar gescheiden inzicht wordt verkregen in zowel het niveau waarop de interventie effectief als kosteneffectief is. Een interventie kan bijvoorbeeld tegelijkertijd op niveau IIa effectief, als op niveau Ib kosteneffectief zijn. Tegelijkertijd kan een interventie ook op een hoger niveau kosteneffectief zijn dan effectief, bijvoorbeeld stadium IIIb kosteneffectief en stadium IIa effectief. Een belangrijke randvoorwaarde die vervuld moet worden voordat overgegaan kan worden tot het erkennen van kosteneffectiviteit is dat erkenningscommissies uitgebreid moeten worden met personen die economische expertise hebben, omdat claims inhoudelijk getoetst moeten worden. Een tweede belangrijke randvoorwaarde is uiteraard dat er consensus over de te hanteren drempelwaarde voor kosteneffectiviteit moet zijn.

3.2.2 *Extra erkenningsniveau volgens het 'hordenmodel', een vierde niveau van erkenning*

Opname van doelmatigheid als vierde trap in het huidige erkenningsstelsel is de meest vergaande invulling van het ontsluiten en erkennen van informatie over doelmatigheid en kosten. Het vereist zowel gestructureerde informatie, heldere beoordelingscriteria als toetsing van die informatie door economische experts. In een hiërarchisch model wordt kosteneffectiviteit de 'top van de pyramide' en komt als een niveau IV bovenop de 3 niveaus die al gedefinieerd zijn (zie Figuur 3.2). De argumentatie hiervoor is dat het vraagstuk van kosteneffectiviteit pas aan de orde is als ten minste eerst bewezen is dat iets effectief is. Een goed voorbeeld van een dergelijk model is het 'vierhindernissenmodel' voor het traject van registratie en vergoeding van geneesmiddelen. Waar voorheen registratie van een geneesmiddel voldoende was, niet alleen voor toelating tot de markt maar ook voor vergoeding, werd vanaf de jaren negentig van de vorige eeuw in een aantal landen ook bewijs van kosteneffectiviteit een vereiste. Om voor registratie in aanmerking te komen moet een nieuw geneesmiddel aan drie criteria voldoen: veiligheid, werkzaamheid (efficacy), en kwaliteit. Een gestandaardiseerd protocol van klinische onderzoeken (clinical trials) moet succesvol doorlopen worden om aan te tonen dat aan die vereisten is voldaan. Om ook voor vergoeding in aanmerking te komen is na registratie kosteneffectiviteit als vierde criterium toegevoegd: de vierde horde ('fourth

hurdle') die genomen moet worden voordat er met een geneesmiddel geld verdiend kan worden (Taylor et al., 2004).
 Analooq aan dit vierhindernissenmodel voor geneesmiddelen, zou een interventie in een hiërarchisch schema als het ware moeten slagen voor vier achtereenvolgende examens. Figuur 3.2 geeft dit grafisch weer.



Figuur 3.2 Beoordeling van kosteneffectiviteit volgens het hiërarchische 'hordenmodel'

Hoewel conceptueel helder, heeft dit model een praktisch bezwaar dat gewicht in de schaal legt. Bestudering van de huidige databank laat zien dat pyramide erg smal uitloopt: er halen maar zeer weinig interventies niveau III (momenteel zijn vijf interventies op dit niveau erkend, zie hoofdstuk 1). Hoewel de literatuur over kosteneffectiviteit van interventies snel in omvang groeit, zullen voorlopig weinig interventies op dit niveau IV erkend worden. Per definitie is het aantal erkende interventies op niveau IV gelijk aan of minder dan het aantal op niveau III erkende interventies. In tegenstelling tot de situatie bij geneesmiddelen, hebben eigenaren van preventieve interventies weinig of geen financieel belang bij erkenning van de (kosten)effectiviteit van hun interventie. Een extra erkenningsniveau betekent een nog zwaardere belasting voor de eigenaren. Dit houdt het gevaar in dat een perfect opgebouwd erkenningsstelsel zichzelf in de staart bijt: doordat weinig tot geen interventies alle vier niveaus zullen halen, kan gemakkelijk geconcludeerd worden dat investeringen in gezondheidsbevordering niet nodig zijn omdat die niet kosteneffectief zouden zijn. Hier is het belangrijk om op te merken dat interventies ook kosteneffectief kunnen zijn indien daarvoor geen hard bewijs bestaat. 'Absence of evidence' is in dit geval niet gelijk aan 'evidence of absence'². Dit zal echter niet altijd gemakkelijk uit te leggen zijn.

² Deze opmerking is ook van toepassing op de erkenning van effectiviteit van interventies. Ook daar geldt dat het ontbreken van bewijs van effectiviteit niet geïnterpreteerd mag worden als ineffectiviteit van de interventie

Een voordeel van het toevoegen van kosteneffectiviteit aan het erkenningsstelsel, of dit nu gebeurt volgens het parallelle of het hiërarchische model, is dat er mogelijk een opwaartse druk op een goede onderbouwing van interventies wordt gecreëerd. Er is een ingebouwde stimulans voor eigenaren van interventies om de interventie waarin ze geloven op zo hoog mogelijk niveau erkend te krijgen. Dit kan een impuls geven aan de kwaliteit van het onderzoek naar de effectiviteit en kosteneffectiviteit van interventies. Tegelijkertijd kan de mate van bewijs die nodig is om erkenning op het hoogste niveau te krijgen, gepaard aan de hoge kosten die gemaakt moeten worden om het onderbouwende onderzoek uit te voeren, ontmoedigend zijn voor eigenaren van interventies omdat veel energie, tijd en geld nodig is om interventies op het allerhoogste niveau erkend te krijgen.

