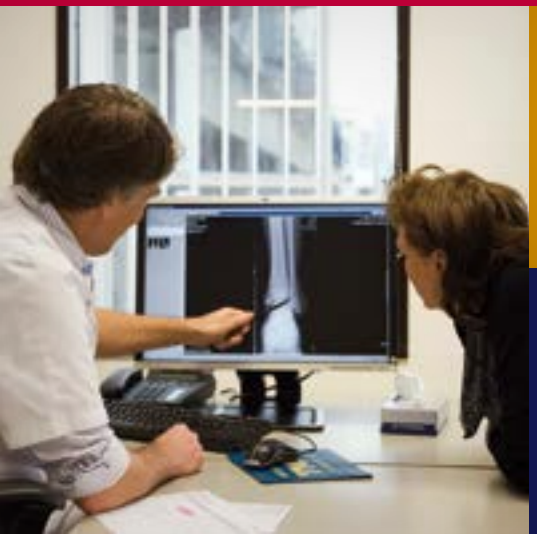
Symposium:
Sturen op kosten in de zorg



Patiënt, professional, politiek?

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

NFU
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA

Symposium: Sturen op kosten in de zorg

Patiënt, professional, politiek?
6 september 2013

Inhoud

1 Inleiding 6

2 Patiënt 12

3 Professional 20

4 Politiek 28

5 Plenaire discussie 36

6 Beschouwing 40

Bijlage: Overzicht van sprekers 42

1 Inleiding

Op 6 september 2013 is een symposium gehouden over de noodzaak de zorguitgaven terug te dringen. Dit symposium is georganiseerd door het consortium Kwaliteit van Zorg van de Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU) en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Ongeveer 140 deelnemers hebben zich in het Spoorwegmuseum gebogen over de centrale vragen: Moeten we kosten meewegen in de beslissing of we zorg aan individuele patiënten al dan niet verlenen? En zo ja, wie moet dat doen: de patiënt, de professional of de politiek?

Het zijn geen nieuwe vragen, we praten er al jaren over. De NFU en RVZ hopen dan ook dat het symposium praktische voorstellen oplevert, waarmee we daadwerkelijk verder komen in het beheersen van de zorguitgaven. Ferry Breedveld, voorzitter van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg, spreekt over het onvermogen van alle partijen om de zorgkosten te verlagen. De politiek wijst naar de professionals, en de professionals naar de politiek. En de patiënt? Die is nog niet echt een gesprekspartner als het over kosten gaat. Hoe komen we uit deze houdgreep? Tijdens het symposium laten de verschillende sprekers hun licht hierover schijnen.

Waarom dit symposium?
Ons zorgstelsel staat onder druk. De uitgaven lopen snel op en hebben hun top nog niet bereikt. Nederland staat op de tweede plaats van een tiental westerse landen als het gaat om het percentage van het bruto nationaal product dat aan zorg wordt besteed. De groei van de zorguitgaven is bovendien sterker dan in andere landen. De zorguitgaven zullen daarom hoe dan ook moeten worden teruggedrongen, terwijl tegelijkertijd een rechtvaardige verdeling van de beschikbare middelen moet worden gewaarborgd. Op grond van de wet heeft iedere Nederlander immers evenveel recht op goede zorg. Het gaat dus over de houdbaarheid van het zorgstelsel dat gebaseerd is op solidariteit.

Er zijn allerlei maatregelen bedacht en doorgevoerd om de kosten te beheersen, zoals efficiënter werken, het hanteren van maximumbudgetten, een hogere eigen bijdrage en risico, en een kleiner zorgpakket. Bovendien is in 2006 het zorgstelsel vernieuwd, waardoor er meer ruimte is voor marktwerking en een scherpere zorginkoop. En toch is het niet genoeg. We moeten nieuwe oplossingen bedenken én op korte termijn doorvoeren. Het in 2013 gesloten zorgakkoord onderstreept de urgentie. In dit akkoord hebben professionals, zorginstellingen, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties zich tot taak gesteld de kosten van de curatieve zorg met € 1 miljard per jaar te beheersen.

Focus

Het symposium richt zich op de besluitvorming over de verlening van curatieve zorg aan individuele patiënten, en de vraag of en hoe kostenoverwegingen hierin een plaats kunnen of moeten krijgen om mede daardoor de zorgkosten te beheersen.

Besluitvorming in de spreekkamer
De besluitvorming over de zorgverlening aan individuele patiënten vindt plaats in de spreekkamer. Reden temeer om na te gaan of kostenoverwegingen in de spreekkamer

mogelijk en wenselijk zijn. Is het moreel verantwoord voor een arts om daarover te beginnen tegenover een patiënt? Of zou het een heel normaal onderdeel moeten zijn van de gezamenlijke besluitvorming tussen arts en patiënt? En: is het effectief?

Besluitvorming door professionals en politiek
Beslissingen over al dan niet behandelen moeten voldoen aan de professionele standaarden en richtlijnen, vaak opgesteld door professionals. Daarnaast vindt de besluitvorming in de spreekkamer plaats binnen het kader van wettelijke aanspraken (het verzekerde pakket) en financiële grenzen (het budgettair kader zorg) die de overheid stelt. Daarbij spelen zorgverzekeraars als zorginkopers ook een belangrijke rol. Idealiter ondersteunt dit kader de besluitvorming in de spreekkamer. Waar liggen mogelijkheden tot verbetering en welke dilemma's zijn daarbij aan de orde?

Kosteneffectiviteit en QALY

In een kosteneffectiviteitsanalyse worden de kosten en de effectiviteit van twee behandelingen met elkaar vergeleken. Het verschil in kosten wordt afgezet tegen het verschil in effectiviteit. Om het verschil in effectiviteit uit te drukken wordt de eenheid 'QALY' gebruikt. Een Quality Adjusted Live Year is een extra levensjaar, gecorrigeerd voor de kwaliteit van leven. Of kort gezegd: een extra levensjaar in optimale gezondheid. Kosteneffectiviteit is dus een manier om op rationele gronden te bepalen welke behandeling het meeste 'waar voor ons geld' oplevert.

Waar ligt de grens?
'In het geval dat de ene behandeling beter is dan de andere en evenveel kost, of dat de ene even goed is als de andere, maar goedkoper, zal niemand er moeite mee hebben dat er keuzen op basis van kosten gemaakt worden,' zegt prof. dr. Dick Willems, hoogleraar ethiek aan het Academisch Medisch Centrum in Amsterdam (AMC) en raadslid van de RVZ. 'Het probleem ontstaat in situaties waarin de ene behandeling (iets) minder goed is dan de andere, maar wel veel goedkoper, of als de behandeling iets beter is, maar veel duurder.'

Een flexibele grens
Prof. dr. Andrew Stevens, voorzitter van de NICE Appraisal Committee, komt met zijn presentatie direct tot de kern van de zaak: het stellen van een grens aan de uitgaven voor individuele zorgverlening. Engeland heeft veel ervaring met het toetsen van nieuwe medische technologieën

op kosteneffectiviteit, zoals intramurale geneesmiddelen, hulpmiddelen en nieuwe operatietechnieken. En ook met reacties uit de maatschappij op beslissingen over het al dan niet vergoeden ervan. ‘Soms wordt het publiek erg boos, niet alleen bij een negatief oordeel, maar ook als het positief uitvalt. Dat laatste was bijvoorbeeld het geval toen NICE besloot om anticonceptie te vergoeden.’

De grens wordt in het Verenigd Koninkrijk meer gebruikt als noodzaak om de (hoge) kosten van iedere nieuwe effectieve technologie te bespreken en te verantwoorden, dan als een rigide regel waarmee technologieën wel of niet vergoed worden. Na de assessmentfase, waarin een wetenschappelijk oordeel wordt geveld over de kosteneffectiviteit, volgt de appraisalfase, waarin in brede kring het oordeel van NICE wordt gewogen en uiteindelijk (al dan niet) geaccepteerd.

QALY in Engeland

Het National Institute for Health and Care Excellence (NICE) hanteert een grens, Andrew Stevens noemt het een ‘blurred line’, tussen de £ 20.000 en £ 30.000 per QALY. Als de kosten van een nieuwe technologie in dit grijze gebied vallen, dan wordt de kosteneffectiviteit nader onder de loep genomen. Zijn de kosten hoger dan £ 30.000 pond, dan wordt de technologie alleen vergoed als daar een goede motivatie voor is. Deze grens wordt zeer flexibel toegepast. Daarna volgt de appraisalfase, waarin een commissie van dertig deskundigen die beslissing beoordeelt ‘op maatschappelijke gronden’. In deze commissie zitten verschillende deskundigen, zoals gezondheidseconomen, vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties en artsen. Tegen de beslissing kan bezwaar gemaakt worden, en daarna kan men ook nog naar de rechter gaan.

Uit: *Utilizing QALYs in Practice: The Experience in Great Britain*. Presentatie van prof. dr. Andrew Stevens, professor of Public Health at the University of Birmingham, Chairman of the NICE Appraisal Committee and of the Working Party on NICE appraisal methods.

Niet alleen de grens is flexibel, NICE zelf verandert ook naar aanleiding van de publieke en politieke opinie. Zo hanteert NICE nu voor geneesmiddelen tegen kanker een grens van £ 50.000 per QALY. ‘Ons voortbestaan staat of valt met het draagvlak van de maatschappij en de politiek.’

