



Presentatie van Dr. Matthijs van den Berg (RIVM)

Voedingsmaatregelen zijn vaak zeer kosteneffectief

‘Over het algemeen laten voedingsmaatregelen een hele gunstige verhouding zien tussen kosten en effecten’, aldus dr. Matthijs van den Berg, hoofd afdeling Preventie en Voeding van het RIVM. Wel benadrukte hij dat het belangrijk is om de aannames, die vaak nodig zijn in kosteneffectiviteitsanalyses, kritisch onder de loep te nemen.

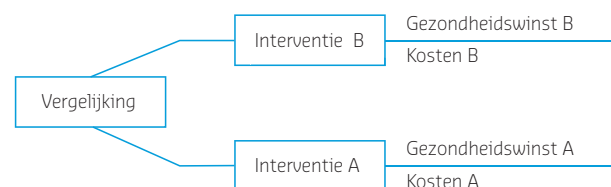
Voordat een preventieve maatregel, zoals bijvoorbeeld Schoolgruiten of verhoging van accijns op sigaretten, wordt ingevoerd, moet er onderbouwing zijn voor de effectiviteit. Maar effectiviteit alleen is niet voldoende. De te verwachten kosten en baten moeten ook met elkaar in balans zijn. Dr. Matthijs van den Berg: ‘Kosteneffectiviteit speelt een steeds belangrijkere rol in preventie en zorg. Bij het opstellen van richtlijnen in de zorg wordt kosteneffectiviteit steeds vaker meegenomen en het is één van de criteria die de Gezondheidsraad hanteert voor de invoering van screeningen en vaccinaties.’ Het beleid van het ministerie van VWS is erop gericht om veelbelovende interventies te onderzoeken op kosteneffectiviteit. Bewezen kosteneffectieve interventies zouden in principe vergoed of gefinancierd moeten worden, maar is ook afhankelijk van bijvoorbeeld budgettaire afwegingen. Dat laatste klinkt wellicht vreemd, maar Van den Berg benadrukt dat kosteneffectiviteit niet hetzelfde is als kostenbesparing. Bij kosteneffectiviteit gaat het over gezondheidswinst en of de kosten in verhouding staan tot de te verwachten effecten. Dat hoeft niet gelijk te zijn aan kostenbesparing. Iemand die door voedingsmaatregelen een langer leven leidt, zal de zorg uiteindelijk meer geld kosten.

Wanneer is een maatregel kosteneffectief?

In een kosteneffectiviteitsanalyse worden de kosten en baten van 2 maatregelen vergeleken. Meestal wordt een nieuwe maatregel vergeleken met de gangbare praktijk of met niet ingrijpen. Het resultaat is een incrementele kosteneffectiviteitsratio (figuur 1). Van den Berg: ‘Een maatregel die minder

kost en meer effect oplevert, is sowieso de moeite waard om in te voeren. En van een maatregel die meer kost en minder effect oplevert, is duidelijk dat je het niet moet doen.’ Maar wat te doen met maatregelen die minder effectief, maar wel goedkoper zijn? Of die duurder, maar wel effectiever zijn? (figuur 2) Dat hangt ervan af hoeveel we bereid zijn te betalen voor gezondheid. Hoeveel mag een extra levensjaar in goede gezondheid (QALY, zie kader) kosten? Van den Berg: ‘Sommige landen hanteren hier een grenswaarde voor. In Groot-Brittannië is dat 20.000 à 30.000 pond per gewonnen levensjaar en in de Verenigde Staten 50.000 dollar. In Nederland is 20.000 euro per QALY een vaakgenoemde en informele grenswaarde. Maar gezien de waarde die mensen hechten aan gezondheid, is 50.000-80.000 euro waarschijnlijk reëler.’ (1)

Incrementele Kosteneffectiviteitsratio (ICER) =



$$\frac{\text{kosten B} - \text{kosten A}}{\text{effecten B} - \text{effecten A}}$$

Figuur 1. De Incrementele Kosteneffectiviteitsratio (ICER) vergelijkt de kosten en baten van 2 maatregelen.

‘Er zijn meer overwegingen dan alleen kosteneffectiviteit. Is er bijvoorbeeld draagvlak voor een maatregel?’

QALY en DALY

QALY staat voor quality-adjusted life year. QALY's zijn het aantal jaren dat iemand leeft in goede gezondheid.

DALY staat voor disability-adjusted life year. DALY's zijn het aantal jaren dat iemand verliest door vroegtijdige sterfte en ziekte.

