

Het complexe dossier gepaste zorg

Om tot een rechtvaardige inzet van zorg te komen, zijn objectieve maatstaven gewenst om te bepalen waar zorg nog 'gepast' is, en waar 'ongepast'. Dit is een complex vraagstuk met vele facetten. Gepaste zorg kan met behulp van de concepten noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid worden gedefinieerd. Tevens geven deze termen een leidraad waarmee op gepaste zorg kan worden gestuurd.

**WERNER
BROUWER**
*Hoogleraar aan de
Erasmus Universiteit
Rotterdam*

De uitgaven aan gezondheidszorg blijven stijgen. Hoewel de opbrengsten van zorg, in termen van een langer en gezonder leven en bijvoorbeeld een productievare bevolking, ook groot zijn, blijft toch de vraag waar de grenzen aan de zorg zouden moeten liggen en of de beschikbare middelen goed worden besteed. Stijgende zorguitgaven zijn in economische zin immers problematisch wanneer de opbrengsten ervan de kosten niet meer kunnen rechtvaardigen. Het vaststellen wanneer dat het geval is, is niet eenvoudig. Recente discussies over dure geneesmiddelen voor de behandeling van de

ziekten van Fabry en Pompe (NRC, 2012) illustreren dit. Daarbij stond de vraag centraal of de effectiviteit van deze middelen, gezien hun hoge kosten, afdoende was om collectieve vergoeding te rechtvaardigen.

Bij het beantwoorden van deze vraag en het sturen op een verantwoorde zorgverlening wordt het concept van 'gepaste zorg' en gepast zorggebruik steeds belangrijker. De term 'gepast' wijst erop dat het hier gaat om een normatief begrip. Het gaat om het aangeven van wanneer zorggebruik gepast, passend of geëigend is, en daarmee dus tegelijkertijd wanneer dit niet het geval is (door over- of onderconsumptie van zorg). Het definiëren van gepast gebruik trekt dus een normatieve grens tussen gepast en 'ongepast' gebruik. Het mag duidelijk zijn dat voor een dergelijke definitie allereerst de context cruciaal is. Immers, wat voor een individu dat zelf zijn zorguitgaven bekostigt nog gepast wordt geacht, kan verschillen van wat we gepast achten binnen de kaders van een collectief gefinancierd zorgsysteem als het Nederlandse. In het denken over gepaste zorg staat vooral die laatste context centraal. Ten tweede is het perspectief van invloed. Vanuit het perspectief van een behandelend arts of de behandelde patiënt wordt gepast zorggebruik waarschijnlijk anders gedefinieerd dan door een beleidsmaker of minister. Alleen al omdat de laatste twee ook de belangen van andere (potentiële) patiënten (bij andere behandelend artsen) moeten behartigen. Het is belangrijk die pluriformiteit in het denken over gepaste zorg en gepast zorggebruik te

onderkennen (Niezen-van der Zwet, 2012). Deze bijdrage richt zich met name op het beleidsniveau.

GRENZEN AAN DE ZORG

De discussies over de grenzen aan de zorg zijn in het heden en verleden veelal aangewakkerd door het besef van schaarste. De stijging in de collectieve zorguitgaven roept de vraag op op welk niveau van zorguitgaven nog betaalbaar en gepast is. Het feit dat de zorguitgaven een steeds groter deel van het bnp innemen, maakt ook duidelijk dat deze uitgaven opportunitetskosten kennen buiten de zorg. Meer uitgeven aan zorg betekent minder kunnen uitgeven aan onderwijs, infrastructuur of ontwikkelingssamenwerking. Maar ook binnen de zorg is er schaarste en zijn er opportunitetskosten. Meer doen voor de ene groep betekent immers minder doen voor de andere groep. Meer uitgeven aan dure geneesmiddelen tegen een bepaalde ziekte heeft als keerzijde dat er minder overblijft voor behandelingen van andere aandoeningen. Bij het definiëren van gepaste zorg kan dit aspect van schaarste dan ook niet ontbreken. Zonder schaarste als overweging mee te nemen, zouden behandelingen binnen de zorg al snel gepast worden geacht zolang ze een positief effect op gezondheid of welzijn hebben. Een ideaal dat weliswaar in discussies over de zorg naar voren komt onder het mom van 'geld mag geen rol spelen binnen de zorg', maar dat in ultimo onhoudbaar is.

Een bepalende publicatie op het gebied van gepaste zorg in de Nederlandse context was het rapport van de Commissie Keuzen in de Zorg, ook wel de commissie-Dunning genoemd (1991). Deze commissie stelde vier criteria voor op basis waarvan zorg in het collectief gefinancierde basispakket zou kunnen worden opgenomen: noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en 'eigen rekening en verantwoording' (figuur 1).