QALY in Nederland

In het advies Zinnige en duurzame zorg uit 2006 en Rechtvaardige en Duurzame zorg uit 2007 heeft de RVZ geadviseerd over het meewegen van de kosteneffectiviteit in individuele zorgverlening, maar ook over de rechtvaardigheid daarvan en de ethische aspecten die daarbij een rol spelen. In het eerste rapport heeft de RVZ voorgesteld een de bandbreedte te hanteren van € 10.000 per QALY voor een lage ziektelast tot € 80.000 per QALY voor een hoge ziektelast. De ziektelast is van invloed op de hoogte van de QALY, omdat er een grotere maatschappelijke bereidheid is meer te betalen naarmate de ziekte ernstiger is.

Discussie

PRIJZEN GENEESMIDDELEN

Een van de deelnemers vertelt dat we in Nederland discussiëren over de grens van € 80.000 per QALY die de RVZ voorgesteld heeft. Stevens adviseert strenger te zijn, en met een grens van € 50.000 tot € 70.000 te beginnen. Een andere deelnemer wil graag weten wat het effect is van QALY's op de prijzen van geneesmiddelen. 'Door de open discussie over de kosten van geneesmiddelen, worden de prijzen soms lager,' vertelt Stevens.

DILEMMA

Door de presentatie van Stevens komt het bekende dilemma naar voren: het belang van het individu tegenover het belang van de samenleving. Dit dilemma maakt het enorm moeilijk om antwoord te geven op de ethische kernvraag 'Is het moreel verantwoord om een

dure behandeling niet te verlenen aan een individuele patiënt als die behandeling weinig effectief is voor de hele populatie patiënten?' Vanuit het belang van de individuele patiënt is het antwoord 'nee'. Maar vanuit het belang van de samenleving zou het antwoord 'ja' kunnen zijn. Een onevenredig dure behandeling van één patiënt, of van een groep patiënten, gaat nu eenmaal ten koste van de behandeling van andere patiënten. Of van andere belangrijke zaken in de samenleving, zoals onderwijs, veiligheid en milieu.

Pompe en Fabry

In 2012 heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) in twee conceptadviezen aan de minister van VWS voorgesteld om de vergoeding van de dure medicijnen tegen de ziekten van Pompe en Fabry uit de basisverzekering te halen. Voornaamste reden is de buitengewoon hoge kosten per QALY. Hierop ontstond een brede maatschappelijke discussie over de rechtvaardigheid van deze adviezen. Niet alleen patiënten en artsen, maar ook zorgverzekeraars en de minister vonden dat werkzame medicijnen altijd vergoed moeten worden. Hierop heeft het CVZ beide adviezen bijgesteld. Het definitieve advies is om deze geneesmiddelen te vergoeden vanuit een apart, nog op te richten fonds.

De ervaringen in Nederland met Pompe en Fabry worden tijdens de discussie besproken. De maatschappelijke commotie die daarover is ontstaan, is voor veel aanwezigen het bewijs dat de Nederlandse maatschappij nog lang niet toe is aan het stellen van financiële grenzen in de individuele zorgverlening.

In drie casus-presentaties en parallelsessies wordt de rol die de patiënt, professional en politiek kunnen spelen bij het beheersen van de zorguitgaven uitgediept.

2 Patiënt

Het idee om patiënten een rol te geven in het terugdringen van de zorguitgaven is niet nieuw. Tot dusverre is dit echter een indirecte rol. De overheid probeert vooral het gedrag van patiënten te beïnvloeden en onnodig zorggebruik af te remmen door vormen van eigen betalingen.

De participerende patiënt

Er valt veel winst te halen op het gebied van participatie van de patiënt. Een nieuw partnerschap van patiënt en zorgverlener is nodig, waarbij de relatie centraal staat. Voorwaarden voor gezamenlijke besluitvorming zijn onder andere: toegankelijke en betrouwbare gezondheidsinformatie; een beloning door zorgverzekeraars voor gezamenlijke besluitvorming; duidelijke richtlijnen waarin keuzemomenten en behandelopties opgenomen zijn en tot slot training van professionals en patiënten.

Uit: *Sturen op kosten: patiënt, professional, politiek?* Presentatie prof. dr. Didi Braat, hoogleraar Obstetrie en Gynaecologie en Voortplantingsgeneeskunde, afdelingshoofd en opleider Obstetrie en Gynaecologie bij het Radboudumc en vicevoorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

De laatste jaren neemt de aandacht voor (meer) participatie van patiënten in de behandeling toe. Bijvoorbeeld door patiënten te betrekken bij de besluitvorming over de behandeling, ook wel *shared decision making* genoemd. Ook van zelfmanagement wordt veel verwacht. Bieden *shared decision making* en zelfmanagement ook mogelijkheden om de kosteneffectiviteit van verschillende behandelingen met patiënten te bespreken?

Prof. dr. Daniëlle Timmermans, VU Medisch Centrum, brengt het dilemma van het individuele belang tegenover dat van het belang van de samenleving ter sprake: 'Het perspectief van waaruit men een beslissing moet nemen is mede bepalend voor de mening over en de beslissing ten aanzien van financiële beperkingen in de gezondheidszorg. Feitelijk komen zowel de arts als de patiënt in een dubbelrol voor wat betreft het belang van het individu tegenover het belang van het collectief.'

Artsen over het meewegen van kosten

Wat gebeurt er als kostenoverwegingen een rol gaan spelen bij individuele zorg? Uit een enquête onder artsen in 1997 bleek dat 19% van de respondenten vond dat de overheid alles mogelijk moest maken wat in het belang van een enkele patiënt of patiëntengroep was, terwijl 84% van de respondenten het als een taak van zichzelf zag om alles te doen wat mogelijk en in het belang van de patiënt is. 56% vond dat een arts bij de behandeling van een patiënt geen rekening hoeft te houden met de belangen van andere of toekomstige patiënten. Onder belangrijke redenen om behandelingen uit te voeren met een geringe kans van slagen valt ook de discussie en druk van patiënt/familie (15%).
Uit: *Sturen op kosten in de zorg: patiënt, professional, politiek?* Presentatie van prof. dr. Daniëlle Timmermans, hoogleraar Risicocommunicatie en Patiëntenbesluitvorming, afdeling Sociale Geneeskunde, EMGO Instituut, Vrije Universiteit Medisch Centrum (VUmc).

Patiënten zijn niet kostenbewust

Patiënten zijn zeer kostenbewust als het om ziektekostenpremies gaat, maar dat geldt niet voor behandelingen en geneesmiddelen.
Ze hebben doorgaans geen idee van de kosten en zijn ook geen gesprekspartner op dit gebied. Een gelijk niveau tussen alle partijen is nodig om via gezamenlijke besluitvorming de kosten te beheersen. Nu is er nog sprake van 'de arts beslist, de patiënt consumeert en de verzekeraar betaalt'. En we moeten naar: 'de arts en de patiënt bepalen samen, zodanig dat de zorgverzekeraar wil betalen'. Zowel maatschappelijk als persoonlijk kan het kostenbewustzijn verbeteren.
Uit: *Sturen op kosten, sámen met de patiënt.* Presentatie van Hans van Laarhoven, beleidsadviseur en teammanager collectieve belangenbehartiging bij De Hart&Vaatgroep.

Shared decision making

Shared decision making, waarbij arts en patiënt samen beslissen over de behandeling, wordt vooral gezien als manier om de kwaliteit van zorg te verbeteren. Door patiënten bij de besluitvorming te betrekken krijgen zij de zorg die het best aansluit bij hun persoonlijke situatie en voorkeuren. Dat is het idee. Onderzoek laat zien dat de patiënttevredenheid hierdoor inderdaad toeneemt. Tegelijkertijd wordt het ook gezien als methode om de doelmatigheid van de zorg te verhogen.
De gedachte daarachter is dat als de zorg beter is afgestemd op de behoeften van patiënten, zij zich beter zullen houden aan de gestelde gezondheidsdoelen.

Kostenbeheersing door shared decision making

Shared decision making is een proces tussen arts en patiënt van wederzijds informeren, wikken en wegen en beslissen. De vraag of het leidt tot conservatievere, en dus goedkopere, keuzes kan niet met een simpel ja of nee beantwoord worden. De kennis en betrokkenheid van patiënten nemen wel toe en de keuze voor ingrijpende behandelingen neemt af. Maar er zijn geen grote effecten gezien voor therapietrouw, beleefde gezondheid of angst. En wat de kosten betreft: iets meer dan de helft van de weinig beschikbare studies laat een kleine kostenverlaging zien. Voor de implementatie is vooral de integratie in de richtlijnen van belang, onder andere door middel van risicotabellen.
Uit: *Sturen op kosten in de zorg: patiënt, professional, politiek? Shared Decision Making*. Presentatie van prof. dr. Trudy van der Weijden, hoogleraar Implementatie van richtlijnen, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en School for Public Health and Primary Care Research (School CAPHRI) van Maastricht Universitair Medisch Centrum+ (MUMC+).

Er zijn aanwijzingen dat gezamenlijke besluitvorming kosten bespaart, maar er is nog onvoldoende bewijs voor. En het is nog maar de vraag of deze bevinding in alle gevallen geldt. Want het onderzoek naar de effecten van *shared decision making* richt zich tot nu toe vooral op de behandeling van oncologische aandoeningen.

Wenselijk?

'De vraag is of het wel wenselijk is om *shared decision making* in te zetten als middel om de kosten te beheersen,' stelt prof. dr. Trudy van der Weijden, Maastricht UMC+. 'Want wat als het kostenverhogend zou zijn? Doen we het dan niet?' Van der Weijden vertelt dat 72% van de artsen topprioriteit geeft aan het behoud van de borst bij een mammacarcinoom, terwijl dat maar voor 7% van de patiënten geldt. De meeste deelnemers vinden dat *shared decision making* een goede zaak is, ook als het méér zou kosten, omdat artsen heel andere prioriteiten kunnen hebben dan patiënten.