3.3 Overige opties om informatie over kosten en kosteneffectiviteit te ontsluiten

In het resterende deel van dit hoofdstuk worden enkele andere opties besproken om informatie over kosten en kosteneffectiviteit te ontsluiten. De verschillende opties zijn:

1. geen verandering in de huidige situatie, dat wil zeggen beperkte controle van de Erkenningscommissie op kosten van een interventie bij erkenning van interventies en geen expliciete eisen aan informatie over doelmatigheid. Verder is er een vrijblijvende mogelijkheid om informatie over kosten en doelmatigheid op te nemen in de I-database. Hiervoor wordt een structuur aangeboden.
2. aanscherping van de huidige situatie, waarbij de structuur voor het ontsluiten van informatie wordt verbeterd en waarbij de Erkenningscommissie strenger op een goede beschrijving van kosten van een interventie gaat beoordelen. Dat betekent dat een aanpassing van de randvoorwaarden in de erkenningscriteria nodig is.
3. gecontroleerde informatie aanbieden:
 - a. kosteninformatie als verplicht onderdeel van het erkenningstraject
 - b. informatie over kosten en kosteneffectiviteit in een afzonderlijke aanvullende database beschikbaar stellen
 - c. aanvullend onderzoek naar kosteneffectiviteit laten verrichten

3.3.1 Optie 1: continuering van de huidige situatie

In de huidige situatie dienen eigenaren van interventies informatie te geven over de kosten van de interventie. Het werkblad dat eigenaren van interventies moeten invullen besteedt bij het onderdeel 'randvoorwaarden voor uitvoering' aandacht aan kosten. De vragen die de indiener moet beantwoorden zijn:

- Wat zijn de kosten van de uitvoering?
- Noem zo mogelijk kosten van licentie, materiaal, trainingen, kwaliteitsbewaking.
- Vermeld het jaartal waarvoor de prijzen gelden.
- Noem ook de tijdinvestering van betrokken professionals (uitvoering en coördinatie).

De Erkenningscommissie neemt dat echter nog nauwelijks mee in de uiteindelijke beoordeling. De commissie heeft er wel vragen over en geeft suggesties maar het is geen reden om een interventie niet te erkennen. De informatie staat vaak beschreven in het werkblad (als pdf-bijlage in de database) maar staat niet automatisch bij de beschrijving van de kosten in de I-database. Het is namelijk geen verplichte vraag.

Bestudering van de I-database (november 2011), waarin zowel de erkende als de nog niet erkende interventies zijn opgenomen, laat zien dat bij 803 van de 3158 interventies in de I-database (25%) de vraag over de totale kosten beantwoord is. De vragen over verdere uitsplitsing in personele en materiële kosten worden vervolgens heel beperkt ingevuld: slechts 1 tot 2 % van de 3158 interventies geeft meer diepgaande informatie over kosten en/of kosteneffectiviteit. In de huidige situatie is er dus voor een kwart van de interventies informatie over totale kosten en voor 1 tot 2% van de interventies meer gedetailleerde informatie over kosten en/of kosteneffectiviteit beschikbaar. Deze informatie wordt door eigenaren van interventies vrijwillig aangeboden, is niet gecontroleerd en staat los van de erkenning van interventies.

Dankzij de beperkte eisen aan de beschrijving van de kosten is er kortom weinig informatie over kosten van interventies. Tegelijk komt het voor dat eigenaren claims opnemen over kosten, doelmatigheid en kostenbesparing die mogelijk onvoldoende onderbouwd zijn. Bij de erkende interventies speelt dat laatste minder een rol omdat onjuiste claims of informatie door de Erkenningcommissie worden onderschept. Hierbij past wel de aantekening dat de Erkenningcommissie momenteel geen economische experts bevat. Daarnaast bestaat het risico op ongelijksoortige en mogelijk onjuiste informatie omdat een gezamenlijk referentiekader ontbreekt. Het nadeel voor de gebruiker van de informatie uit databases is dat het niet duidelijk is of alle relevante informatie over kosten wordt weergegeven en of een eventuele claim van kostenbesparingen of doelmatigheid (kosteneffectiviteit) terecht is, op kwaliteit is beoordeeld en op welke criteria deze is gebaseerd.

3.3.2 *Optie 2: verbetering van de huidige situatie door het verder structureren van de vragen over kosten en kosteneffectiviteit*

Een alternatief is om eigenaren van interventies hulp te bieden bij het in gestructureerde vorm aanbieden van beschikbare economische informatie. Gerichtte vragen en invultabellen met voorbeelden kunnen eigenaren van programma's ondersteunen om beschikbare informatie op een eenvoudige manier aan te bieden en claims over doelmatigheid beter te onderbouwen. Zo ontstaat er meer structuur in de aangeboden informatie en worden programma's beter vergelijkbaar. Bijlage 1 geeft een eerste voorbeeld van een model vragenlijst. De bijlage bestaat uit drie onderdelen, kosten, kosteneffectiviteit en 'circumstantial evidence'. Bij dat laatste gaat het om bewijskracht die ontleend wordt aan soortgelijke studies, die zich bijvoorbeeld richten op een zelfde gezondheidsprobleem in een vergelijkbare setting en waarbij voor dezelfde of hogere kosten als de te beoordelen interventie een vergelijkbaar effect wordt bereikt. In Bijlage 1 worden voor elk onderdeel verschillende niveaus beschreven waarin de informatie kan worden uitgevraagd, namelijk een basisniveau en een niveau dat voldoet aan de huidige stand van wetenschap.

Internationaal en nationaal zijn verschillende 'best practices' voor het ontsluiten van informatie over kosten van interventie beschikbaar, zoals via de WHO, NICE en richtlijnen voor kostenonderzoek in de gezondheidszorg. Bijlage 2 geeft hierover achtergrondinformatie. Ook voor het ontsluiten van informatie over kosteneffectiviteit zijn 'best practices' beschikbaar. In hoofdstuk 2 bleek dat vooral de evaluaties door het Britse NICE een goed voorbeeld zijn. Ook zijn er tekstboeken en richtlijnen over kosteneffectiviteitsonderzoek beschikbaar, waarin wordt beschreven waaraan een state-of-the-art economische evaluatie moet voldoen (Drummond et al., 2005; Rutten-van Mólken et al., 2010; Briggs et al., 2006). Ook publiceerden het RIVM en de Stichting Consument en Veiligheid in 2011 een handleiding voor economisch evaluatieonderzoek bij gezondheidsbevorderende interventies (De Wit et al., 2011).

In deze optie kan eventueel ook gezorgd worden voor verdere ondersteuning van indieners van interventies bij het invullen van de werkbladen, bijvoorbeeld door een telefonische helpdesk specifiek voor de economische onderdelen of door het geven van voorbeelden van goed ingevulde werkbladen. Zo kan het indieners zo gemakkelijk mogelijk gemaakt worden.