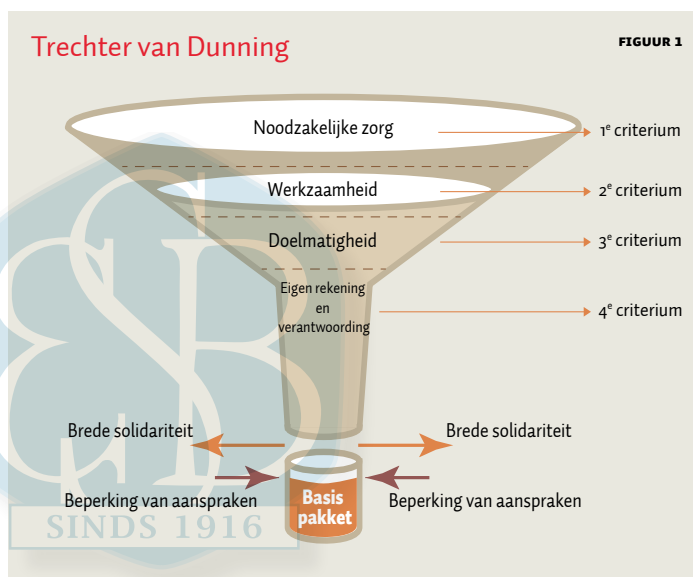
Het idee hierbij was dat zorgvormen systematisch beoordeeld zouden worden op hun 'pakketwaardigheid' of gepastheid op basis van deze criteria. Zoals figuur 1 aangeeft werd daarbij door de commissie-Dunning een volgtijdelijke beoordeling van de vier criteria beoogd. In de jaren na de publicatie van dit rapport zijn deze criteria leidend geweest in het denken over gepaste zorg. Daarbij is steeds meer invulling gegeven aan de criteria, hun samenhang en de toepassing ervan, waarbij het toepassingsgebied van pakketafbakening centraal heeft gestaan.

CRITERIA GEPASTE ZORG

Noodzakelijkheid

Het eerste criterium om te bepalen of zorg tot het collectief gefinancierde pakket zou moeten behoren is dat van 'noodzakelijkheid' en beziet met name of de ziekte of aandoening aanleiding geeft voor interventie. Dit is te herleiden tot de aanleiding voor medisch ingrijpen en solidariteit. Het onderliggende idee is dat, naarmate een aandoening ernstiger is, er een dringender beroep op interventie en solidariteit kan worden gedaan. De wens om zorg naar de behoefte ofwel *need* van de patiënten te leveren en dus ook toegankelijk te maken, vormt de basisgedachte achter veel westerse zorgsystemen.

Hoe deze behoefte en noodzakelijkheid exact moet worden bepaald en op welke wijze toedeling van zorg in lijn moet worden gebracht met behoefte, zijn geen eenvoudige vragen. Ze houden ook sterk verband met de wens tot een rechtvaardige verdeling van zorg en gezondheid. Er bestaan, ook in de literatuur, verschillen in de wijze waarop mensen vorm geven aan dat idee van rechtvaardigheid. In de context van gepaste zorg werd het criterium 'noodzakelijkheid' in eerste instantie dan ook niet heel eenduidig of meetbaar gedefinieerd. In de loop der jaren is er, juist vanuit de behoefte om dit belangrijke criterium operationeel te maken, een duidelijkere invulling aan gegeven. Op dit moment wordt voor pakketbeslissingen (CVZ, 2009)



met name gekeken naar de ziektelast, gemeten als proportie gezondheid die verloren gaat door een ziekte of aandoening (Van de Wetering *et al.*, 2012). Dit criterium van *proportional shortfall* kan worden gekwantificeerd met behulp van een veelgebruikte uitkomstmaat in de curatieve zorg, de *quality-adjusted life year* ofwel QALY (kader 1).

Door de QALY-verwachting van mensen zonder en met een bepaalde onbehandelde aandoening te vergelijken, kan worden berekend welke proportie gezondheid mensen verliezen als gevolg van die aandoening. Des te groter het verlies, des te noodzakelijker behandeling en des te groter de claim op solidariteit kan zijn. Deze invulling van noodzakelijkheid geeft uiting aan de in de zorg zo belangrijke wens voor een

Het criterium effectiviteit lijkt nog altijd het meest gebruikte en minst omstreden criterium bij het vaststellen van gepastheid

rechtvaardige verdeling van zorg en gezondheid (Stolk *et al.*, 2004). Het advies van de Gezondheidsraad over de contouren van het basispakket (2003) wijst nog eens op het belang van een solidair basispakket en de rol van het criterium noodzakelijkheid daarbij. Ook wordt daarin aangegeven dat ziektelast, juist vanwege de concretere invulling, een bruikbaar criterium is geworden.

Effectiviteit

Bij het criterium 'effectiviteit' gaat het duidelijk wel om de behandeling van de aandoening. Hierbij wordt bepaald in hoeverre de behandeling werkzaam is, dus of het doet wat het zou moeten doen (CVZ, 2009). Behandelingen worden idealiter op dit criterium getoetst in gerandomiseerde en gecontroleerde studies, waarbij de behandeling wordt vergeleken met een alternatief, zoals niets doen of gebruikelijke zorg. In feite wordt hiermee *evidence-based medicine* een onderdeel van het

concept gepaste zorg. De gezondheidswinst die de behandeling oplevert (ten opzichte van de comparator) kan worden uitgedrukt in klinische uitkomstmaten zoals gewonnen levensjaren of vermeden heupfracturen, of in QALY's. Het laatste vergemakkelijkt de vergelijking tussen behandelingen in termen van effectiviteit, omdat steeds dezelfde uitkomstmaat kan worden gehanteerd. Bijkomend voordeel is dat deze uitkomstmaat de preferenties van mensen voor verschillende gezondheidstoestanden meeweegt. Het criterium effectiviteit lijkt nog altijd het meest gebruikte en minst omstreden criterium bij het vaststellen van gepastheid.