Kosteneffectiviteit hoort niet in de spreekkamer

Over de vraag of kosteneffectiviteit een rol mag spelen in de spreekkamer is de artsenvereniging Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) in zijn reactie op de Pompe en Fabry discussie in 2012 duidelijk: “De KNMG is van mening dat afwegingen over kosteneffectiviteit op macroniveau gemaakt moeten worden, en niet thuishoren in de spreekkamer” (www.artsennet.nl 8/12/2012).

Kosten in de spreekkamer

Is het moreel verantwoord om bij gezamenlijke besluitvorming ook kostenoverwegingen te betrekken? Kan dat alleen als er ook alternatieve behandelingen zijn? ‘De discussie over QALY’s en kosteneffectiviteit hoort niet thuis in de spreekkamer, want dan zitten patiënten al in de problemen’, zegt Hans van Laarhoven. ‘We moeten daar een maatschappelijke discussie over voeren.’ Daar zijn de meesten het over eens. Als kosteneffectiviteit in de richtlijnen staat, dan kan daar wel over gesproken worden in de spreekkamer,’ oppert een deelnemer.

Beslisregels...

De RVZ zegt in zijn advies *De participerende patiënt* uit 2013: ‘De vraag is of een patiënt bij een groot kostenverschil tussen de opties een vrije keuze heeft c.q. moet hebben. Stel, dat twee verschillende behandelingen een vergelijkbare uitkomst voorspellen. Dan zou een beslisregel kunnen zijn dat de behandeling met de laagste kosten wordt aangeboden en vergoed. Of dat de minst invasieve therapie wordt aangeboden in verband met operatie- c.q. behandelrisico’s. Wil de patiënt een andere, duurdere en/of meer invasieve alternatieve optie, dan zou hij het verschil bij moeten betalen.

...beperken vrije keuze patiënt

Een nadeel van dergelijke beslisregels is dat dit de keuzemogelijkheden van de patiënt beperkt en gezamenlijke besluitvorming ondergraaft. Maar als het dan toch nodig wordt geacht een dergelijke beslisregel te hanteren, dan ligt het meer voor de hand om de kosteneffectiviteit van verschillende behandelopties mee te nemen in de richtlijnontwikkeling en in het pakketbeheer. We kunnen niet beide opties in het verzekerde

pakket aanbieden en vervolgens van de arts in de spreekkamer verlangen dat hij de patiënt probeert te beïnvloeden voor de goedkoopste optie te kiezen.'

ZELFMANAGEMENT

'Zelfmanagement is hot,' zegt dr. Jaap Trappenburg, UMCU. 'De overheid voert kostenbeheersing aan als belangrijk argument voor de invoering van zelfmanagement. Professionals en patiënten hebben daarbij hun eigen argumenten. Studies naar het effect van zelfmanagement laten over het algemeen een gematigd positief resultaat zien. Maar ook dat zelfmanagement niet noodzakelijkerwijs onschadelijk of veilig is.'

Zelfmanagement op maat

De bewijskracht voor (kostenverlaging door) zelfmanagementprogramma's en telehealth is te diffuus om op basis daarvan over te gaan tot grootschalige implementatie. Wel is er aanleiding om het te zoeken in zelfmanagement op maat. Complexe interventies moeten ontwikkeld en geëvalueerd worden volgens van te voren gespecificeerde kwaliteitsstandaarden. Gelijkwaardigheid in kwaliteit tussen de verschillende te kiezen opties voor de patiënt en kostenneutraliteit vormen de minimale ondergrens voor grootschalige invoering van zelfmanagement.
Uit: *Self-management & eHealth: the evidence*. Presentatie van dr. Jaap Trappenburg, fysiotherapeut, bewegingswetenschapper en senior onderzoeker bij de afdeling Revalidatie, Verplegingswetenschap en Sportgeneeskunde in het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU).

Discussie

Een deelnemer merkt op dat het vaak aan een degelijke procesevaluatie ontbreekt, waardoor het resultaat 'geen effect' net zo goed veroorzaakt kan worden door een verkeerde implementatie van zelfmanagement. 'Er is een grote heterogeniteit in interventies, uitkomsten, populaties en resultaten,' aldus Trappenburg. 'We hebben te weinig kennis over wat wel en niet werkt, en over patiëntgerelateerde factoren die van invloed zijn op het succes of falen van zelfmanagement.'

'Bij het betrekken van patiënten bij besluitvorming en zelfmanagement moeten we ook rekening houden met de verschillende niveaus van patiëntenactivatie,' besluit een ander de discussie. 'De zorg moet aangepast worden aan de behoeften en voorkeuren van de patiënt, en we moeten het doel van het zorgproces

concreet formuleren.' Dit zijn belangrijke voorwaarden voor het succes van zelfmanagement.

Samenvatting

Er zijn aanwijzingen dat *shared decision making* en zelfmanagement kostenverlagend werken, maar het bewijs is nog te mager. De meeste aanwezigen zijn positief over *shared decision making*, ook als het méér zou kosten. Er moet meer onderzoek komen naar zelfmanagement op maat. Breder gesteld is het laten meewegen van kostenoverwegingen bij beslissingen van patiënten in de spreekkamer een brug te ver. Verreweg het merendeel vindt dat we daar een maatschappelijke discussie over moeten voeren.

3 Professional

De Nederlandse artseneed

[...] Ik stel het belang van de patiënt voorop en eerbiedig zijn opvattingen. [...] Ik luister en zal hem goed inlichten. [...]
Ik erken de grenzen van mijn mogelijkheden.
Ik zal mij open en toetsbaar opstellen, en ik ken mijn verantwoordelijkheid voor de samenleving.
Ik zal de beschikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorg bevorderen. [...]
Uit: *de Nederlandse artseneed*.

De zorgverlener kan zowel collectief als individueel kostenoverwegingen meenemen in de besluitvorming over de behandeling van patiënten. Ook zorginstellingen maken hun eigen afwegingen bij het introduceren van nieuwe technologieën. Wetenschappelijke verenigingen van medici en paramedici stellen richtlijnen, standaarden en protocollen op voor de medische praktijk binnen de eigen beroepsgroep; informatie over kosteneffectiviteit van verschillende behandelingsopties is hierin nog nauwelijks opgenomen.

Hoe kunnen de wetenschappelijke verenigingen geprikkeld worden om kosteneffectiviteit mee te wegen als besliscriterium? Welke rol is hierin weggelegd voor zorginstellingen? Is het een optie dat de overheid richtlijnen ter toetsing op kosteneffectiviteit voorlegt aan een onafhankelijk instituut? En meer in het algemeen: hoe is het kostenbewustzijn van zorgprofessionals te versterken?

Toetsen nieuwe technologieën

Toetsing van nieuwe medische technologieën op kosteneffectiviteit is niet gebaseerd op kenmerken van patiënten, zoals leeftijd, gezondheidstoestand en consumptiepatroon. Terwijl dit wel van invloed is op de kosteneffectiviteit van behandelingen. Hetzelfde geldt voor de algemene beslissingen over welke technologieën vergoed worden uit de basisverzekering. Hierop gaat prof. dr. Martin Jan Schalij, LUMC, nadrukkelijk in tijdens zijn presentatie. Als voorbeeld neemt hij het percutaan implanteren van een aortaklep bij ouderen. 'Dit kost zo'n € 30.000 en is dus duurder dan een hartoperatie; de implantatie kan succesvol worden uitgevoerd; en geeft een positief resultaat op overleving en kwaliteit van leven. De kosten na 12 maanden zijn ongeveer gelijk aan de kosten na een hartoperatie na 12 maanden. Maar dit geldt voor de gehele patiëntenpopulatie en niet voor iedere individuele patiënt. Daarom moet een multidisciplinair team zorgvuldig inschatten of patiënten baat zullen hebben bij deze ingreep.'

Sturen op kosten… en schade

De veranderende omgeving in de cardiovasculaire zorg dwingt tot het maken van keuzes. Maar hoe maak je de juiste keuzes? Soms is het onderzoek naar bewezen effectiviteit verouderd. Ook patiënten veranderen: we worden steeds ouder en er zijn meer mensen met verschillende ziekten tegelijkertijd. Bij het maken van keuzes moeten we niet alleen naar de kosten kijken, maar ook naar de kwaliteit van leven na een interventie, en naar de schade die we aanrichten met therapieën bij hoog-risico-patiënten. Om de (kosten) effectiviteit te verhogen is het cruciaal dat een multidisciplinair team patiënten selecteert, die in aanmerking komen voor therapieën zoals het implanteren van een defibrillator (ICD) en een aortaklep.

Uit: *Keuzes maken…* Presentatie van prof. dr. Martin Jan Schalij, interventiecardioloog en afdelingshoofd Cardiologie. Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC).

Kwaliteit van leven en verwachte levensduur

Een van de belangrijkste overwegingen voor professionals om voor een behandeling te kiezen is de kwaliteit van leven van de patiënt. Maar wat als de patiënt, door ouderdom bijvoorbeeld, niet meer lang te leven heeft? Zo is het in Nederland een trend om ouderen geen nieuwe aortaklep meer te geven vanwege de kosten, terwijl een nieuwe klep voor de kwaliteit van leven wel een enorme verbetering is. 'Na 1 jaar leeft nog 80% van de ouderen met een hoog risico, en 90% van de ouderen met een laag risico,' vertelt Schalij. 'Ongeveer de helft van de 80-jarigen is na 5 jaar nog in leven. Die kwalitatief goede jaren zijn voor hen heel veel waard.'