3.3.3 *Optie 3a: kosteninformatie wordt een verplicht onderdeel van het erkenningsysteem voor interventies die erkenning aanvragen*

Een deel van de informatie zoals beschreven bij optie 2 (en in Bijlage 1) kan een verplicht onderdeel van de database worden voor die interventies die voor erkenning in aanmerking willen komen. Hiermee worden lokale organisaties beter ondersteund bij het maken van evidence-based keuzes voor een in te zetten interventie. In deze optie wordt de huidige situatie dus verder aangescherpt in die zin dat het aanbieden van informatie over kosten van interventies verplicht wordt bijvoorbeeld als voorwaarde om in aanmerking te komen voor erkenning.

Voor interventies die het erkenningstraject ingaan, kan als minimum gedacht worden aan informatie die anderen helpt om de kosten van een interventie te schatten. Dit betreft een duidelijke omschrijving van de benodigde menskracht en materialen voor een programma. Omdat erkenning nu al een duidelijke omschrijving van programma's vereist en een kostenvraag bevat, is dat nauwelijks een extra belasting. Bijlage 1 geeft een voorbeeld hiervoor in het onderdeel kosten. Het voordeel van het volgen van een vaste structuur in het uitvragen van kosteninformatie is dat voorkomen wordt dat er ongefundeerde en/of ongelijksoortige informatie in de database komt te staan. Van belang daarbij is dat hiervoor de criteria voor randvoorwaarden (waar de kosten een onderdeel van zijn) aangepast worden aan bovenstaande structuur, zodat de commissies deze informatie eenduidig kunnen beoordelen.

Een tweede mogelijke stap is informatie over doelmatigheid bij te voegen, wanneer deze beschikbaar is. Het gaat dan om de vragen over doelmatigheid en de vragen naar 'circumstantial evidence' uit Bijlage 1. Het verschil met optie 2 is dat de informatie verplicht moet worden opgenomen om voor erkenning in aanmerking te komen. Welke informatie en welk niveau van informatie verplicht gevraagd wordt moet in deze optie vastgelegd worden. Dit kan oplopen van alleen wat basisvragen om bestaande evaluaties op een consistente manier boven tafel te krijgen, tot een uitgebreid overzicht van alle 'circumstantial evidence' die beschikbaar is. Dit betekent dus niet dat een interventie doelmatig moet zijn om te worden erkend (zoals beschreven in paragraaf 3.2), alleen dat er informatie over moet worden aangeboden, desnoods bestaande uit een verklaring dat de interventie nog niet is doorgerekend op kosten of doelmatigheid.

In deze optie worden de eisen aan erkende interventies in die zin verscherpt dat een randvoorwaarde voor erkenning wordt dat minimaal de kosten van de interventie gestructureerd (volgens voorwaarden) beschreven en in de I-database ingevoerd zijn. Deze informatie zal dan ook getoetst moeten worden door de Erkenningscommissie, die daarvoor mogelijk uitgebreid zal moeten worden met personen met economische expertise. Ook moeten dan aanvullende criteria voor kostenbeschrijving opgesteld worden. Het voordeel van deze optie is dat informatie over kosten van interventies, die voor lokale gebruikers van de databases zoals gemeenten of scholen vaak richtinggevend is in hun keuze voor interventies, op een betere manier ontsloten worden dan momenteel het geval is.

3.3.4 *Optie 3b: informatie over kosteneffectiviteit via een externe database aanbieden*

Een variant op deze optie zou zijn om voor geselecteerde interventies aan derden te vragen om een overzicht te geven van de beschikbare evidentie over doelmatigheid, naar analogie van de externe contracten die NICE afsluit met gezondheidseconomische groepen aan universiteiten voor de onderbouwing van de kosteneffectiviteit van interventies. Dit zou bijvoorbeeld kunnen door voor erkende interventies een factsheet op te laten stellen met daarin een toegankelijke samenvatting van de wetenschappelijke kennis over kosteneffectiviteit. Voor een groot aantal preventieve interventies zijn soortgelijke factsheets opgenomen in de RIVM-database Kosteneffectiviteit van preventie (zie hoofdstuk 2, Tabel 1B, database 3). Het voordeel van deze variant is dat de werkdruk voor eigenaren vermindert en dat de informatie die beschikbaar komt getoetst is op kwaliteit. Een bijkomend voordeel is dat bij het opstellen van factsheets interventies die sterk op elkaar lijken in onderlinge samenhang en context bekeken kunnen worden. Veel interventies in de database, ook de erkende interventies, zijn specifieke varianten op eenzelfde basisprincipe. Mogelijk hoeft kosteneffectiviteit niet voor elke specifieke variant afzonderlijk afgewogen te worden, maar kan de 'circumstantial evidence' (zie Bijlage 1) richtinggevend zijn voor een extern oordeel over de kosteneffectiviteit van interventies. Een nadeel van de externe beoordeling van de (literatuur over) kosteneffectiviteit van interventies is dat dit kosten met zich meebrengt omdat externe personen de wetenschappelijke literatuur moeten samenvatten en in een context plaatsen.

3.3.5 *Optie 3c: apart onderzoek naar kosteneffectiviteit laten uitvoeren voor erkende interventies*

Ten slotte beschrijven we hier de optie om gericht onderzoek te (laten) verrichten naar kosteneffectiviteit van interventies die door de Erkenningscommissie erkend zijn. Ook in Engeland wordt in de voorbereiding van richtlijnen over welke interventies in aanmerking komen voor vergoeding gericht onderzoek uitgezet door NICE (zie hoofdstuk 2). In Nederland vindt dergelijk gericht aanvullend onderzoek naar kosteneffectiviteit soms ook plaats bij de ontwikkeling van klinische richtlijnen (Regieraad Kwaliteit van Zorg, 2011).