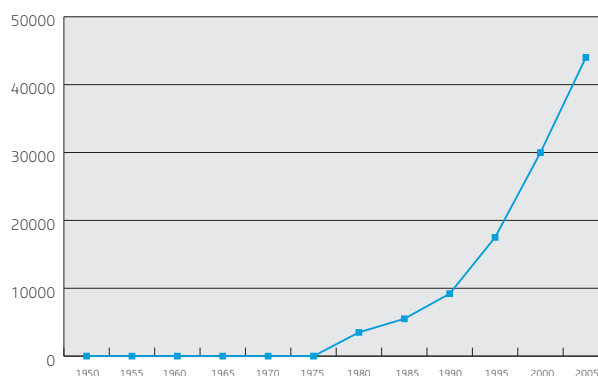
Kosteneffectiviteit is hot

De laatste jaren is het aantal kosteneffectiviteitsstudies van preventieve maatregelen en leefstijlinterventies exponentieel gestegen (figuur 3). In een online literatuurdatabase, “Kosten-effectiviteit van preventie” genoemd, heeft het RIVM een overzicht gemaakt van kosteneffectiviteitsanalyses van preventieve interventies die sinds 2005 zijn verschenen (2). Van den Berg: ‘Ook op het gebied van voeding verschijnen steeds meer economische evaluaties. Hoewel het aantal op dit gebied nog tegenvalt, is het merendeel wel zeer kosteneffectief.’ In zijn presentatie noemde hij een paar voorbeelden.

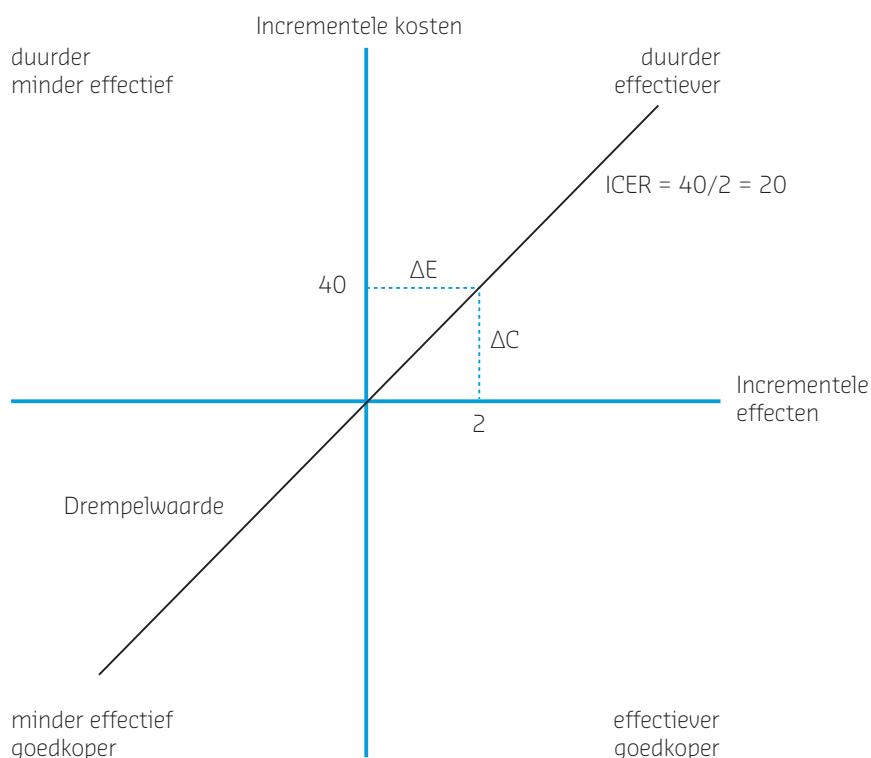
Een daarvan was Schoolgruiten, een stimuleringsprogramma voor het eten van groenten en fruit op de basisschool. Onderzoekers van het VU Medisch Centrum hebben hiervoor een kosteneffectiviteitsanalyse uitgevoerd, waarbij gerekend is met DALY's (zie kader)(3). Schoolgruiten resulteert bij kinderen in een toename van de consumptie van groenten en fruit met 0,2 porties per dag. De onderzoekers nemen aan dat 30% van deze toename in consumptie beklijft, waarmee over een levenslange tijdshorizon ruim 300 DALY's per 100.000 kinderen kunnen worden voorkomen. De kosten per voorkomen DALY bedragen dan 14.000 euro. Van den Berg: ‘De kosteneffectiviteit van



Schoolgruiten is bijzonder gunstig. Maar de aanname dat 30% beklijft is niet hard te maken en wel van grote invloed op de uitkomst.’