Bewezen effectief, maar niet voor iedereen

Hoe lastig het is voor professionals om de kosteneffectiviteit mee te wegen, toont de casus van de ICD, een implanteerbare defibrillator die een hartritmestoornis herstelt door het afgeven van een shock. 'ICD is bewezen effectief en passen we veel toe,' vervolgt Schalij.

Maar daar zijn wel haken en ogen aan. ‘Allereerst stamt dat bewijs uit de jaren negentig. En die groep volgen we niet meer. Daarnaast is het percentage oudere patiënten met ICD enorm gestegen. Bovendien is de structuur van het hartinfarct anders dan vroeger.’ ICD-therapie is niet voor iedere patiënt effectief. Zo’n 15% krijgt ten onrechte een shock en er is altijd kans op infecties. ‘Dus we doen veel goeds, maar we richten ook wel schade aan met ICD’s. Selectie van patiënten is cruciaal om de (kosten)effectiviteit van ICD-therapie te verhogen. Dat hebben we volstrekt onvoldoende erbij betrokken tot nu toe. Bovendien moeten we ons ook afvragen of de kosten van de ICD zelf niet te hoog zijn. We moeten ons niet laten manipuleren door de industrie.’

Discussie

Een van de deelnemers wijst erop dat instellingen moeten voldoen aan een minimum aantal ingrepen, ook voor ICD’s, om ervaring op te doen. Schalij antwoordt dat bovendien ICD’s winstgevend zijn voor het ziekenhuis, dus zijn er niet veel prikkels om nog eens kritisch naar het aantal ingrepen en de resultaten daarvan te kijken. ‘Ik vind echt dat we alleen patiënten moeten behandelen die er beter van worden.’ Een ander uit zijn bewondering voor de openhartigheid van Schalij over de worsteling waar cardiologen mee te maken hebben. Maar hij mist wel het verhaal van de patiënt: hoe kijkt die hiertegen aan? Zijn mening zou ook meegewogen moeten worden, want de patiënt is zelf de expert.

Onderzoeksconsortium Verloskunde en Gynaecologie

Professionals zouden zich niet alleen voor de kwaliteit van de zorg verantwoordelijk moeten voelen, maar ook voor de betaalbaarheid. Een mooi voorbeeld is het onderzoeksconsortium Verloskunde en Gynaecologie. Binnen dat consortium wordt onder andere onderzoek gedaan naar (kosten)effectiviteit van behandelingen.
Uit: *Sturen op kosten: patiënt, professional, politiek?* Presentatie van prof. dr. Didi Braat, hoogleraar Obstetrie en Gynaecologie en Voortplantingsgeneeskunde, afdelingshoofd en opleider Obstetrie en Gynaecologie bij het Radboudumc en vicevoorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

Een ander oppert dat een consortium voor cardiologen misschien een goed idee is. Hij refereert hierbij aan het onderzoeksconsortium voor gynaecologen en verloskundigen dat prof. dr. Didi Braat, Radboudumc, als voorbeeld heeft genoemd van hoe de beroepsgroep zelf onderzoek kan doen naar (kosten)effectiviteit. Schalij zegt dat alle studies laten zien dat ICD's gemiddeld beter zijn dan andere interventies en kosteneffectief zijn. En hij wijst op een groot verschil tussen cardiologie en gynaecologie: 'Bij cardiologie gaat het om veel grotere bedragen.' En grotere belangen, lijkt hij daarmee te willen zeggen.

Inzicht in kosten

Kosteneffectiviteit meewegen bij behandelbeslissingen: dat betekent dat je inzicht in kosten moet hebben. 'Bij de kaasboer kunnen we een plakje kaas proeven en de kwaliteit beoordelen,' zegt prof. dr. Erik Buskens, UMCG, tijdens zijn presentatie. 'In de zorg ligt dat veel ingewikkelder: wat koop je voor welke prijs? De patiënt weet dit niet, de dokter vaak ook niet, en de politiek evenmin. De zorgprofessional heeft het beste met de patiënt voor, maar het eerder op de dag gegeven voorbeeld van de implanteerbare defibrillator laat zien dat de adagia *in dubio abstine* en *primum non nocere* niet altijd worden toegepast.'

Kosteneffectiviteit in de richtlijnen

Bij het sturen op kosten door professionals zijn er vele spelers met vele belangen en state of the art 'concurrenten'. De focus ligt op een beperkt domein: monodisciplinair. Er is een bedrijfskundige druk op het management, zoals de eis van een efficiënte bedbezetting. Professionals hebben wel inzicht in omzet, maar inzicht in kosten is een ander verhaal. Zij moeten hun verantwoordelijkheid nemen en normatieve richtlijnen ontwikkelen, waarin kosteneffectiviteit wordt meegenomen. Daar zijn verschillende hulpmiddelen voor, zoals de Richtlijn voor Richtlijnen van de Regieraad Kwaliteit van Zorg, en de HAndleiding en toolbox RIchtlijn ontwikkeliNG, oftewel de HARING-tools. Het Kwaliteitsinstituut kan daarbij een belangrijke rol gaan spelen.
Uit: *Sturen op kosten. Patiënt, professional of politiek?* Presentatie van prof. dr. Erik Buskens, arts, epidemioloog, hoogleraar Health Technology Assessment, en programmadirecteur Healthy Ageing in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).

KAPPER
HEREN

Inzicht in de rekening

De laatste tijd opperen politici en beleidsmakers dat patiënten een overzichtelijke rekening van hun behandeling moeten krijgen. Daardoor zouden zij meer inzicht krijgen in de kosten. Buskens laat een rekening van een klepvervanging zien en vraagt de zaal of dit een redelijk bedrag is. En: geeft het inzicht in de kwaliteit en doelmatigheid? De rekening blijkt van een garage te zijn. Een defect onderdeel moest volgens de monteur vervangen worden en dat kostte veel geld. 'Kun je als leek beoordelen of de reparatie nodig is,' vraagt Buskens, 'of er alternatieven zijn, en of het doelmatig is?'
Het zijn retorische vragen: als automobilist moet je vertrouwen op de garagist en als patiënt op de arts.

Beslissen over het levenseinde

Hoewel praktisch iedereen vindt dat de vraag 'Moet alles wat kan?' vaker gesteld moet worden, blijkt dit in de praktijk niet zo gemakkelijk. Onder andere doordat medisch-technologische ontwikkelingen steeds meer mogelijkheden bieden om (door) te behandelen. Patiënten, familieleden en zorgverleners staan hierdoor vaak voor lastige keuzes.

Moet alles wat kan?

Hoe kunnen we voorkomen dat patiënten in de laatste fase van hun leven te lang en/of onnodig behandeld worden? Welke acties moeten we hiervoor nemen, welke kennisvragen liggen er? Dit zijn de centrale vragen van het ZonMw-signalement over beslissingen bij het begin en einde van het leven. 'Soms krijgen kwetsbare patiënten behandelingen die niet meer in hun belang zijn; soms is er zelfs sprake van een vergroting of verlenging van het lijden. Terugkijkend is het vaak duidelijk dat een ingreep beter achterwege had kunnen blijven. Maar vooraf is het moeilijk te voorspellen of een onderzoek of behandeling nadelig voor de patiënt zal uitpakken. Toch groeit het besef dat de besluitvorming rond behandeling aan het einde van het leven beter zou moeten verlopen.'
Bron: *Moet alles wat kan? Vragen rond medische beslissingen bij het begin en einde van het leven.* Signalement ZonMw, april 2013.

De presentatie van prof. dr. Hans van der Hoeven, Radboudumc, zet de zaken op scherp. Onder de titel 'Een "dood"gewone week' schetst hij een aangrijpend beeld van de dagelijkse praktijk op de IC. De worsteling van het medisch team en van de familie als ze voor de beslissing staan om (niet) te behandelen, of de behandeling te staken, komt duidelijk over. 'Deze beslissing heeft altijd een subjectieve component. Het is extreem moeilijk te voorspellen wat de uitkomst zal zijn van een behandeling. Maar wat het gevolg is van niet-behandelen of het staken van een behandeling staat vast: het overlijden van de patiënt.' Het zet de discussie over kosteneffectiviteit in een totaal ander licht. Het licht van de praktijk.

Beslissingen over het levenseinde van patiënten op de IC vinden vaak plaats op initiatief van het behandelteam bij wilsonbekwame patiënten. In verreweg de meeste gevallen wordt de behandeling gestopt wegens uitzichtloos medisch handelen. Dit gebeurt in samenspraak met naasten, maar meestal laat de familie de beslissing over aan het behandelteam.

Richtlijnen beslissingen levenseinde

Heldere richtlijnen voor beslissingen over het levenseinde ontbreken in de praktijk. Ook het niet-reanimerenbeleid wordt vaak op subjectieve gronden en op initiatief van de arts al dan niet uitgevoerd. De commissie ethiek van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) heeft de *Richtlijn nalaten en staken van behandeling en palliatieve zorg na het staken van behandeling bij volwassen IC-patiënten* opgesteld. Maar het is onduidelijk bij wie dit al dan niet in gang gezet moet worden. Mogelijke oplossingen zijn regelgeving vanuit de politiek en/of ziektekostenverzekeraars en richtlijnen van de beroepsverenigingen. Verder is scholing van individuele artsen belangrijk, want er is een grote kennislacune.