Op het terrein van interventies die zich richten op de verbetering van risicofactoren voor het ontstaan van chronische ziekten (zoals beweging en bloeddruk), leert de ervaring dat interventies die effectief zijn heel vaak ook kosteneffectief zijn (Van Gils et al., 2011). Leefstijlinterventies die met het RIVM-Chronische Ziekten Model zijn doorgerekend op kosteneffectiviteit rapporteren vrijwel altijd gunstige kosteneffectiviteitsratio's (Jacobs-van der Bruggen et al., 2009; Kok et al., 2009; Bemelmans et al., 2008; Van Baal et al., 2008b; Vijgen et al., 2008; Feenstra et al., 2005a en b). Als uit kwalitatief goed onderzoek informatie over effectiviteit (in termen van procentuele verbetering van niveaus van risicofactoren) en over de kosten van de interventie beschikbaar is, kan bijvoorbeeld met het RIVM-Chronische Ziekten Model op relatief efficiënte wijze onderzocht worden wat de kosteneffectiviteit van de interventie is. De onderwerpskeuze zou in overleg met de Erkenningscommissie, CGL, NCJ en VWS moeten plaatsvinden. Aanvullend onderzoek naar kosteneffectiviteit uitzetten kan zeer kostbaar zijn wanneer er geen model beschikbaar is en wel langetermijndoelmatigheidsinformatie gewenst is. Deze optie is dus waarschijnlijk niet mogelijk voor alle interventies die (in de toekomst) erkend worden door de Erkenningscommissie.

4 Beschouwing, conclusies en aanbevelingen

4.1 Beschouwing en conclusies

In de voorgaande drie hoofdstukken van dit rapport beschreven we een aantal ontwikkelingen en observaties die richtinggevend zijn voor beantwoording van de vraag wat de voor- en nadelen zijn van het opnemen van een vierde criterium 'kosteneffectiviteit' in het systeem van erkenning van interventies. Momenteel heeft de indiener van interventies bij de I-database de vrijheid om informatie over de kosten van de interventie en/of de kosteneffectiviteit van de interventie al dan niet op te nemen. Informatie over kosteneffectiviteit wordt nooit getoetst. Informatie over kosten wordt meestal wel aangeboden door eigenaren van interventies die erkenning willen, deze informatie wordt echter door de Erkenningscommissie niet systematisch getoetst. Beschrijving van de kosten van de interventie is geen voorwaarde voor erkenning door de commissie. Bij 1 tot 2 % van de interventies in de I-database staat momenteel informatie over kosten en/of kosteneffectiviteit. Deze informatie zetten de eigenaren van interventies op vrijwillige basis in de database. Alle erkende interventies hebben wel informatie over kosten in het werkblad staan (die als pdf-bijlage opgenomen is in de I-database).

Uit de inventarisatie van een groot aantal min of meer vergelijkbare databases (hoofdstuk 2) blijkt dat de gouden formule voor het systematisch ontsluiten van informatie over kosten en/of kosteneffectiviteit van interventies niet bestaat. De meeste databases besteden geen aandacht aan kosten en/of kosteneffectiviteit of doen dit op een niet-systematische en niet-repiceerbare manier. Er werd 1 database gevonden waarin de claims over kosten en kosteneffectiviteit door niet bij de interventie betrokken deskundigen op het terrein van de gezondheidseconomie worden nagetrokken en volgens strikte criteria worden onderbouwd en beoordeeld (database nummer 18, zie Tabel 1B in hoofdstuk 2). In hoofdstuk 3 werd de uitbreiding van het erkenningsstelsel met een niveau voor kosteneffectiviteit onder de loep genomen, zowel in een systeem met parallelle beoordeling als in een systeem met hiërarchische beoordeling. Als voordelen van dit systeem werden benoemd:

- de aanbieder van interventies heeft een garantie dat de kosten van de interventie opwegen tegen de gezondheidswinst van de interventie en dat keuze voor deze interventie leidt tot een doelmatige inzet van schaarse middelen;
- een systeem met vier niveaus van erkenning creëert, meer nog dan een systeem met drie niveaus van erkenning, een stimulans voor het initiëren en uitvoeren van onderzoek van methodologisch goede kwaliteit.

Als nadelen zijn benoemd:

- onderbouwing van een claim van kosteneffectiviteit vergt specialistische kennis die op het niveau van indieners meestal niet aanwezig zal zijn;
- onderbouwing van kosteneffectiviteit kan tijdrovend en kostbaar zijn. Empirische studies duren meestal meerdere jaren omdat de effecten van interventies op de langere termijn vastgesteld moeten worden.
- er moet een drempelwaarde worden vastgesteld waarboven interventies niet kosteneffectief worden geacht. Hoewel in Nederland vaak een drempelwaarde van € 20.000 per QALY wordt geciteerd is dit geen officiële drempelwaarde. Er bestaat veel maatschappelijke weerstand tegen het hanteren van strakke grenzen voor kosteneffectiviteit.
- weinig interventies zullen in aanmerking komen voor het predicaat 'kosteneffectief', niet omdat interventies niet kosteneffectief zijn maar omdat hoge eisen worden gesteld aan de onderbouwing van het bewijs. 'Absence of evidence' is niet gelijk aan 'evidence of absence'. Uit het

ontbreken van wetenschappelijk bewijs mag niet de conclusie getrokken worden dat interventies niet kosteneffectief zijn.

Wanneer we het geheel aan voor- en nadelen van uitbreiding van het erkenningsstelsel met een vierde niveau bezien, komen we tot de conclusie dat dit voor 2012 niet wenselijk is. Om het systeem uit te breiden met een niveau voor kosteneffectiviteit moeten veel randvoorwaarden worden vervuld, zoals het vaststellen van een drempelwaarde voor kosteneffectiviteit, het vaststellen van criteria voor methodologische eisen die aan het bewijs voor kosteneffectiviteit gesteld moeten worden en het uitbreiden van de Erkenningscommissie met economische expertise. Als het resultaat van al die inspanningen dan de erkenning is van slechts enkele interventies als 'bewezen kosteneffectief', kan ook de doelmatigheid van uitbreiding van het erkenningsstelsel op zich ter discussie gesteld worden.

We komen dus tot de conclusie dat het momenteel niet wenselijk is om het erkenningsstelsel verder uit te breiden met een niveau voor kosteneffectiviteit. Daarbij constateren we in dit rapport ook dat toevoeging van vooral kosteninformatie aan de databases met erkende interventies belangrijk is. Het geeft gebruikers van de databases met erkende interventies inzicht in een van de belangrijkste randvoorwaarden voor implementatie van interventies, namelijk de kosten van invoering.