Doelmatigheid

Het criterium 'doelmatigheid' beziet de verhouding tussen kosten en opbrengsten van een interventie. Binnen de zorg wordt dit vaak gedaan door in economische evaluaties een zogenoemde incrementele kosteneffectiviteits-ratio uit te rekenen. Daarin wordt uitgedrukt, in vergelijking met een relevante comparator, hoeveel een nieuwe behandeling extra kost en hoeveel deze oplevert in termen van QALY's. Zo ontstaat een kosten-per-QALY-ratio, waarbij uiteraard geldt dat naarmate de ratio lager is, dit gunstiger is. Wanneer de nieuwe behandeling minder kost maar wel meer QALY's oplevert dan de comparator, is gebruik ervan zonder meer wenselijk. Wanneer de nieuwe behandeling meer kost en minder QALY's oplevert dan de comparator is gebruik ervan zonder meer onwenselijk. Wanneer, zoals vaak het geval, het middel meer kost en meer QALY's oplevert dan de comparator moet de afweging worden gemaakt of de opbrengsten de kosten rechtvaardigen. Hierbij speelt de waarde van gezondheidswinst, ofwel van de QALY, een cruciale rol.

Eigen rekening en verantwoording

Het criterium 'eigen rekening en verantwoording' betreft met name de vraag of collectieve financiering noodzakelijk is, of dat het individu zelf de kosten kan dragen. Toepassing van dit belangrijke criterium is niet eenvoudig. Het aangeven van een acceptabele hoogte van kosten die, naast een algemeen eigen risico, op individueel niveau dragelijk zijn, is moeilijk. Temeer daar kleinere bedragen per behandeling kunnen oplopen tot forse bedragen wanneer mensen, bijvoorbeeld als gevolg van co-morbiditeit, meerdere medicijnen of behandelingen nodig hebben. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), dat in Nederland de taak van pakketbeheerder heeft, beziet dit aspect wel in zijn beoordelingen. Op

dit moment gebeurt dat als onderdeel van het criterium noodzakelijkheid. Het gaat dan met name om de vraag of de zorg 'noodzakelijk te verzekeren' is, waarbij de hoogte van de kosten een onderdeel kan vormen naast bijvoorbeeld de voorspelbaarheid ervan.

De criteria noodzakelijkheid, waarin eigen rekening en verantwoording dus vervat zijn, effectiviteit en doelmatigheid, hebben sinds het uitkomen van het rapport van de commissie-Dunning het debat over pakketafbakening, en in bredere zin over gepaste zorg, gedomineerd (RVZ, 2004; RVZ, 2006; CVZ, 2009). Gepaste zorg wordt dan ook wel gedefinieerd als zorg die noodzakelijk, effectief en doelmatig is voor de gebruiker ervan (Brouwer en Rutten, 2004). Er lijkt veel steun voor een dergelijke definitie. Daarbij is het belangrijk te constateren dat ook in andere contexten soortgelijke criteria terugkomen. Bijvoorbeeld de Kwaliteitswet Zorginstellingen definieert 'verantwoorde zorg' als zorg van een goed niveau die in ieder geval doeltreffend, doelmatig en patiëntgericht is, en afgestemd op de reële behoefte van de patiënt. Deze definitie sluit sterk aan bij die van gepaste zorg. Men kan stellen dat de criteria voor gepaste zorg ook bijdragen aan de kwaliteit van zorg. Met andere woorden, gepaste zorg is verantwoorde zorg.

SAMENHANG CRITERIA

Naast dat de invulling en operationalisatie van de criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid beter is geworden in de afgelopen jaren, mede vanwege de methodologische en praktische ontwikkelingen op het terrein van de economische evaluaties binnen de zorg (Rutten, 2012), zijn er ook belangrijke ontwikkelingen geweest in het nadenken over de samenhang van de criteria. Dat is belangrijk om vanuit meerdere criteria te komen tot een eindoordeel over de 'gepastheid' van zorg. Daar waar de commissie-Dunning nog uitging van een volgtijdelijke beoordeling, is er onder meer door het CVZ en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), ondersteund door gezondheidseconomen (Poley *et al.*, 2002; Brouwer en Rutten, 2004), bepleit om de criteria in hun samenhang te bezien.

Het idee achter die samenhang is eenvoudig: naarmate de noodzakelijkheid van ingrijpen en dus de proportional shortfall hoger is, is de maatschappij bereid een hogere prijs per QALY te betalen. Met andere woorden, de afkapgrens voor doelmatigheid (kosten per QALY) ligt hoger naarmate de noodzakelijkheid van behandeling hoger is.

De QALY

KADER 1

De QALY-maat is een generieke gezondheidsuitkomstmaat. Deze maat combineert lengte en kwaliteit van leven door het toekennen van gewichten aan gezondheidstoestanden en deze te combineren met de duur waarin mensen in die toestand verkeren. Perfecte gezondheid krijgt het genormaliseerde gewicht van 1. Een jaar in die toestand staat gelijk aan 1 QALY. De toestand 'dood' krijgt het gewicht 0.

De meeste gezondheidstoestanden krijgen een gewicht tussen 0 en 1. Naarmate de toestand slechter (minder te prefereren) wordt, wordt het gewicht lager. Zeer slechte toestanden kunnen in het QALY-model negatieve gewichten krijgen; zij worden dan dus als slechter dan dood beoordeeld.