Uit: *Beslissingen rond het levenseinde*. Presentatie van prof. dr. Hans van der Hoeven, intensivist, hoogleraar en afdelingshoofd van de Intensive Care van het Radboudumc.

Discussie

KOSTEN OP DE IC?

Een van de deelnemers vraagt of het woord 'kosten' valt als het medisch behandelteam op de IC moeten beslissen over de te volgen behandeling, of het staken daarvan. Van der Hoeven geeft aan dat dit het geval is, maar slechts als een van de argumenten en dan ook nog de minst belangrijke. Wel is het kostenbewustzijn de laatste tijd toegenomen.

KOSTENEFFECTIVITEIT IN DE RICHTLIJNEN?

Een ander vraagt zich af of kosteneffectiviteit wel thuishoort in richtlijnen. De Nederlandse Vereniging voor Oncologie stelt bijvoorbeeld dat kosteneffectiviteit geen rol mag spelen. 'Als arts ben je ook verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van de zorg voor andere patiënten,' antwoordt Buskens. 'Je bent onderdeel van een publieke voorziening. Dus moet je het in een richtlijn opnemen. De beroepsgroep moet verantwoordelijkheid nemen.'

PATIËNT, PROFESSIONAL OF POLITIEK?

Daarop volgt de reactie dat het in de praktijk heel moeilijk is om professionals zelf verantwoordelijk te maken. Als voorbeeld noemt hij het Centraal BegeleidingsOrgaan. 'In eerste instantie ging het goed, maar toen de overheid de stekker eruit trok verdween de interesse snel. Dus moeten er heldere kaders zijn en de politiek moet deze kaders stellen.' Een deelnemer begrijpt de aarzeling niet om het kostenaspect in de spreekkamer aan de orde te stellen. 'Als het in de richtlijn staat dan kan het besproken worden.' 'Bovendien kunnen artsen altijd van de richtlijnen afwijken als daar goede argumenten voor zijn,' vult een ander aan. 'Het is heel gevaarlijk om deze keuzen over te laten aan de politiek, zoals de casus van Pompe en Fabry laat zien. Alle inspanningen zijn daardoor in een klap teniet gedaan.'

Buskens merkt op dat we allereerst eens moeten kijken naar verspilling. Daar kunnen we nog veel op bezuinigen. 'We hebben het vooral over dure behandelingen,' merkt een ander op. 'Maar veel kosten worden veroorzaakt doordat een grote groep patiënten gebruik maakt van behandelingen die op zich niet zo duur zijn. En te veel medicatie wordt onnodig lang gebruikt.'

Samenvatting

Het is voor zorgprofessionals niet eenvoudig om kosteneffectiviteit mee te wegen in beslissingen over individuele zorgverlening. Artsen hebben, net als patiënten, geen inzicht in de kosten. Bovendien kunnen artsen ook een financieel belang hebben bij het doen van verrichtingen. Het blijkt heel moeilijk te zijn om daar een open en eerlijk gesprek over te voeren binnen de beroepsgroep. Selectie van patiënten is zeer belangrijk om schade te voorkomen en kosten te drukken. De meeste aanwezigen vinden dat kosteneffectiviteit opgenomen moet worden in de richtlijnen, omdat artsen niet alleen een verantwoordelijkheid hebben voor hun eigen patiënten, maar ook voor alle andere patiënten en de hele samenleving. In de spreekkamer kan over kosten gesproken worden als dit opgenomen is in de richtlijnen.

4 Politiek

Naast de rol van patiënten en zorgprofessionals bij het beheersen van de zorgkosten, is ook de rol van de politiek uitgebreid besproken. De politiek beschikt ook over de nodige middelen om zorgkosten te beheersen, zoals het pakketbeheer en het stellen van een budget. Wordt daarmee het gewenste doel bereikt, of zijn er andere mogelijkheden die effectiever zijn? En hoe zit dat met de financiële grens per QALY die in Engeland succesvol wordt toegepast: zou dat niet een goed instrument voor de overheid zijn om de zorgkosten in Nederland te beheersen? Daarnaast spelen zorgverzekeraars door selectieve zorginkoop ook een rol bij de kostenbeheersing. Wat is er voor nodig om de beoogde rol en functie van selectieve zorginkoop daadwerkelijk van de grond te laten komen?

Pakketbeheer

In Nederland bepaalt de overheid welke zorg vergoed wordt vanuit het basispakket van de ziektekostenverzekeringen. Dit pakketbeheer is een belangrijk middel om de zorgkosten te beheersen. Het pakketbeheer is bij wet opgedragen aan het College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

Dunning over verzekerde zorg

Begin jaren negentig presenteert de commissie Dunning de 'Trechter van Dunning': een manier om te beslissen welke zorg vergoed moet worden en welke niet. Dit wordt getoetst aan vier criteria: noodzakelijkheid, werkzaamheid, doelmatigheid en of de patiënt er zelf voor zou kiezen en willen betalen.

Bron: http://glossarium.regieraad.nl/Trechter_van_dunning

Kostenafweging zorginstellingen

De kosteneffectiviteit van behandelingen kan dus worden meegenomen bij besluitvorming over het basispakket. In de praktijk gebeurt dit vooral bij de toelating van nieuwe (extramurale) geneesmiddelen. Nieuwe medische technologie daarentegen wordt niet getoetst op hun kosten-effectiviteit. Ziekenhuizen maken dan zelf een afweging van kosten en baten van het gebruik van nieuwe technologie.

Sturingsmogelijkheden overheid

Het CVZ stuurt via het pakketbeheer op inhoud, niet primair op kosten. 'De beheersing van de groei van het pakket kan beter,' vindt dr. Gerry Ligtenberg, CVZ. 'Onder andere door vaker en risicogericht vooraf te toetsen; kritischer te kijken naar de noodzakelijkheid van de zorg en de 'evidence' voor effectiviteit; en de mogelijk-heden te onderzoeken die een grens voor

Professional heeft sleutelrol

Technologieën als de Da Vinci-robot sluipen het ziekenhuis in. Hier in Nederland hebben we inmiddels 18 robots in 17 centra en naar schatting kost één robot 1 miljoen extra per instelling per jaar. Er is weinig bekend over de voordelen; en of de voordelen de kosten waard zijn; en wie die extra kosten moet betalen. We moeten toe naar centralisatie in hoog-volumecentra en een zorg-vuldiger introductie van innovaties. De zorgver-zekeraar heeft de regierol en let bij de inkoop op pakketcriteria en kwaliteit. De professional heeft de sleutelrol: als we alleen aanbieden wat effectief, medisch noodzakelijk en veilig is, dan hoeven we niet te snijden in het pakket.

Uit: *Sturen op kosten in de zorg? Een praktijk-voorbeeld: robotchirurgie*. Presentatie van dr. Gerry Ligtenberg, niet praktiserend internist en sociaal geneeskundige, College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

kosteneffectiviteit biedt.' Andere sturingsmogelijkheden van de overheid om de kosten in de zorg te beheersen zijn budgettering; invoeren van eigen betalingen; uitsluiten en limiteren van zorg, zoals het beperken van het aantal IVF-pogingen; en tot slot vergunningen en de wet op bijzondere medische verrichtingen.

Grens in richtlijnen

De maatschappelijke verontwaardiging over het CVZ-advies om de medicijnen tegen de ziekten Pompe en Fabry niet te vergoeden, werkt nog steeds door. 'Een strikter pakketbeheer is wenselijk, maar kosteneffectiviteit als grens is nog een brug te ver,' concludeert Ligtenberg. Het CVZ overlegt wel met VWS over de grens voor kosteneffectiviteit. 'In ons rapport hebben we geadviseerd een grens op te nemen in de richtlijnen. Dat is misschien de beste manier om te sturen op kosten. En we zijn bezig met het maken van prijsafspraken met de farmaceutische industrie. Een voorbeeld daarvan is dat de fabrikant de medicatie betaalt voor patiënten bij wie het geneesmiddel niet werkt.'

Voorwaardelijke toelating

De Minister van VWS heeft per 1 januari 2012 de bevoegdheid gekregen om bepaalde behandelingen voorwaardelijk toe te laten tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het gaat om behandelingen die niet voldoen aan het wettelijke criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. De voorwaarde is dat gegevens verzameld moeten worden over effectiviteit (en eventueel kosteneffectiviteit) in een periode van maximaal vier jaar. Daarna wordt besloten over definitieve toelating tot het basispakket, of beëindiging van de voorwaardelijke toelating, of uitstroom uit het basispakket.

NFU over voorwaardelijke toelating

De NFU adviseert in *Naar effectieve, passende én betaalbare zorg* (2013) om de voorwaardelijke toelating tot het basispakket om te bouwen tot een afzonderlijk, publiek/privaat gefinancierd 'voorportaal'. Zorg in dit voorportaal zou alleen vergoed moeten worden wanneer hierover bruikbare onderzoekgegevens worden opgeleverd voor de toetsing op effectiviteit en kosten.
Ook stelt de NFU een vergelijkbaar 'achterportaal' voor om (niet(kosten)effectieve) zorg uit het pakket te kunnen verwijderen, of het indicatiegebied dan wel het aantal zorgaanbieders te kunnen beperken.

‘De overheid stuurt op kosten en opbrengsten door budgetteren en pakketcriteria op macroniveau. En dat botst met het huidige stelsel van gereguleerde marktwerking,’ stelt prof. dr. Werner Brouwer, Erasmus MC. ‘We móeten een grens stellen en dan vervolgens niet steeds opnieuw de criteria ter discussie stellen. Het allermoeilijkste is: waar ligt de grens?’