In hoofdstuk 3 werden dan ook verschillende opties geschetst om structureel aandacht te besteden aan kosten en kosteneffectiviteit van interventies in de interventiedatabases. De opties variëren van het handhaven van de huidige situatie, met vrijwillig aanbieden van informatie die verder niet gecontroleerd wordt, tot het extern reviewen van kosteneffectiviteit van erkende interventies en het uitzetten van gericht aanvullend onderzoek naar kosteneffectiviteit van erkende interventies. Nu de conclusie van dit rapport luidt dat uitbreiding van het erkenningssysteem met een criterium voor kosteneffectiviteit op dit moment (2012) niet wenselijk is, rijst de vraag op welke manier informatie over kosten en kosteneffectiviteit wel aangeboden kan worden in de interventiedatabases. Hieronder worden daartoe een aantal aanbevelingen gedaan, voor implementatie in de databases of voor nader onderzoek, dat eventueel gevolgd kan worden door implementatie.

4.2 Aanbevelingen

Aanbeveling 1: kosteninformatie

- a) Bekijk of het huidige werkblad waarin economische informatie wordt gevraagd voldoet en hoe het eventueel verbeterd kan worden volgens de aanzet in Bijlage 1.
- b) Bied verdere ondersteuning aan de indieners van interventies bij het beschrijven van de kosten en eventueel de kosteneffectiviteit van de interventie, bijvoorbeeld door de huidige servicedesk meer te laten ondersteunen bij het beschrijven van de kosten van een interventie.
- c) Zorg dat er bij het werkblad uitgebreide voorbeelden en instructies beschikbaar zijn en verwijs daarbij ook naar de handleiding voor economische evaluatie bij gezondheidsbevordering (De Wit et al., 2011).
- d) Bekijk of het mogelijk is om kosteninformatie verplicht te stellen voor interventies die het erkenningstraject ingaan en om deze informatie volgens criteria te toetsen door de Erkenningscommissie.
- e) Ontwikkel een bestand met standaard kostprijzen (richtlijnprijzen), bijvoorbeeld voor de loonkosten per uur van personen (naar functieniveaus) die betrokken zijn bij interventies. Dit biedt indieners ondersteuning bij het opstellen van een adequate en uniforme kostenraming en kan eventueel gebruikt worden als referentiekader voor het toetsen van kosteninformatie.

Aanbeveling 2: kosteneffectiviteitsinformatie

- a) Breng een verbinding tot stand tussen het erkenningstraject en de RIVM-database Kosteneffectiviteit van preventie. Denk daarbij aan het opstellen van een factsheet over kosteneffectiviteit van interventies die erkend zijn als 'waarschijnlijk effectief' of 'bewezen effectief'. Gezondheidseconomen zouden na erkenning een factsheet kunnen opstellen waarin beschikbare evidentie over kosten en kosteneffectiviteit samengevat wordt. Bekijk tevens in hoeverre meerdere interventies (varianten van interventies) die zich richten op eenzelfde gezondheidsprobleem, in onderlinge samenhang en context bekeken kunnen worden. In de interventiedatabases kan een link opgenomen worden naar de factsheets in de RIVM-database Kosteneffectiviteit van preventie, maar de factsheets kunnen ook aan de interventiedatabases toegevoegd worden.
- b) Ga na of het mogelijk is om aanvullend onderzoek naar kosteneffectiviteit te financieren, met gebruik van eerder ontwikkelde modellen zoals het RIVM-Chronische Ziekten Model, voor het doorrekenen op kosteneffectiviteit van interventies die door de Erkenningscommissie erkend zijn.

Tot slot

De bevindingen en aanbevelingen van dit rapport zijn een weerslag van de situatie eind 2011 en hebben geen eeuwigheidswaarde. Het veld van doelmatigheidsonderzoek is sterk in ontwikkeling. Ook het erkenningsstelsel zal in de nabije toekomst nog aangescherpt en verder verbeterd worden naar aanleiding van het evaluatieonderzoek dat in 2011 is uitgevoerd. Bovenstaande aanbevelingen kunnen daarbij in overweging worden genomen. Mogelijk kan over enige tijd de vraag hoe in het erkenningstraject om te gaan met kosten en kosteneffectiviteit, opnieuw aan de orde zijn en kunnen dan andere conclusies getrokken worden over de haalbaarheid en wenselijkheid van het opnemen van een vierde niveau van erkenning in het erkenningsstelsel.

Literatuur

- Baal van PH, Brouwer WB, Hoogenveen RT, Feenstra TL (2007). Increasing tobacco taxes: a cheap tool to increase public health. *Health Policy*, vol. 82, no. 0168-8510; 2, pp. 142-152.
- Baal van PHM, Polder JJ, De Wit GA, Hoogenveen RT, Feenstra TL, Boshuizen HC, Engelfriet PM, Brouwer WBF (2008a). Lifetime medical costs of obesity: Prevention no cure for increasing health expenditure. *PLoS Medicine* 2008, 5 (2), pp. 0242-0249 /e29.
- Baal van PH, Berg van den M, Hoogenveen RT, Vijgen SM, Engelfriet PM (2008b) Cost-Effectiveness of a Low-Calorie Diet and Orlistat for Obese Persons: Modeling Long-Term Health Gains through Prevention of Obesity-Related Chronic Diseases. *Value in Health*, no. 1524-4733.
- Bemelmans W, Baal van PH, Wendel-Vos W, Schuit J, Feskens E, Ament A, Hoogenveen R (2008). The costs, effects and cost-effectiveness of counteracting overweight on a population level. A scientific base for policy targets for the Dutch national plan for action. *Preventive medicine*, vol. 46, no. 0091-7435; 2, pp. 127-132.
- Briggs A, Claxton K, Sculpher M (2006). *Decision modeling for health economic evaluation*. Oxford: Oxford University Press.
- CVZ (2006). Richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek, geactualiseerde versie [Guidelines for pharmacoeconomic research]. College voor zorgverzekeringen, Diemen. (available at <http://www.cvz.nl/resources/>).
- Drummond MF, Sculpher MJ, Torrance GW, O'Brien BJ, Stoddart GL (2005). *Methods for the economic evaluation of health care programmes*. Third edition, Oxford University press.
- Eussen SR, Feenstra TL, Toxopeus IB, Hoekstra J, Klungel OH, Verhagen H, van Kranen HJ, Rompelberg CJ (2011). Costs and health effects of adding functional foods containing phytosterols/-stanols to statin therapy in the prevention of cardiovascular disease. *Eur J Pharmacol*, vol. 668 Suppl 1: pp. S91-S100.
- Feenstra TL, Baal van PHM, Hoogenveen RT, Vijgen SMC, Stolk E, Bemelmans WJE (2005a). Cost-effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in the Netherlands. An application of the RIVM Chronic Disease Model. Rapport 260601003, RIVM, Bilthoven.
- Feenstra TL, Hamberg-van Reenen HH, Hoogenveen RT, Rutten-van Molken MPMH (2005b). Cost-effectiveness of face-to-face smoking cessation interventions: A dynamic modeling study. *Value in Health*, vol. 8, no. 3, pp. 178-190.
- Gils van PF, Tariq L, Verschuuren M, Van den Berg M (2011). Cost-effectiveness research on preventive interventions: a survey of the publications in 2008. *Eur J Public Health* 2011; 21: 260-4.
- Hakkaart-van Roijen L, Tan SS, Bouwmans CAM (2010). Handleiding voor kostenonderzoek. Methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg. College voor Zorgverzekeringen, Diemen.
- Jacobs-van der Bruggen MAM, Bos G, Bemelmans WJ, Hoogenveen RT, Vijgen SM, Baan CA (2007). Lifestyle interventions are cost-effective in people with different levels of diabetes risk: results from a modeling study, *Diabetes care*, vol. 30, no. 0149-5992; 1, pp. 128-134.
- Jacobs-van der Bruggen MAM, Engelfriet PM, Hoogenveen RT, Van Baal PH, Struijs JN, Verschuren WM, Smit HA, Baan CA (2008). Lipid-lowering treatment for all could substantially reduce the burden of macrovascular complications of diabetes patients in the Netherlands. *Eur.J.Cardiovasc.Prev.Rehabil.*, vol. 15, no. 1741-8267; 5, pp. 521-525.
- Jacobs-van der Bruggen MAM, Van Baal PH, Hoogenveen RT, Feenstra TL, Briggs AH, Lawson K, Feskens EJM, Baan CA (2009). Cost-Effectiveness of Lifestyle