Figuur 3. Het aantal publicaties over kosteneffectiviteit in PubMed neemt exponentieel toe.



Figuur 2. De incrementele effecten (in QALY's) uitgezet tegen de incrementele kosten (in 10.000 euro). De helling van de schuine lijn geeft de drempelwaarde aan; hier 20.000 euro per QALY. Waarden onder deze lijn worden dan als kosteneffectief beschouwd.

Zowel vrijwillige afspraken als zouttax zijn kosteneffectief

Een ander voorbeeld is zoutreductie. In de Verenigde Staten is de kosteneffectiviteit geanalyseerd van 2 maatregelen: vrijwillige afspraken tussen de industrie en de overheid (zelfregulatie) en zoutbelasting (4). De onderzoekers nemen aan dat zelfregulatie leidt tot een 10% lagere zoutinname. Dat zou dan bij de huidige volwassenen vanaf 40 jaar gedurende een levenslange tijdshorizon 2 miljoen QALYs op kunnen leveren en een besparing aan zorgkosten van 32 miljard dollar. Ook zoutbelasting laat gunstige effecten zien. Uitgaande van een prijsverhoging van 40%, zou een daling van 6% in zoutinname kunnen betekenen. In dezelfde periode (vanaf 40 jaar) zou dat 1,3 miljoen QALY's opleveren en een kostenbesparing van 22 miljard dollar. Van den Berg: 'Beide maatregelen zijn "dominant": ze gaan gepaard met zowel gezondheidswinst als een behoorlijke kostenbesparing in de zorg. Maar let op, niet alle relevante kosten zijn meegenomen in deze studie.' Ook een junkfoodtax (belasting op ongezonde voeding) en labelling volgens het stoplichtsysteem zijn volgens een Australische kosteneffectiviteitsanalyse dominant (5). Bij de junkfoodtax gaan de onderzoekers uit van een prijsverhoging van 10% op bepaalde productgroepen, zoals snacks, frisdranken en gebak. Hiermee zou de consumptie van deze producten dalen, wat naar schatting leidt tot een 1,6 kg lager lichaamsgewicht van de bevolking. En dat zou op de lange termijn in Australië 560.000 DALY's kunnen voorkomen met een kostenbesparing van 5550 miljoen Australische dollars.

Voorzichtigheid geboden

Het lijkt erop dat voedingsmaatregelen zeer kosteneffectief zijn, omdat de meeste beschikbare studies een gunstige verhouding tussen kosten en baten laten zien. Moeten kosteneffectieve maatregelen ook altijd worden ingevoerd? Van den

Berg: 'Er zijn meer overwegingen dan alleen kosteneffectiviteit. Is er bijvoorbeeld draagvlak voor een maatregel?' Verder maant Van den Berg tot voorzichtigheid bij de interpretatie van uitkomsten: 'Kosteneffectiviteitsanalyses van voedingsmaatregelen zijn bijna altijd modelstudies. De gezondheidseffecten liggen immers ver in de toekomst en effectstudies hebben meestal een korte tijdshorizon. De aannames die daarbij gedaan moeten worden, bijvoorbeeld over langetermijneffecten van een interventie en deelnamebereidheid, hebben vaak een grote invloed op de uitkomst. Soms zijn de aannames zelfs allesbepalend. Het is dus van belang deze aannames kritisch te bekijken en er zou meer onderzoek moeten komen om de aannames beter te onderbouwen.'(6)

• Angela Severs

[literatuur]

1. Van Gils PF, Schoemaker CG and Polder JJ. Hoeveel mag een gewonnen levensjaar kosten? Onderzoek naar de waardering van de QALY. Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157:A6507
2. <http://kosteneffectiviteit-preventie.rivm.nl/>
3. Te Velde SJ, Lennert Veerman J, Tak NI et al. Modeling the long term health outcomes and cost-effectiveness of two interventions promoting fruit and vegetable intake among schoolchildren. Econ Hum Biol. 2011;9(1):14-22
4. Smith-Spangler CM, Juusola JL, Enns EA et al. Population strategies to decrease sodium intake and the burden of cardiovascular disease: a cost-effectiveness analysis. Ann Intern Med. 2010;152(8):481-7
5. Sacks G, Veerman JL, Moodie M et al. 'Traffic-light' nutrition labelling and 'junk-food' tax: a modelled comparison of cost-effectiveness for obesity prevention. Int J Obes (Lond). 2011;35(7):1001-9
6. Van den Berg M, Hamberg-van Reenen HH and Schoemaker CG. Kosteneffectiviteit: euro's per QALY is niet genoeg. Ned Tijdschr Geneesk. 2012;156:A3817