Overheid onduidelijk over kosteneffectiviteit

Job Kievit vindt dat de overheid niet altijd duidelijk is over wat ‘zinnig’ en ‘zuinig’ nu precies betekent; net als over de praktische toepassing van de pakketcriteria; en de toepassing van regels bij voorwaardelijke toelating. Zowel over de toelating tot het basispakket, als de uitstroom uit het pakket. Vooral is er onduidelijkheid over de kosteneffectiviteit. Kievit memoreert het advies van CVZ over het stoppen van de vergoeding van de medicatie voor patiënten met de ziekte van Fabry en de niet-klassieke vorm van de ziekte van Pompe en komt tot de ethische kernvraag: Is het verdedigbaar, of zelfs onvermijdelijk, dat (extreem) hoge kosten en/of een lage effectiviteit van behandeling reden zijn om deze niet te geven, ook bij zeer ernstig ziekte of dreigende dood? Uit: *Sturen op kosten in de zorg: politiek/maatschappij*. Presentatie van prof. dr. Job Kievit, chirurg, hoogleraar Kwaliteit van Zorg, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), lid NFU-consortium Kwaliteit van Zorg.

Overheid moet grens stellen

Sturen op kosten is een slechte raadgever, want de opbrengsten van zorguitgaven tellen ook mee: we leven steeds langer, we hebben minder wachtlijsten, er zijn meer mogelijkheden. Het is belangrijk om open en eerlijk te praten over het meewegen van kosteneffectiviteit bij de zorguitgaven, onder andere door appraisal; de maatschappelijke waardering die na uitgebreide disscussie in brede kring wordt toegekend aan het oordeel over de kosteneffectiviteit. Daarbij moeten we een scalpel hanteren, niet een bijl. Want medische technologieën zijn zelden overduidelijk effectief óf ineffectief; doelmatig óf ondoelmatig. Het gaat erom wat in specifieke situaties voor specifieke personen effectief en doelmatig is. De overheid moet een bovengrens per QALY vastleggen. Zonder grens is een zinnige discussie over kosteneffectiviteit niet mogelijk. Uit: *Sturen op kosten… en opbrengsten*. Presentatie van prof. dr. Werner Brouwer, hoogleraar gezondheidseconomie aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) en het Institute for Medical Technology Assessment (iMTA) van het Erasmus Medisch Centrum (Erasmus MC).

Daarnaast moeten we ons realiseren dat de prijs van gezondheid voor de een, opgeofferde gezondheid voor de ander betekent. ‘Dat vergt nogal wat,’ vervolgt Brouwer. Namelijk: een brede discussie over de criteria; bereidheid van de beroepsgroepen om kosteneffectiviteit op te nemen in richtlijnen; daadwerkelijk toetsen op de voorwaarden bij voorwaardelijke toelating; en tot slot moet de overheid eerlijk zijn over keuzen in de zorg. ‘Het is een moeilijke weg, die wellicht voor de politiek te moeilijk is,’ concludeert Brouwer.

Het veld moet het doen

De wetenschappelijke verenigingen zijn de eerst aangewezenen om kosteneffectiviteit in de richtlijnen op te nemen. De overheid kan sturen op kosten en opbrengsten via het pakket, maar er ontstaat snel maatschappelijke onrust als bepaalde zaken uit het pakket gehaald worden. Sturen via akkoorden is theoretisch niet het juiste instrument, maar de vrees voor overheidsingrijpen dwingt partijen wel om de uitgaven onder dat plafond te houden. Over QALY’s en kosteneffectiviteit hebben we nog onvoldoende gediscussieerd. VWS zet in op het terugdringen van ongewenste praktijkvariatie en verandering van gedrag, zoals het doelmatig voorschrijven en behandelen; oneigenlijk gebruik van zorg voorkomen; en het kostenbewustzijn van patiënten verbeteren door begrijpelijke kostenoverzichten. VWS stelt de randvoorwaarden, maar de veldspelers moeten het doen.
Uit: *Grenzen aan de betaalbaarheid van de zorg*. Drs.Véronique Esman, directeur Curatieve Zorg bij het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Drs. Véronique Esman, VWS, vindt dat we best trots mogen zijn op onze zorg. ‘Maar we moeten de zorg wel betaalbaar houden. Dat is niet alleen een taak van de overheid, we moeten met elkaar aan de slag.’ Op een van de sheets staat de stelling: *We behandelen niet omdat de kwaliteit van leven daarmee toeneemt, niet omdat de behandeling nieuwe perspectieven geeft, maar eigenlijk gewoon omdat het kan.* ‘Moet alles wat kan?’ vraagt Esman vervolgens. ‘Dat ligt niet op het bordje van de overheid. Het gesprek over wat wel en niet behandeld zou moeten worden, moet starten in de spreekkamer. En dat vergt een cultuuromslag.’

Wat de overheid dus wel doet is: voorwaardelijke toelating; een stringent pakketbeheer; belemmeringen bekostiging wegnemen; en afbouwen van de risicoverevening. En niet: bemoeien met richtlijnen en verplaatsen van zorg van de

tweede naar de eerste lijn via dwingende wet- en regelgeving. Daarnaast gaat het CVZ het pakket doorlichten, waarbij het uitgangspunt van VWS is en blijft: alleen zorg verlenen die bewezen effectief is. Esman wijst tenslotte op een misvatting: 'Als een middel of medicijn toegelaten is tot het pakket, betekent dat niet dat de kosten verlagen. Want als een grote groep het gebruikt, heb je alsnog hoge kosten.'

Zorginkoop

Selectieve zorginkoop door zorgverzekeraars is bedoeld als hét reguleringsinstrument in de curatieve sector. Het moet ertoe leiden dat zorgaanbieders die op het terrein van kwaliteit en doelmatigheid onvoldoende scoren niet langer gecontracteerd worden. Het omgekeerde geldt voor aanbieders die het op deze punten wel goed doen. Kwaliteit, efficiëntie en kostenbeheersing moeten daardoor verbeteren. In de praktijk ontbreken scherpe, transparante kwaliteitscriteria op basis waarvan zorgverzekeraars selectief kunnen inkopen. Want daarvoor hebben ze objectieve informatie nodig over de kwaliteit van het aanbod. Ook verzekerden en huisartsen (de poortwachters) zouden daarover moeten beschikken, om dit instrument effectief toe te passen.

Discussie

Prof. dr. Job Kievit, LUMC, legt tot slot van de parallelsessie 'Politiek' het publiek zeven stellingen voor. Over de meeste stellingen is nagenoeg iedereen het eens. Opvallend genoeg leveren de stellingen die over 'de grens' gaan, wel discussie op. Zoals stelling 3: *Door de afwezigheid van duidelijke kaders wordt de publieke opinie bepaald door 'identifiable victims', terwijl alle onzichtbare patiënten genegeerd worden*. Vanuit VWS klinkt een tegengeluid: mét kaders was misschien hetzelfde gebeurd en dezelfde beslissing genomen.

'Het is een hypocriete discussie,' vindt een deelnemer. 'We hanteren allang grenzen: bij preventie en vaccinaties is die grens € 20.000. De kinderen die niet ziek worden (doordat zij gevaccineerd zijn) zijn niet zichtbaar. Pompe is wel zichtbaar.' Een vertegenwoordiger van een patiëntenvereniging merkt op dat heldere kaders wel mogelijk zijn voor de assessmentfase, maar niet voor de appraisalfase. Waarop een ander reageert: 'We moeten beginnen met een scherpe assessment, en vervolgens kan je in de appraisalfase ethische argumenten meewegen, het is learning by doing.'

Ongeveer zes (van de 60) aanwezigen zijn het niet eens met stelling 5: *De bovengrens van acceptabele kosteneffectiviteit is een maatschappelijke keuze; hoort daarom niet thuis in*

de spreekkamer; na een publiek debat moet de overheid deze grens landelijk en transparant bepalen. 'Het is de vraag of je QALY's als basis moet gebruiken om die grens te bepalen,' zegt een vertegenwoordiger van een patiëntenvereniging. 'Misschien zijn er ook andere criteria dan een extra gewonnen levensjaar om te bepalen wat wel of niet vergoed wordt.'

Een econoom vindt dat veel oorzaken van de kostenstijging niet in de curatieve zorg, maar onder andere in de AWBZ zitten. En daar is geen sprake van QALY's. 'Maar bij andere sectoren, zoals welzijnsverbetering en GGZ die gerelateerd is aan criminaliteit, zou je wel een zelfde type afwegingskader kunnen gebruiken,' is de reactie van een andere deelnemer. 'Het hangt helemaal van het perspectief of wat je verstaat onder 'lage kosteneffectiviteit', klinkt het vanuit het publiek. 'Mensen die premie betalen, maar nog geen patiënt zijn, zullen daar anders over denken dan mensen die al wel patiënt zijn.' Een ander haakt daarop in: 'We moeten erkennen dat dat subjectief is en rekening houden met individuele variatie.'

Met stelling 7 zijn alle aanwezigen het eens: *Sturen op kosten in de zorg lijkt teveel op een gezelschapsspel met een terughoudende scheidsrechter die vindt dat de spelers het maar samen eens moeten worden*.