- Modification in Diabetic Patients. *Diabetes care*, vol. 32, no. 8, pp. 1453-1458.
- Knies S, Ament AJ, Evers SM, Severens JL (2009). The transferability of economic evaluations: testing the model of Welte. *Value in Health*.12(5):730-8.
- Kok L, Engelfriet P, Jacobs-van der Bruggen MAM, Hoogenveen RT, Boshuizen HC, Verschuren MW (2009). The cost-effectiveness of implementing a new guideline for cardiovascular risk management in primary care in the Netherlands. *Eur.J.Cardiovasc.Prev.Rehabil.no.* 1741-8275.
- Lanting LC, Zwikker MC, Kuiper JI, Adriaensens L, Kok MO, Van Dale D (2012). Evaluatie van het erkenningstraject voor interventies. Een gezamenlijk initiatief van het Nederlands Jeugdinstituut, het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid en het RIVM Centrum voor Gezond Leven. RIVM-rapport 255001004, RIVM, Bilthoven.
- Pang F (2002). Design, analysis and presentation of multinational economic studies: the need for guidance. *PharmacoEconomics*, vol. 20, no. 1170-7690; 2, pp. 75-90.
- Poos MJJC, Smit JM, Groen J, Kommer GJ, Slobbe LCJ (2008). Kosten van ziekten in Nederland 2005. RIVM-rapport 270751019, RIVM, Bilthoven.
- Regieraad Kwaliteit van Zorg (2011). Gaan richtlijnen en doelmatigheid samen? Den Haag: Regieraad.
- Ronckers ET, Groot W, Steenbakkers M, Ruland E, Ament A (2006). Costs of the 'Hartslag Limburg' community heart health intervention. *BMC public health*, vol. 6, no. 1471-2458; pp. 51.
- Rutten-van Mólken M, Uyl-de Groot C, Rutten F (2010). Van kosten tot effecten. Een handleiding voor evaluatiestudies in de gezondheidszorg. 2e herziene druk, Elsevier Gezondheidszorg, Amsterdam.
- Sculpher M, Fenwick E, Claxton K (2000). Assessing quality in decision analytic cost-effectiveness models. A suggested framework and example of application. *PharmacoEconomics*, vol. 17, no. 5, pp. 461-477.
- Taylor RS, Drummond MF, Salkeld G, Sullivan SD (2004). Inclusion of cost effectiveness in licensing requirements of new drugs: the fourth hurdle. *BMJ* 2004;329: 972-5.
- Vemer P, Rutten-van Molken MPMH, Kaper J, Hoogenveen RT, Van Schayck CP, Feenstra TL (2010). If you try to stop smoking, should we pay for it? The cost-utility of reimbursing smoking cessation support in the Netherlands. *Addiction*, vol. 105, no. 6, pp. 1088-1097.
- Vijgen SMC, Van Baal PHM, Hoogenveen RT, De Wit GA, Feenstra TL (2008). Cost-effectiveness analyses of health promotion programs: a case study of smoking prevention and cessation among Dutch students. *Health education research*, vol. 23, no. 2, pp. 310-318.
- Vos T, Carter R, Barendregt J, Mihalopoulos C, Veerman L, Magnus AC, Cobiac L, Bertram M, Wallace A (2010). For the ACE Prevention team, Assessing Cost-effectiveness in Prevention (ACE-Prevention): Final Report. University of Queensland, Brisbane and Deakin University, Melbourne.
- Welte R, Feenstra T, Jager H, Leidl R (2004). A decision chart for assessing and improving the transferability of economic evaluation results between countries. *PharmacoEconomics*, vol. 22, no. 13, pp. 857-876.
- Wit de GA, Tariq L, Van Gils PF, Panneman M (2011). Van euro tot effect. Handleiding voor economisch evaluatieonderzoek bij gezondheidsbevordering. Stichting Consument en Veiligheid, Amsterdam / RIVM, Bilthoven.

Bijlage 1. Een aanzet tot het meer gestructureerd ontsluiten van informatie over kosten en/of kosteneffectiviteit

De bijlage bestaat uit drie onderdelen: kosten, kosteneffectiviteit en circumstantial evidence. Voor de eerste twee onderdelen worden verschillende niveaus beschreven waarin de informatie kan worden uitgevraagd, namelijk een basisniveau (a) en een niveau dat voldoet aan de huidige stand van wetenschap (b).

Onderdeel 1. Kosten

Is er informatie bekend over de kosten van het programma?

a. Basisinformatie

Vanuit welk gezichtspunt zijn de kosten berekend? (Voorbeeld: verzekeraar, gemeente, samenleving als geheel, deelnemer)

Hoe hoog waren de kosten?