De gezondheidstoestanden van patiënten, die ten grondslag liggen aan QALY-berekeningen worden veelal met gevalideerde en gestandaardiseerde instrumenten (vragenlijsten zoals de EuroQoL-5D of de SF-36) bepaald. Met behulp van deze instrumenten wordt de gezondheidstoestand bepaald en vervolgens worden aan deze toestanden waarden toegekend die zijn gebaseerd op waarderings door de algemene bevolking. Deze waarderings worden vaak gebaseerd op zogenaamde time trade-off-experimenten. Daarin wordt respondenten gevraagd keuzen te maken tussen korter leven in een betere gezondheidstoestand of langer leven in een slechtere toestand. Uit de gemaakte keuzen kan het relatieve QALY-preferentiegewicht dat wordt toegekend aan gezondheidstoestanden worden achterhaald.

Bijvoorbeeld: mensen moeten kiezen tussen 10 jaar leven met lage rugpijn (maar verder gezond) of x jaar in perfecte gezondheid (waarbij $x < 10$). Door mensen herhaaldelijk te laten kiezen, waarbij x wordt gevarieerd, kan men achterhalen bij welke waarde van x mensen indifferent zijn tussen beide opties. Stel, dit is 8. Dan betekent dit dat mensen 10 jaar leven met lage rugpijn gelijkwaardig vinden aan 8 jaar leven in perfecte gezondheid. Omdat we de waarde van perfecte gezondheid hebben genormaliseerd op 1, volgt, abstraherend van disconteren, dat de waarde van leven met lage rugpijn 0,8 is (8 gedeeld door 10).

Het grote voordeel van de QALY als uitkomstmaat is dat de uitkomsten van uiteenlopende interventies (bloeddrukverlaging tot heupvervangings) op dezelfde schaal kunnen worden uitgedrukt en derhalve vergelijkbaar worden. Dit vergemakkelijkt maatschappelijke besluitvorming waarbij tussen interventies keuzen moeten worden gemaakt.

Overigens moet worden opgemerkt dat de exacte ligging van deze grens in theorie en praktijk nog onduidelijk is (Bobinac *et al.*, te verschijnen). Het CVZ (2009) schrijft: "Bij de beoordeling van de kosteneffectiviteit hanteert het CVZ een indicatieve bandbreedte. Deze loopt van ongeveer 10.000 euro voor

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

een beperkte ziektelast tot ongeveer 80.000 euro voor een zeer ernstige ziektelast.” Het is twijfelachtig, mede gezien de recente discussies over dure geneesmiddelen, of deze grens daadwerkelijk gehanteerd zal worden. Het vaststellen van grenzen is niet eenvoudig, zeker politiek gezien niet. Desondanks mag duidelijk zijn dat het stellen van een grens aan de maatschappelijke bereidheid om te betalen voor een QALY, een overheidstaak is en dat dit politiek gelegitimeerd dient plaats te vinden.

Wanneer er een min of meer duidelijke grens is vastgesteld kan de waarde van een gewonnen QALY worden vergeleken met de kosten om die QALY te winnen (de kosten-per-QALY-ratio). Wanneer de waarde hoger is dan de kosten, is gebruik van de interventie

Wanneer de waarde hoger is dan de kosten, is gebruik van de interventie in principe gepast en welvaartsverhogend

in principe gepast en welvaartsverhogend. Daarbij is in de afgelopen jaren benadrukt dat afwegingen in de zorg altijd een zeer zorgvuldig besluitvormingsproces behoeven. Het huidige afwegingskader pretendeert niet alles van waarde en alle waardevolle overwegingen te kunnen vangen; dat is ook niet mogelijk. De instelling van de Adviescommissie Pakket binnen het CVZ, die tot doel heeft juist de bredere maatschappelijke overwegingen en aspecten van keuzen in de zorg mee te wegen, naast de reeds genoemde (invulling van de) criteria voor gepaste zorg, onderstreept dit. Aandacht voor het proces van besluitvorming, invulling gevend aan de noodzaak voor *accountability for reasonableness* (Daniels, 2000), is een onmisbaar onderdeel in het nadenken over keuzen in de zorg.

STUREN OP GEPASTE ZORG

Gepaste zorg kan dus worden gedefinieerd als zorg die noodzakelijk, effectief en doelmatig is voor de gebruiker ervan. Hoewel er discussie nodig blijft over de

exacte invulling van bepaalde criteria, kan een dergelijke definitie richting geven aan het stellen van grenzen aan de zorg. Zowel in beleidsmatige zin als door in de praktijk gepast zorggebruik te bevorderen en ongepast zorggebruik te ontmoedigen. Het is goed om op te merken dat het concept ‘gepaste zorg’ vooral is ontwikkeld in relatie tot pakketafbakening en de beoordeling van medische technologie in dat kader. Aangezien nieuwe medische technologie een belangrijke factor is achter de stijgende zorgkosten, is het toetsen ervan op gepastheid zeer belangrijk. Echter, gepaste zorg en gepast zorggebruik kunnen nooit worden bereikt door alleen het toetsen van zorgtechnologieën. Het zorgstelsel is meer dan een verzameling (toepassingen van) medische technologieën. Zorg wordt gevraagd als gevolg van steeds veranderende aandoeningen en gezondheidsproblemen door (verzekerde) patiënten en andere zorgbehoevenden met allerlei noden, behoeften en wensen. Ze wordt aangeboden door een scala aan zorgaanbieders die op allerlei wijzen worden geprikkeld en gestuurd, en die hun processen van zorgverlening goed proberen vorm te geven. Zorgverlening vindt plaats in de bijzondere context van een zorgsysteem, waarin de interactie tussen zorgvragers, zorginkopers en zorgaanbieders verandert. Sturen op gepast gebruik van zorg is dan ook een uitdaging die vele verschillende gezichten kent en veel verschillende inzichten behoeft. Alle relevante actoren en processen in de zorg dragen immers bij aan de uiteindelijke verlening van (gepaste) zorg. Zonder te streven naar volledigheid zijn een aantal aangrijpingspunten voor het nastreven van gepast zorggebruik te identificeren.