Samenvatting

De meeste aanwezigen staan open voor het invoeren van een financiële grens per QALY. Ook het opnemen van kosteneffectiviteit in de richtlijnen vindt instemming. Maar wie de knoop moet doorhakken, daarover is men het niet eens. De professionals vinden dat de overheid die grens moet stellen, en de overheid legt de bal bij de professionals. Kennis over en inzicht in kosten en kwaliteit zijn voorwaarden om mee te kunnen praten over kosteneffectiviteit. Dat geldt voor alle groeperingen die vandaag aan het woord zijn geweest.

5 Plenaire discussie

Na afloop van de drie parallelsessies 'Patiënt', 'Professional' en 'Politiek' komen alle deelnemers bij elkaar. Na een kort verslag van de drie parallelsessies volgt een plenaire discussie. In het panel zitten Roger van Boxtel van zorgverzekeraar Menzis; Véronique Esman van VWS; Henk Gerla, bestuursvoorzitter Sint Franciscus/Vlietland Groep in Rotterdam; Hans van Laarhoven van De Hart&Vaatgroep en Martin Jan Schalij van het Leids UMC.

Hoe komen we verder?

Didi Braat leidt als vicevoorzitter van de RVZ de discussie in met de vraag: 'Wat is nu nodig om een slag verder te komen?' Zorgverzekeraar Roger van Boxtel gooit meteen de knuppel in het hoenderhok: 'Ondanks dat we dachten dat de veldpartijen het zouden gaan oplossen, is dat niet te merken aan hun gedrag. Iedereen rent naar de overheid. Ik prijs de dag dat kosteneffectiviteit een rol speelt in de richtlijnen. We moeten een open discussie voeren en realistisch zijn.'

Resultaat terugtredende overheid

'Laten we het niet zover laten komen dat de overheid het weer gaat bepalen,' is de oproep van Véronique Esman. 'We hebben in 2006 een nieuw stelsel doorgevoerd, dat moeten we een kans geven

en ik zie wel wat lichtpuntjes.' 'Ik ben dolblij dat de overheid terugtreedt,' zegt Van Boxtel, 'maar als je naar het effect voor onze klanten kijkt, dan zie je tot dusver hogere premies, een hoger eigen risico en meer eigen betalingen.'

Kosteneffectiviteit in de richtlijnen

'Ik ben er erg somber over,' reageert Martin Jan Schalij. 'Vraag niet aan ons zorgverleners om kosteneffectiviteit in de richtlijnen op te nemen, maar ga met CVZ en de zorgverzekeraars praten. Ik zou mijzelf niet vertrouwen als het gaat om studies naar kosteneffectiviteit.'
'Kosteneffectiviteit in de richtlijnen is niet een panacee,' waarschuwt Esman. 'Je kan kosteneffectiviteit nog zo mooi in de richtlijnen opnemen, maar als het niet uitgevoerd wordt, dan schiet je nog niets op.'

Esman heeft een gewetensvraag voor Schalij: 'de oncologen en cardiologen zeggen: vertrouw een beslissing over welke behandeling wel of niet kosteneffectief is niet aan ons toe.' Maar de verloskundigen en gynaecologen kunnen het kennelijk wel. Waarom?' 'Wij zijn daar niet voor uitgerust,' reageert Schalij. Er zijn zestig richtlijnen waarin dertig à veertig aanbevelingen staan. Wij zijn zorgprofessionals, wij hebben niet de mogelijkheden om de kosteneffectiviteit structureel te onderzoeken.'
'Waarom doen we het niet samen, met elkaar,' merkt Didi Braat op. 'De patiënten, de professionals en de zorgverzekeraars.'

Belangen van professionals

Hans van Laarhoven is het met Schalij eens: 'professionals hebben andere belangen dan patiënten, ze zijn niet onafhankelijk en dus moeten zij niet beslissen over welke behandeling kosteneffectief is en welke niet. We moeten kijken naar andere mogelijkheden. De rol van de patiënt moet flink ontwikkeld worden.
Ook moeten we kijken naar andere uitkomsten. Niet alleen naar kosten, maar ook naar de kwaliteit van leven.'

Wie zorgt voor transparante informatie?

'VWS vindt dat zorgverzekeraars de rekeningen voor de klant begrijpelijk moeten maken,' zegt Van Boxtel, 'maar die informatie moet ik van VWS krijgen! Op de rekeningen staat: 'U hebt operatie 'getal' ondergaan, verricht door professional 'getal'; dat is niet helder.'
'Dus zorgverzekeraars weten niet waarvoor zij betalen?' vraagt Esman. 'Dit voorjaar stond in alle kranten dat de zorg van fraude aan elkaar hangt,' reageert Van Boxtel. 'Het is niet zo, maar omdat je het niet uit kan leggen, wordt het vertrouwen van de klant steeds minder.'

Zorg als recht

'Mensen zien zorg als een recht, omdat ze niet weten wat het kost. Het is toch eigenlijk heel normaal dat je wilt weten wat de behandeling precies inhoudt en wat het kost?' vervolgt Esman. 'Maar moet je dat in de spreekkamer doen, of in de fase daarvoor,' zegt Henk Gerla. 'De zorgvraag is oneindig. We moeten kritisch zijn op de luxe elementen in het zorgaanbod.'

Publieke opinie als maatstaf

Van Boxtel memoreert de ophef via twitter en youtube over clusterhoofdpijn: Menzis had in eerste instantie aangekondigd de behandeling niet te vergoeden. Na de storm van protest is deze behandeling toch vergoed. Een deelnemer het publiek merkt op dat we moeten accepteren dat mensen via social media snel en heftig kunnen reageren op het stellen van financiële grenzen in de zorg. 'We hebben te maken met een nieuwe werkelijkheid waarin het normaal is om bedreigingen, emoties en meningen te uiten, die niets met de realiteit te maken hebben.'
'Maar wat is oorzaak en wat is gevolg?' vraagt een deelnemer uit het publiek zich af. 'Mensen reageren zo, doordat zij geen inzicht hebben in de feiten. Daar moeten we dus allereerst voor zorgen.' Ook wordt opgemerkt dat het erg zou helpen wanneer partijen eenzelfde boodschap richting het publiek hebben, om niet tegen elkaar uitgespeeld te worden.

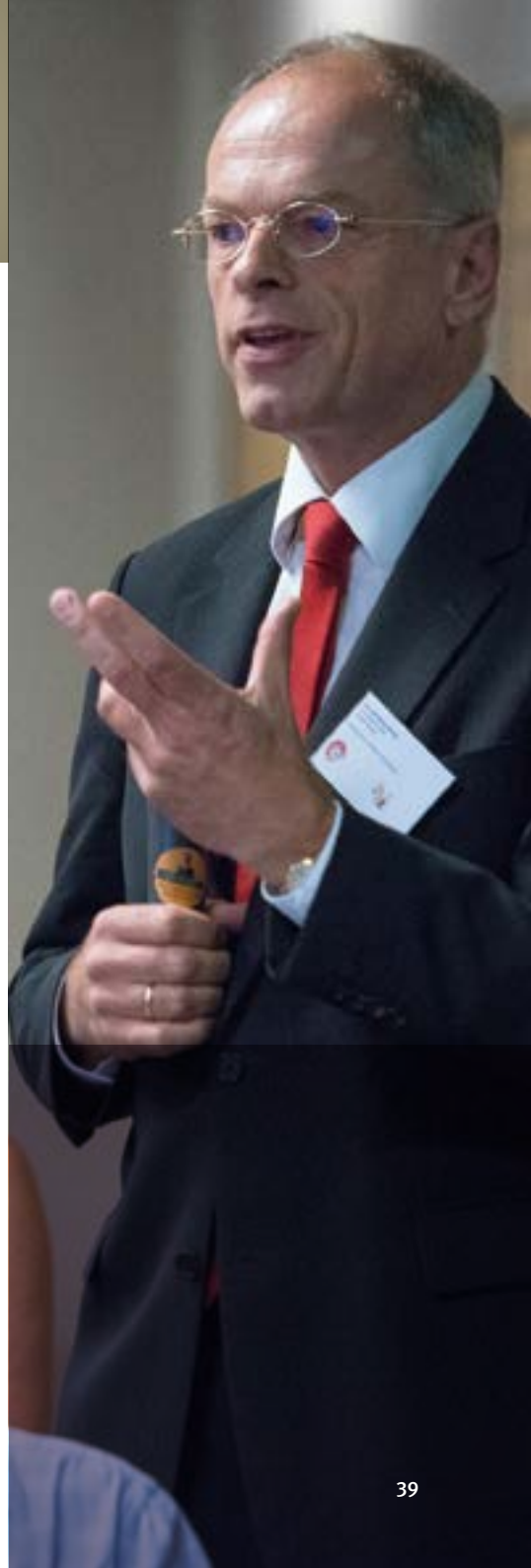
Tot slot

Ferry Breedveld, voorzitter van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg, besluit het symposium: 'De gevoelstemperatuur is wat geldt op deze mooiste septemberdag in vijfentwintig jaar. We hebben het gehad over kwaliteit, over kosten en over kosteneffectiviteit. Het onderwerp leeft; de geweldige opkomst, met name onder de specialisten, geeft dat aan.
De discussie is vandaag geïntensiveerd, dat is misschien wel het beste resultaat van het symposium. Hopelijk zorgt dat ervoor dat stelling 7 van Job Kievit *outdated* raakt.'

Slotconclusie

De centrale vragen van het symposium zijn: Moeten we kosten meewegen in de beslissing of we zorg aan individuele patiënten al dan niet verlenen? En zo ja, wie moet dat doen: de patiënt, de professional of de politiek?
Het draagvlak voor het meewegen van kosten is groot onder de aanwezigen, zolang we maar oog houden voor de verschillende behoeften van patiënten. Maar wie dat moet doen, is onderwerp voor uitgebreide discussie. De grootste verantwoordelijkheid wordt toegedicht aan de professionals en de politiek. Het merendeel van de aanwezigen staat open voor het idee van een financiële grens per QALY, en ziet hiervoor een centrale rol voor de politiek.
Ook vindt een meerderheid dat kosteneffectiviteit opgenomen moet worden in de richtlijnen van de beroepsgroepen. Met het oog op kwaliteitsverbetering en kostenbeheersing hebben professionals tevens een belangrijke opdracht in goede indicatiestelling van patiënten en het verlenen van zorg op maat.

Dat de patiënt niet de eerst aangewezene is om het voortouw te nemen als het om kostenbeheersing gaat, zeker niet in de spreekkamer, heeft breed draagvlak. Maar patiënten moeten wel meer kostenbewust worden. De deelnemers zijn positief over *shared decision making* en zelfmanagement, maar niet zozeer omdat men verwacht dat het de kosten verlaagt.
Inzicht in kosten en kwaliteit zijn belangrijke voorwaarden, zowel voor de patiënt, de professional, de politiek als de zorgverzekeraar. Hierin hebben zorginstellingen, zorgverzekeraars en overheid stappen te zetten. Over één ding is iedereen het eens: er moet een brede maatschappelijke discussie gevoerd worden over het meewegen van kosten in de individuele zorgverlening.



6 Beschouwing

De discussie die tijdens het symposium gevoerd is laat ten eerste zien dat zowel professionals als vertegenwoordigers van patiëntenverenigingen open staan voor het stellen van grenzen aan zorguitgaven voor de individuele zorgverlening. En ten tweede dat we nog duidelijk aan de vooravond staan van een maatschappelijke discussie daarover: het onderwerp is weerbarstig en we zijn nog niet toe aan praktische voorstellen of een concrete *roadmap* naar een oplossing.

Met deze korte beschouwing van het besprokene willen de NFU en de RVZ richting geven aan de voortgaande discussie. Vanuit hun eigen rol zullen beide partijen hun eigen bijdrage leveren aan het verdere denken en doen ten behoeve van de kostenbeheersing in de individuele zorgverlening.

Patiënt

In het vergroten van het kostenbewustzijn bij patiënten hebben zorginstellingen, zorgverzekeraars en patiëntenverenigingen samen een belangrijke taak in het transparant maken van de kosten van de zorg die aan een patiënt verleend is. Voor het gesprek met de patiënt over kosten van behandelingen en het betrekken van dit aspect in gezamenlijke besluitvorming wordt een goede basis gelegd

wanneer gegevens en afwegingen over kosteneffectiviteit in professionele richtlijnen wordt opgenomen. Dit verkleint naar verwachting ook het risico dat patiënten zorgverleners tegen elkaar uitspelen. De realisering hiervan wordt niet op korte termijn verwacht, maar geeft wel reden om hierop voor te sorteren.

Professional

Ondanks de goede vertegenwoordiging van zorgprofessionals op het symposium is duidelijk dat de beroepsgroep als geheel nog een lange weg te gaan heeft. De vraag is hoelang het standpunt nog houdbaar is dat kosteneffectiviteit geheel geen plaats dient te hebben in richtlijnen. Het Kwaliteitsinstituut i.o. werkt aan een Toetsingskader waarin dit onderdeel structureel in richtlijnen en zorgstandaarden wordt opgenomen. Dat betekent dat er werk aan de winkel is voor richtlijncommissies, en voor methodologen wanneer er nog vragen zijn over de wijze waarop.

De gedachte dat strakke formulering van indicatiestelling in richtlijnen een middel is om kosten te beheersen, gaat voorbij aan de goede inhoudelijke redenen om richtlijnen ruim op te stellen, onder andere vanwege de diversiteit in patiëntenpopulaties en wensen van patiënten. Daarnaast is echter ook sprake van ruimte in richtlijnen die gebaseerd is op de verschillende belangen van betrokken zorgverleners. Dit gaat ten koste van de kwaliteit en betaalbaarheid van de zorg. Een belangrijke stap wordt gezet wanneer binnen en onder leiding van beroepsgroepen een gezamenlijke onderzoeksagenda wordt opgesteld naar de effectiviteit en doelmatigheid van behandelingen, waarbij het tenslotte aankomt op de implementatie van de bevindingen in de praktijk.

In toenemende mate maken zorgstellingen eigen afwegingen welke behandelingen die in richtlijnen worden beschreven bij hen wordt aangeboden, onder andere ten aanzien van dure geneesmiddelen. Daarmee vervullen zorginstellingen een eigen rol in het beheersen van de zorgkosten.

Politiek

Het is wel degelijk zinvol om een QALY-grens, of liever: een QALY-range, te stellen, en de politiek heeft hierin een centrale rol. Het maakt het kostenaspect bespreekbaar in de maatschappij en in de spreekkamer, en het draagt bij aan het drukken van prijzen. Het hanteren van een QALY-range dient daarbij geen koud rekenwerk te zijn; hierin voorziet de fase van appraisal bij het nemen van pakketbeslissingen.

De programmacommissie denkt niet dat op deze manier alle problemen opgelost zijn, maar ziet dit als de weg te gaan om ook op langer termijn ons op solidariteit gebaseerde zorgstelsel overeind te houden, en goede en toegankelijke zorg voor iedereen te garanderen.

Bijlage: Overzicht van sprekers

Prof. dr. Didi Braat, hoogleraar Obstetrie en Gynaecologie en Voortplantingsgeneeskunde, afdelingshoofd en opleider Obstetrie en Gynaecologie bij het Radboudumc en vice-voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

Prof. dr. Ferry Breedveld, voorzitter Raad van Bestuur Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), voorzitter van het NFU-consortium Kwaliteit van Zorg.

Prof. dr. Werner Brouwer, hoogleraar gezondheidseconomie aan het instituut Beleid & Management Gezondheidszorg (iBMG) en het Institute for Medical Technology Assessment (iMTA) van het Erasmus Medisch Centrum (Erasmus MC).

Prof. dr. Erik Buskens, arts, epidemioloog, hoogleraar Health Technology Assessment, en programmadirecteur Healthy Ageing in het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG).

Drs. Véronique Esman, directeur Curatieve Zorg bij het Ministerie van VWS.

Henk Gerla, RA, bestuursvoorzitter Sint Franciscus/Vlietland Groep in Rotterdam

Prof. dr. Hans van der Hoeven, intensivist, hoogleraar en afdelingshoofd van de Intensive Care van het Radboudumc.

Hans van Laarhoven, beleidsadviseur en teammanager collectieve belangenbehartiging bij De Hart&Vaatgroep.

Prof. dr. Job Kievit, chirurg, hoogleraar Kwaliteit van Zorg, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), lid NFU-consortium Kwaliteit van Zorg.

Dr. Gerry Ligtenberg, niet praktiserend internist en sociaal geneeskundige, College voor Zorgverzekeringen (CVZ).

Prof. dr. Martin Jan Schalij, interventie-cardioloog en afdelingshoofd Cardiologie. Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC).

Prof. dr. Andrew Stevens, professor of Public Health at the University of Birmingham. Chairman of the NICE Appraisal Committee and of the Working Party on NICE appraisal methods.

Prof. dr. Daniëlle Timmermans, hoogleraar Risicocommunicatie en Patiëntenbesluit-vorming, afdeling Sociale Geneeskunde, EMGO Instituut, Vrije Universiteit Medisch Centrum (VUmc).

Dr. Jaap Trappenburg, fysiotherapeut, bewegingswetenschapper en senior onder-zoeker bij de afdeling Revalidatie, Verplegings-wetenschap en Sportgeneeskunde in het Universitair Medisch Centrum Utrecht (UMCU).

Prof. dr. Trudy van der Weijden, hoogleraar Implementatie van richtlijnen, Vakgroep Huisartsgeneeskunde en School CAPHRI (School for Public Health and Primary Care Research) van Maastricht Universitair Medisch Centrum+ (MUMC+).

Prof. dr. Dick Willems, hoogleraar ethiek aan het AMC en raadslid van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg.

Colofon

Deze publicatie is een uitgave van de Nederlandse Federatie van universitair medische centra (NFU) en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ).

Programmacommissie
Prof. dr. Didi Braat
Prof. dr. Richard Grol
Dr. Jetty Hoeksema
Mr. drs. Theo Hooghiemstra
Mr. Marina de Lint
Dr. Marion Verduijn

Tekst en redactie
Drs. Christinne Willemsen
Mr. Marina Lint
Dr. Marion Verduijn
Dr. Jetty Hoeksema
Mr. drs. Theo Hooghiemstra

Eindredactie
Dr. Marion Verduijn

Coördinatie
Drs. Sjon Buijs
Drs. Christinne Willemsen

Fotografie
René Verleg Fotografie, gezondinbeeld / Sabine Lokhorst; met dank aan de umc's

Vormgeving
Terralemon, Amsterdam

Dtp en druk
Drukkerij Badoux, Houten

Januari 2014
NFU-14.52

Meer informatie

NFU
Oudlaan 4
3515 GA Utrecht
T 030 273 9880
www.nfu.nl
www.nfukwaliteit.nl
nfu@nfu.nl

RVZ
Rijnstraat 50
2515 XP Den Haag
T 070 340 5060
www.rvz.net
mail@rvz.net

Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

NFU
NEDERLANDSE FEDERATIE VAN
UNIVERSITAIR MEDISCHE CENTRA