Voor welk jaar geldt dit?

Wat is allemaal meegenomen in de berekening? (voorbeeld: materiaal, tijd begeleider, reistijd deelnemers)

b. Uitgebreide informatie

Hoe zijn de kosten berekend? Geef zoveel mogelijk details, bijvoorbeeld aan de hand van onderstaande vragen:

Wat was de inzet van menskracht en materiaal?

Welke eenheidsprijzen zijn gebruikt?

Een te ontwikkelen invultabel kan richtinggevend zijn voor het systematisch ontsluiten van kosteninformatie.

Onderdeel 2. Doelmatigheid/kosteneffectiviteit

Is het programma geëvalueerd op doelmatigheid/kosteneffectiviteit? Bij 'nee' kan de rest van dit onderdeel worden overgeslagen.

a. Basisinformatie

Wat zijn de kosten van het programma? (zie ook onderdeel 1)

Wat is de gezondheidswinst? (bijvoorbeeld in QALY's, of in kilo's gewichtsverlies)

Hoe is deze bepaald?

Wat is de kosteneffectiviteit?

Welk perspectief is hierbij gebruikt?

Wat was de tijdshorizon?

Welke disconto's zijn gebruikt voor toekomstige kosten en voor gezondheidswinst in de toekomst?

Is er een publicatie/referentie?

b. Uitgebreide informatie

Vul de checklist van Drummond in (Drummond et al., 2005).

Onderdeel 3. Circumstantial evidence

Zijn er andere aanwijzingen dan een eigen evaluatie die aanwijzingen geven over de doelmatigheid van de huidige interventie?

a. Uit de literatuur in Nederland

Zijn vergelijkbare programma's in Nederland geëvalueerd op doelmatigheid /kosteneffectiviteit? Wat was het resultaat van deze evaluaties?
Programma's zijn vergelijkbaar wanneer ze ongeveer dezelfde inspanning in menskracht en materiaal vereisen en ongeveer dezelfde inhoud hebben.

b. Uit internationale literatuur

Zijn vergelijkbare programma's in het buitenland geëvalueerd op doelmatigheid /kosteneffectiviteit? Wat was het resultaat van deze evaluaties?
Programma's zijn vergelijkbaar wanneer ze ongeveer dezelfde inspanning in menskracht en materiaal vereisen en ongeveer dezelfde inhoud hebben. Geef tevens aan in hoeverre de situatie in het betreffende land overeenkomt met de Nederlandse setting. Zie de aandachtspunten hieronder.

c. Uit schattingen op basis van kengetallen.

Is er informatie over de effecten op tussenuitkomsten zoals alcoholinname, bloeddruk, lichamelijke activiteit, roken? Wat waren de resultaten voor deze tussenuitkomsten? Wat is op basis daarvan een eerste schatting van de doelmatigheid?
Hiervoor zijn aanvullende tabellen met kengetallen nodig die ontwikkeld zouden moeten worden.

Bij onderdeel 3 b. Aandachtspunten bij circumstantial evidence uit internationale literatuur

In welk land is de studie uitgevoerd en in welk jaar? Welk programma is geëvalueerd? En wat waren de resultaten? Bepaal eventueel de kosteneffectiviteit in euro's, door gebruik van zogeheten PPP (Purchasing Power Parity) omrekenkoersen.
Geef bij voorkeur een inventarisatie van mogelijke verschillen tussen het geëvalueerde programma en het huidige programma en de consequenties daarvan voor de kosteneffectiviteit, gebruik hiervoor het schema van Welte (Welte et al., 2004; Knies et al., 2009).

Bijlage 2 Achtergrondinformatie over 'best practices' voor het aanbieden van informatie over kosten en kosteneffectiviteit en over de rol van 'circumstantial evidence'

Best practices kosten van interventies

Vooraf voor het ontsluiten van kosten zijn er internationaal verschillende voorbeelden beschikbaar. De WHO heeft voor haar project CHOICE uitgebreide tabellen samengesteld, die de mogelijkheid bieden om zowel vanuit een meer boekhoudkundig perspectief (budgetimpact) als vanuit een economisch perspectief naar de kosten van een programma te kijken. Nadeel is dat de tabellen groot zijn en het invullen niet zonder nadere toelichting zal kunnen gebeuren. (<http://www.who.int/choice/en/>). Wel kunnen de tabellen uit dit project gebruikt worden ter inspiratie bij het ontwerpen van invultabellen die aangepast zijn aan de Nederlandse situatie en specifiek gericht zijn op gezondheidsbevorderende interventies en interventies gericht op jeugd. Het Britse NICE publiceert bij zijn richtlijnen een zogeheten 'costing sheet'. Dit zijn invultabellen waarmee kostenschattingen gemaakt kunnen worden (<http://www.nice.org.uk/>). De tabellen zijn uiteraard toegespitst op de Britse situatie. Voor steeds meer vormen van preventie is een NICE-richtlijn beschikbaar, met de bijbehorende kosteneffectiviteitsstudies en kostenschattingen. Voorbeelden zijn de richtlijnen voor tabaksontmoediging en preventie van overmatig alcoholgebruik.

Voor Nederland biedt de handleiding kostenonderzoek bij economische evaluatiestudies in de gezondheidszorg ook een goed handvat hoe de kosten van programma's te schatten (Hakkaart-van Roijen et al., 2010). Nadeel kan zijn dat deze handleiding duidelijk gericht is op programma's in de gezondheidszorg en minder aandacht besteedt aan kosten buiten de zorg, zoals schoolprogramma's of jeugdzorg. Hier kunnen algemene richtlijnen en standaarden voor kosten-baten studies uitkomst bieden. Ook is een handleiding voor economische evaluaties van gezondheidsbevordering gepubliceerd door Consument en Veiligheid en het RIVM (De Wit et al., 2011). De aanbevelingen uit diverse handleidingen zouden verwerkt kunnen worden tot specifieke Nederlandse invultabellen voor kosten, gericht op interventies in de settings wijk, werk, gemeente en scholen.

Nadeel van deze best practices kan zijn dat het stuk voor stuk tamelijk uitgebreide tabellen betreft die tijdrovend kunnen zijn om in te vullen. Voor gebruik bij de database zou een overzichtelijker en eenvoudiger in te vullen tabel een eerste indruk van de kosten kunnen geven.