Afbakening pakket

Een belangrijk sturingsinstrument voor de overheid, vooral in een meer marktgericht zorgstelsel, is het afbakenen van het basispakket. Het CVZ speelt hierin, als pakketbeheerder, een belangrijke rol. Hoewel het beoordelingskader en het beoordelingsproces rondom toelating van zorg tot het basispakket in de laatste jaren duidelijk gestalte heeft gekregen, moet worden geconstateerd dat een volledige en systematische toetsing op ‘gepastheid’ ontbreekt (Rutten en Brouwer, 2002; Brouwer en Rutten, 2012). Voor geneesmiddelen wordt momenteel het meest systematisch getoetst, voor andere curatieve zorgvormen wordt systematisch toetsen door het CVZ nagestreefd. In de curatieve zorg lijkt er derhalve steeds meer te (kunnen) worden getoetst op gepastheid van zorg. Het volledig operati-

oneel maken van het beoordelingskader, bijvoorbeeld door het onderbouwd vaststellen van grenzen aan kosten per QALY, alsmede het nader verfijnen van dit beoordelingskader, bijvoorbeeld door de invulling van noodzakelijkheid verder aan te scherpen, verdient hierbij de hoogste prioriteit.

Dat beeld is voor de AWBZ-sector minder rooskleurig, omdat het ontbreekt aan een goede uitkomstmaat zoals de QALY dat in de curatieve zorg is (Brouwer, 2009). De QALY is minder geschikt binnen de AWBZ omdat het gezondheidsverbeteringen kan meten, terwijl in de AWBZ veelal een bredere welzijnsverbetering wordt beoogd. Streven naar gepaste zorg in de AWBZ kan niet zonder goede uitkomstmaten die het bijvoorbeeld mogelijk maken zorgvormen en -innovaties te evalueren op effectiviteit en doelmatigheid.

Het beleidsinstrumentarium rondom pakketbeslissingen wordt ook steeds verder uitgebouwd. Lange tijd waren pakketbeslissingen eenmalige en statische besluiten. Onder andere door de opkomst van de voorwaardelijke toelating van voorzieningen tot het basispakket is hier verandering in gekomen. Daarbij worden voorzieningen tijdelijk tot het basispakket toegelaten, waarna nader kan worden bezien of en in hoeverre de zorg ook in de praktijk gepast genoemd kan worden. Dit versnelt het beschikbaar komen van innovaties op de markt en geeft inzicht in het vroeger onderbelichte punt van werkelijke doelmatigheid van zorg in de praktijk. Indien daarvoor binnen een bepaalde termijn geen overtuigend bewijs kan worden geleverd, kan alsnog uitsluiting plaatsvinden. Het vaststellen van effectiviteit en doelmatigheid in de niet gecontroleerde praktijk, het nemen van beslissingen op basis van imperfecte informatie, alsmede de haalbaarheid van het beëindigen van tijdelijke vergoedingen, vormen hierbij wel grote uitdagingen.

Ook wordt een meer risicogericht pakketbeheer voorgestaan, waarbij toetsing zich richt op die zorgvormen waarbij het risico voor de zorg (bijvoorbeeld vanwege hoge kosten) het grootst is. Dit zijn belangrijke ontwikkelingen, die het pakketbeheer kunnen verbeteren. Verder wordt gewerkt aan de uitbreiding van het beleidsinstrumentarium rondom pakketbeslissingen. Hierbij kan worden gedacht aan risicodelingsarrangementen met fabrikanten – waarbij de fabrikant bijvoorbeeld terugbetaalt als een bepaalde doelmatigheidsdrempel niet wordt gehaald – of aan prijsafspraken, bijvoorbeeld op basis van volumes (Rutten, 2012).

Het Nederlands Zorginstituut

KADER 2

Het Nederlands Zorginstituut (NZi) kan een betekenisvolle rol gaan spelen rond richtlijnontwikkeling, ook in relatie tot de afbakening van het basispakket. Idealiter neemt het NZi de regie voor de ontwikkeling van richtlijnen en professionele zorgstandaarden, waarbij de medische beroepsverenigingen een leidende rol in de uitvoering kunnen houden. Zo zou het NZi kunnen beoordelen of de richtlijnen die door de wetenschappelijke verenigingen worden gemaakt, voldoen aan het door het NZi te ontwikkelen toetsingskader (VWS, 2012). Indien hierin de criteria voor gepaste zorg een rol spelen en ook eisen worden gesteld aan het proces van richtlijnontwikkeling, bijvoorbeeld door het betrekken van gezondheidseconomische expertise, kunnen richtlijnen meer bijdragen aan gepast zorggebruik dan thans het geval is. Dat dit mogelijk is, mag blijken uit twee zaken. Ten eerste bestond in Nederland van 1997 tot 2003 een succesvol programma voor de ontwikkeling van kosteneffectieve medische richtlijnen. In dit programma werden economische overwegingen betrokken in het proces van richtlijnontwikkeling. De resultaten stemmen hoopvol, gezien de mogelijkheden om economische overwegingen mee te wegen bij de totstandkoming van richtlijnen (Niessen et al., 2007). Ten tweede kan worden geleerd van buitenlandse ervaringen op dit terrein. Met name het Engelse National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) wordt in deze context vaak genoemd (Pomp et al., 2007; Rutten, 2012). NICE brengt praktijkrichtlijnen voor de National Health Service uit, waarin doelmatigheidsinformatie een systematische rol speelt en waarbij bij het opstellen ervan altijd economische expertise wordt betrokken. Wanneer bij de ontwikkeling van praktijkrichtlijnen de criteria voor gepaste zorg op een systematische wijze worden meegenomen, is op een centraal niveau vooral het faciliteren en regisseren van het proces van richtlijnvorming van belang (Brouwer en Rutten, 2012).

Richtlijnen

Toch zal in de praktijk gepaste zorg nooit volledig op een centraal niveau en op interventieniveau kunnen worden vastgesteld of geborgd. Het is van belang dat men deze keuzen op verschillende niveaus in de zorg maakt, maar wel in inhoudelijke samenhang. Immers, zoals de definitie van gepaste zorg al aangeeft, gaat het om noodzakelijke, effectieve en doelmatige zorg voor de gebruiker ervan. Een interventie is nooit in absolute zin gepast, maar alleen in bepaalde situaties en voor bepaalde personen. Het bevorderen van gepast zorggebruik vereist, naast centrale pakketafbakening, dan ook een preciezer instrumentarium. Richtlijnen voor medisch handelen zouden een dergelijk instrument

De auteur heeft verklaard dit artikel alleen te publiceren in ESB en niet elders te publiceren in wat voor medium dan ook. Het is wel toegestaan om het artikel voor eigen gebruik en voor publicatie op een intranet van de werkgever van de auteur aan te wenden.

kunnen vormen. Daarin kan veel preciezer worden vastgelegd wanneer en voor wie bepaalde zorgvormen beschikbaar zouden moeten zijn. Het is goed om op te merken dat in hetzelfde jaar als het rapport van de commissie-Dunning een tweede, voor het denken over gepast zorggebruik belangrijk rapport verscheen. Dit was het rapport 'Medisch handelen op een tweesprong' van de Gezondheidsraad (1991). Het uitgangspunt van dat advies was het beïnvloeden van het zorggebruik zo-

Het is in ieder geval duidelijk dat op dit moment veel richtlijnen niet echt gebaseerd zijn op doelmatigheidsoverwegingen

als dat in de spreekkamer van de arts tot stand komt. Vanuit het besef dat de zorgpraktijk niet altijd 'gepast' genoemd kon worden, onder andere gezien grote praktijkvariatie, werd een pleidooi gehouden, met name richting de medische beroepsgroep, om zelf orde op zaken te stellen. Evidence-based richtlijnen zouden daarbij een belangrijk instrument kunnen vormen.

Wanneer medische praktijkrichtlijnen in lijn met de criteria voor gepaste zorg zouden worden vastgesteld, kunnen ze gepast zorggebruik in de praktijk borgen (Rutten en Brouwer, 2002; Gezondheidsraad, 2003; Pomp *et al.*, 2007). Daarvoor is wel nodig dat de makers van dergelijke richtlijnen, veelal de medische beroepsverenigingen, de criteria van gepaste zorg onderschrijven. Het is in ieder geval duidelijk dat op dit moment veel richtlijnen niet echt gebaseerd zijn op doelmatigheidsoverwegingen (Hakkaart-van Roijen *et al.*, 2011). Dat zou in de toekomst moeten veranderen, waarbij ook kan worden gedacht aan de oprichting van het Nederlands Zorginstituut in 2013 (kader 2).

Stelselinrichting

De inrichting van het zorgstelsel en de prikkels die worden gegeven aan aanbieders en vragers van zorg staan niet los van het begrip 'gepaste zorg'. De wens

om alle burgers toegang te geven tot gepaste zorg ligt ten grondslag aan veel westerse zorgstelsels. Een rechtvaardige verdeling van zorg op basis van behoefte en zorglasten op basis van draagkracht wordt hierbij nagestreefd. Van Doorslaer (1998) merkt op dat het Nederlandse zorgstelsel het marxistische principe huldigt: *'take from each according to ability to pay and give to each according to need'*. Maatregelen om de betaalbaarheid en doelmatigheid van zorg te bevorderen, zijn niet los te zien van rechtvaardigheidsoverwegingen. Financiële drempels om noodzakelijke, effectieve en doelmatige zorg te gebruiken moeten in dat opzicht scherp worden beoordeeld. Dat wil niet zeggen dat dergelijke drempels, bijvoorbeeld in de vorm van een (verhoogd) eigen risico, gepast zorggebruik per definitie belemmeren. Zij kunnen er zelfs juist aan bijdragen, mits goed vormgegeven. Zo kan een eigen risico helpen om onnodige en ondoelmatige zorgconsumptie terug te dringen. De effectiviteit en eerlijkheid van het huidige eigen risico zou bijvoorbeeld kunnen worden bevorderd (Van Kleef *et al.*, 2010). Dit zou juist kunnen bijdragen aan gepaster zorggebruik. Wel is het nodig om bij ingrepen in de zorg de rechtvaardigheid binnen de zorg te monitoren, zowel in termen van de verdeling van zorg op basis van behoefte (noodzaak) als in termen van de verdeling van de lasten over bevolkingsgroepen (inkomenssolidariteit). Dit kan de gevolgen van keuzen in de zorg inzichtelijk maken en nopen tot bijsturing daar waar nodig (Van Doorslaer *et al.*, 1990).

De marktordening binnen de zorg mag bij het nadenken over gepast gebruik niet buiten beschouwing blijven. In Nederland is ervoor gekozen om het zorgstelsel vorm te geven op basis van het principe van gereguleerde concurrentie. In een dergelijk stelsel is bijvoorbeeld een evenwichtige machtsbalans tussen inkopers (verzekeraars namens de verzekerden) en verkopers (aanbieders van zorg) onmisbaar. Verstoorde verhoudingen kunnen immers leiden tot kwaliteitsverlies en tot over- of onderconsumptie van zorg. Indien gereguleerde concurrentie zou leiden tot een efficiëntere zorgverlening, wordt daarmee bijgedragen aan gepaste zorg. Immers, dit maakt uiteindelijk de geleverde zorg doelmatiger. De steeds verder ontluikende zorginkoopfunctie van zorgverzekeraars zou hieraan moeten bijdragen in de komende jaren. Het bijdragen aan gepaste zorg kan bijvoorbeeld gestalte krijgen wanneer verzekeraars toezien op het naleven van richtlijnen en standaarden en dit middels hun inkoopbeleid bevorderen. Hierdoor kan onwenselijke en 'ongepaste'

praktijkvariantie worden tegengegaan en kwaliteit van zorg worden bevorderd.

Wanneer gereuleerde concurrentie als marktordningsprincipe wordt nagestreefd, dient de overheid te sturen op de randvoorwaarden waaronder gereuleerde concurrentie kan bijdragen aan gepast zorggebruik, zoals het ontwikkelen van adequate bekostigingssystemen, een optimale risicoverevening, scherp en slagvaardig toezicht, et cetera. Het ontbreken van dergelijke randvoorwaarden zal immers al snel kunnen leiden tot ongepast zorggebruik, bijvoorbeeld als gevolg van selectie van patiënten of verzekeren of door misbruik van marktmacht.

Overheid en sturing

De invulling van gepaste zorg gaat impliciet uit van een overheid die daadwerkelijk wil en ook kan sturen op basis van de genoemde criteria. In de praktijk blijkt dit vooralsnog niet eenvoudig. Het maatschappelijke en politieke draagvlak voor pijnlijke keuzen in de zorg, ook op basis van deze criteria en genomen na een zorgvuldig besluitvormingsproces, is nog altijd gering. Dit ondanks het groeiende besef dat dergelijke keuzen onafwendbaar zijn. De recente discussies rond dure oncolytica en geneesmiddelen voor de behandeling van de ziekten van Fabry en Pompe illustreren dit. De spanning tussen het groeiende besef van noodzaak voor keuzen in de zorg en de principiële steun voor de criteria van gepaste zorg enerzijds, en het grote maatschappelijke en politieke verzet tegen concrete keuzen in de zorg anderzijds, is een grote uitdaging voor de komende jaren. Wellicht kan het depolitiseren van het maken van praktische keuzen, bijvoorbeeld door het CVZ veel grotere wettelijke bevoegdheden te geven, hierbij helpen (Brouwer *et al.*, 2003). Het vaststellen van de kaders waarbinnen deze keuzen dienen plaats te vinden, blijft dan uiteraard wel een overheidstaak. Zoals veel uitdagingen in de zorg is dit een uitdaging die het economische domein overstijgt en gecombineerde inzichten uit verschillende disciplines vereist. Zo kan sociaal-wetenschappelijk onderzoek bijdragen aan het verkrijgen van meer inzicht in de maatschappelijke, politieke en beleidsmatige context waarbinnen keuzen gemaakt moeten worden. Iets soortgelijks geldt voor de kloof tussen de definitie van gepaste zorg op beleidsniveau en de invulling ervan in de zorgpraktijk, waar in veel gevallen effectiviteit nog het leitmotiv zal zijn. Zolang gepaste zorg op verschillende niveaus en plaatsen in de zorg een andere invulling krijgt, wordt

het nastreven ervan bemoeilijkt. Het overbruggen van die kloof is dus nodig, waarbij inzicht in werkbare sturingsmodellen die rekening houden met de verschillende belangen en drijfveren binnen de zorg cruciaal is. Multidisciplinaire benaderingen en onderzoeken zijn hierbij onontbeerlijk om tot werkbare configuraties te komen waarin gepast gebruik kan worden nagestreefd.

AFSLUITING

Gepaste zorg heeft zich in de loop der jaren ontwikkeld tot een belangrijk en in toenemende mate bruikbaar concept dat richting kan geven aan de zorg en het zorgbeleid. Twintig jaar na het verschijnen van het rapport van de commissie-Dunning is er veel vooruitgang geboekt in het denken over de invulling van de criteria voor gepaste zorg, het werken aan de meetbaarheid ervan en het denken over besluitvormingstrajecten rondom gepaste zorg. De criteria noodzakelijkheid, effectiviteit en doelmatigheid geven daarbij invulling aan kernwaarden die met zorg worden beoogd, en geven een leidraad om ook daadwerkelijk op gepast gebruik in de zorg te gaan sturen. Juist in de komende periode, waarin begrenzings- en bezuinigingen in de zorg onafwendbaar lijken, kan het streven naar gepaste zorg helpen bij het maken van inherent moeilijke keuzen en richting geven aan het zorgbeleid op tal van terreinen.

Gezondheidseconomische inzichten kunnen helpen om gepast zorggebruik te bevorderen in de breedte van de gezondheidszorg. De bijdragen aan het ESB-dossier waarin deze inleiding in het concept 'gepaste zorg' verschijnt, ondersteunen dit en vormen hopelijk een bijdrage aan het realiseren van gepast zorggebruik.



LITERATUUR

Bobinac, A., N.J.A. van Exel, F.F.H. Rutten en W.B.F. Brouwer (te verschijnen) Inquiry into the relationship between equity weights and the value of the QALY. *Value in Health*, te verschijnen.

Brouwer, W.B.F. (2009) *De basis van het pakket*. Inaugurele rede, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten (2004) Over-, onder- en gepaste consumptie in de zorg vanuit economisch perspectief. In: RVZ, *Met het oog op gepaste zorg*. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, ...-...<pag.nrs.>

Brouwer, W.B.F. en F.F.H. Rutten (2012) De afbakening van het pakket. In: Schut, F.T. en M. Varkevisser (red.) *KVS Pre-adviezen 2012 – Gezondheidszorg*. Den Haag: Sdu, te verschijnen.

Brouwer, W.B.F., M.A.J.M. Buijsen en F.F.H. Rutten (2003) Op naar een Nationaal instituut voor effectiviteit en doelmatigheid in de zorg! *Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen*, 81(5), 294–297.

Commissie Keuzen in de Zorg (1991) *Kiezen en delen*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur.

CVZ (J. Zwaap) (2009) *Pakketbeheer in de Praktijk 2*. Diemen: College voor Zorgverzekering.

Daniels, N. (2000) Accountability for reasonableness. *British Medical Journal*, 321, 1300–1301.

Doorslaer, E.K.A. van (1998) *Gezondheidszorg tussen Marx en markt*. Inaugurele rede, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Doorslaer, E.K.A. van, A. Wagstaff en F.F.H. Rutten (1990) *Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective*. Oxford: Oxford University Press.

Gezondheidsraad (Beraadsgroep Geneeskunde) (1991) *Medisch handelen op een tweespang*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Gezondheidsraad (2003) *Contouren van het basispakket*. Den Haag: Gezondheidsraad.

Hakkaart-van Roijen, L., S.S. Tan, L. Goossens, S. Schawo, W.B.F. Brouwer, M. Rutten-van Molken en F.F.H. Rutten (2010) Doelmatigheid in praktijkrichtlijnen voor medicijnen: resultaten van een ‘quickscan’. *Tijdschrift voor Gezondheidswe-*

tenschappen, 88(2010), 172–181.

Kleef, R.C. van, W.P.M.M. van de Ven en R.C.J.A. van Vliet (2010) Een solidair eigen risico in de zorg. *ESB*, 95(4592), 522–524.

Niessen, L.W., E. Grijseels, M. Koopmanschap en F.F.H. Rutten (2007) Economic analysis for clinical practice—the case of 31 national consensus guidelines in the Netherlands. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 13(2007), 68–78.

Niezen-van der Zwet, M. (2012) *Working towards legitimacy in decision-making. On governing appropriate medicine use and reimbursement in health care*. Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam.

NRC (2012) *Schippers onderhandelt over dure medicijnen – harde norm ontbreekt*. Bericht op www.nrc.nl, 31 juli.

Poley, M.J., E.A. Stolk, W.B.F. Brouwer en J.J. van Busschbach (2002) Ziekteelast als uitwerking van het criterium ‘noodzakelijkheid’ bij het maken van keuzen in de zorg. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 146(48), 2312–2315.

Pomp, M.J., W.B.F. Brouwer en F.F.H. Rutten (2007) QALY-tijd. Nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen. *iMTA report / CPB rapport*, 152. Den Haag: CPB.

Rutten, F.F.H. (2012) *Naar een kosteneffectief basispakket: wat kan de gezondheidseconomie bijdragen?* Afscheidscollege, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Rutten, F.F.H. en W.B.F. Brouwer (2002) Meer zorg bij beperkt budget; een pleidooi voor een betere inzet van het doelmatigheidscriterium. *Nederlands Tijdschrift voor de Geneeskunde*, 146(47), 2254–2258.

RVZ (2004) *Gepaste zorg*. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer.

RVZ (2006) *Zinnige en duurzame zorg*. Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer.

Stolk, E.A., G. van Donselaar, W.B.F. Brouwer en J.J. van Busschbach (2004) Reconciliation of economic concerns and health policy: illustration of an equity adjustment procedure using proportional shortfall. *PharmacoEconomics*, 22(17), 1097–1107.

VWS (2012) *Kamerbrief voortgangsrapportage kwaliteitsinstituut*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 12 april.

Wetering, L. van de, E.A. Stolk, N.J.A. van Exel en W.B.F. Brouwer (2012) Balancing equity and efficiency in delimiting the Dutch basic benefits package using the principle of proportional shortfall. *European Journal of Health Economics*, te verschijnen