Lange termijn gevolgen voor de kosten van zorg

Een volledige economische evaluatie zal niet alleen aandacht besteden aan de interventiekosten (de kosten per deelnemer), maar ook aan de langetermijngevolgen voor de kosten van zorg. Bijvoorbeeld wanneer er meer mensen stoppen met roken door een interventie, dan kan dit besparingen opleveren in kosten van hart- en vaatziekten. Ook kunnen er hogere kosten voor bijvoorbeeld dementie komen op de lange termijn, omdat meer mensen ouder worden en niet voortijdig aan longkanker overlijden. Deze kosten kunnen alleen worden ingeschat voor interventies waarvoor een economische evaluatie is uitgevoerd met een voldoende lange tijdshorizon. Vaak vraagt dit om gebruik van simulatiemodellen, zoals het RIVM-Chronische Ziekten Model.

Best practices kosteneffectiviteit

Deze zijn uitgebreid beschreven in hoofdstuk 2. Het bleek dat eigenlijk vooral de evaluaties door het Britse NICE een goed voorbeeld zijn. Bijlage 1 geeft twee mogelijkheden om informatie over de kosteneffectiviteit gestructureerd uit te vragen. In de huidige praktijk zal er voor de interventies uit de I-database maar heel zelden een eigen kosteneffectiviteitsstudie beschikbaar zijn.

De rol van circumstantial evidence

Het is niet altijd nodig dat een programma zelf is geëvalueerd. Ook ander, indirect, bewijs kan helpen een doelmatigheidsclaim te ondersteunen. Zo is uit Nederlands onderzoek informatie beschikbaar over de relatie tussen verbeteringen in risicogedrag (bijvoorbeeld roken of te weinig bewegen) en gemiddelde gezondheidswinst en effecten op kosten van zorg. Als de interventie een bewezen effect op het risicogedrag heeft, bijvoorbeeld een percentage rokers dat stopt of extra beweging, en daarnaast bekend is wat de programmakosten zijn, dan is door combinatie met informatie over effecten van minder risicogedrag een ruwe schatting te maken van de doelmatigheid. Het zou mogelijk zijn om een tabel te maken met schattingen van de langetermijngezondheidswinst, gerelateerd aan een bepaalde verbetering in het risicogedrag, ter ondersteuning van de eigenaren bij het schatten van de doelmatigheid van hun interventies.

Een andere vorm van indirect bewijs zijn evaluatiestudies van vergelijkbare interventies. Dan is er een indicatie van de doelmatigheid op basis van Nederlandse of buitenlandse evaluaties van de doelmatigheid van interventies met een vergelijkbaar effect en vergelijkbare of hogere kosten. Eerder kosteneffectiviteitsonderzoek dat gedaan is met het RIVM-Chronische Ziekten Model is relevant voor de Nederlandse situatie en gaat over de onderwerpen tabaksontmoediging, overgewicht en lichamelijke activiteit, bloeddruk en cholesterol (Vemer et al., 2010; Jacobs-van der Bruggen et al., 2009; Kok et al., 2009; Bemelmans et al., 2008; Jacobs-van der Bruggen et al., 2008; Van Baal et al., 2008a; Vijgen et al., 2008; Jacobs-van der Bruggen et al., 2007; Van Baal et al., 2007; Feenstra et al., 2005a en b; Eussen et al., 2011).

Nuttige bronnen van internationale studies zijn: het WHO CHOICE-project, de richtlijnen van NICE, de studies die zijn beschreven in de RIVM-database Kosteneffectiviteit van preventie, en de studies uitgevoerd in het kader van (ACE) Assessing Cost Effectiveness in Prevention in Australië (Vos et al., 2010). Deze laatste betreffen een hele reeks evaluaties, inclusief onzekerheidsanalyse en budgetimpact schatting, uiteraard voor de Australische situatie. De onderwerpen betreffen onder andere: overgewicht, alcohol, tabak, lichamelijke activiteit, voeding, bloeddruk en cholesterol, hart-vaatziekte, diverse vaccinatieprogramma's, en psychische aandoeningen.

De indiener kan er zelf voor kiezen om informatie te verstrekken over internationale evaluaties van vergelijkbare programma's. Wanneer dit gebeurt dan moet deze informatie wel worden meegenomen in de toetsing.

Belangrijk hierbij is dat buitenlandse studies niet te vertalen zijn naar Nederland, zonder expliciet aandacht te besteden aan verschillen in kostenstructuur en epidemiologie. Er zijn namelijk internationaal grote verschillen in de organisatie van preventie, jeugdzorg en gezondheidszorg, en daardoor lopen bijvoorbeeld de kosten van verschillende professionals of de besparingen dankzij een afname in ziekenhuisopnames uiteen (Welte et al., 2004; Pang, 2002; Knies et al., 2009)

Ook vertonen sommige vormen van ongezond gedrag internationaal grote variaties, met gevolgen voor de effectiviteit van programma's. Het is duidelijk dat tabaksontmoedigingsprogramma's andere effecten hebben in een land waar 40% van de bevolking rookt dan in een land waar 20% van de bevolking rookt, nog afgezien van culturele verschillen. Welte en collega's (2004) geven een gestructureerd overzicht van alle aandachtspunten bij het vertalen van de resultaten uit een internationale economische evaluatie naar de eigen situatie.

Eigenlijk gelden deze aandachtspunten ook bij het vertalen van de resultaten van een evaluatie in een bepaalde gemeente naar de eigen setting, alleen zullen de verschillen vaak minder groot zijn en is de vertaalslag daardoor een stuk makkelijker en beter verantwoord te maken. Zo zijn bijvoorbeeld de kosten en effecten bekend voor een community program ter verbetering van de leefstijl uit een evaluatie uitgevoerd in Zuid-Limburg. Het is duidelijk dat beleidsmakers in Noord-Holland de evaluatie moeten vertalen naar hun eigen situatie, om de waarde van de resultaten goed in te schatten. In Limburg is bijvoorbeeld een ander effect te verwachten van een programmaonderdeel dat fietsen over korte afstanden stimuleert. Limburgers fietsen veel minder en het landschap in Noord-Holland verschilt van dat in Zuid-Limburg wat de mogelijkheden om te fietsen beïnvloedt.

Dit is een uitgave van:

**Rijksinstituut voor Volksgezondheid
en Milieu**

Postbus 1 | 3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl