

Meer zorg bij beperkt budget; een pleidooi voor een betere inzet van het doelmatigheids criterium

F.F.H. RUTTEN EN W.B.F. BROUWER

De vraag naar zorg overstijgt nog altijd het aanbod. Dit geldt ook in financiële zin: het zorgbudget is niet toereikend om aan alle vraag naar zorg te voldoen. Daarom dienen er keuzen gemaakt te worden in de zorg. De komende periode worden deze keuzen weer nijpend: er is immers ruimte voor een volumegroei van slechts 2,5%, terwijl er wel wordt toegewerkt naar vraagsturing en terwijl de roep om het verkorten van de wachtlijsten aanhoudt. In het strategisch akkoord stelden de regeringspartijen dan ook: 'Als de huidige beperkingen van het aanbod worden verminderd, zullen productie en kosten stijgen. Door het vergroten van de doelmatigheid en het terugdringen van het ziekteverzuim kan met het huidige budget meer zorg worden gefinancierd.'¹

Het vergroten van de doelmatigheid op de werkvloer staat dus hoog op de politieke agenda, maar evenzeer zou de aandacht moeten worden gericht op de doelmatigheid van het beleid. Dit geldt met name voor de inzet van het criterium 'doelmatigheid' bij het beoordelen van de introductie en financiering van nieuwe interventies en programma's. Jaarlijks komen vele nieuwe mogelijkheden tot effectieve gezondheidszorg beschikbaar. Vaak moet men daar echter veel voor betalen. Dat geldt niet alleen voor geavanceerde medische technologieën, zoals het longtransplantatieprogramma, maar ook voor de grote consumptie van op zich relatief goedkope nieuwe geneesmiddelen en voor het gebruik in het ziekenhuis van zeer dure nieuwe geneesmiddelen (bijvoorbeeld ReoPro (abciximab) en Taxol (paclitaxel)).

In dit artikel willen wij aangeven hoe men informatie over doelmatigheid van nieuwe technologieën systematischer en consistent kan gebruiken om te komen tot een betere inzet van de schaarse middelen in de zorg. Bij de introductie van nieuwe technologieën is een aantal stappen te onderscheiden: 1. toelating tot de gezondheidszorg op basis van effectiviteit en veiligheid; 2. financiering vanuit de sociale (en particuliere) zorgverzekering (toevoeging aan het verstrekkingenpakket); 3. periodieke toetsing van het besluit tot financiering op basis van gegevens over de kosten en effecten in de praktijk van de zorg (uitkomstenonderzoek); 4. het bevorderen van een kosteneffectieve inzet in de praktijk van deze medische technologieën.

SAMENVATTING

De doelmatigheid van de gezondheidszorg in Nederland is gebaat bij een consequente beschouwing van de kosteneffectiviteit van interventies en programma's bij een aantal beleidsstappen. Deze betreffen het initiële besluit tot financiering, de periodieke toetsing daarvan op basis van praktijkgegevens, en het beleid ter bevordering van een kosteneffectieve inzet in de praktijk (via praktijkrichtlijnen). Mede omdat de overheid beperkte extra middelen voor de gezondheidszorg wil uittrekken, zou zij maatregelen moeten nemen om het systematisch gebruik van dergelijke informatie bij deze stappen te garanderen. Als voorbeeld kan het National Institute for Clinical Excellence (NICE) in het Verenigd Koninkrijk dienen, waar men breed gedragen richtlijnen maakt met systematische aandacht voor kosteneffectiviteit en implicaties voor de gezondheidszorg. De vraag dient zich in dit verband aan of er behoefte is aan een Nederlandse variant van NICE.

Bij de stappen 2, 3 en 4 is het belangrijk dat men informatie heeft over de kosteneffectiviteit van deze nieuwe technologieën en men dient deze informatie ook in de besluitvorming te betrekken. Daarbij kan worden opgemerkt dat men niet zozeer door een beperking van het aantal verstrekkingen (dus door versmalling van het pakket) tot grotere doelmatigheid komt, als wel door een kosteneffectieve en dus vaak (naar indicatie) beperkte inzet van middelen voor interventies.

Op dit moment wordt deze informatie bij diverse soorten technologieën in verschillende mate ingezet; met name bij de stappen 3 en 4 gebeurt dat nog nauwelijks. Vele organen zijn betrokken bij onderdelen van de besluitvorming, maar coördinatie ontbreekt, de informatie wordt niet consistent ingezet en de schaarse expertise is verbrokken. Verder wordt het beleid voor de verschillende soorten technologieën gevoerd op verschillende niveaus van besluitvorming. Zo kunnen ziekenhuizen zelf beslissen over de invoering van nieuwe behandelmethoden of over het gebruik van nieuwe ziekenhuisgeneesmiddelen, terwijl over de vergoeding van extramurale geneesmiddelen wordt geoordeeld door de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS), die daarbij ondersteund wordt door het College voor zorgverzekeringen (CVZ). De minister beslist ook over belangrijke programma's, zoals de transplantatieprogramma's, en over activiteiten op volksgezondheids-terrein, zoals screeningsprogramma's. Hoe kunnen we het doelmatigheids criterium in de verschillende stappen verankeren en welke institutionele vormgeving past daarbij?

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

Prof.dr.F.F.H.Rutten, econometrist; dr.W.B.F.Brouwer, econoom.

Correspondentieadres: prof.dr.F.F.H.Rutten (f.rutten@bmg.eur.nl).

FINANCIERINGSBESLUIT BIJ INTRODUCTIE

De eerste fase waarin wordt gekeken naar de doelmatigheid van een zorginterventie is die waarin een besluit wordt genomen over de financiering van de betreffende interventie. Gegeven het Nederlandse verzekeringsstelsel dient de overheid in het kader van de Ziekenfondswet voor alle ziekenfondsverzekerden aan te geven welke zaken wel of niet in het verstrekkingenpakket zijn opgenomen. In de praktijk worden echter veel nieuwe medische voorzieningen niet formeel beoordeeld. Bepaalde technologische vorderingen vinden plaats binnen de medische wereld en worden 'sluipenderwijs' ingevoerd in de behandelpraktijken in ziekenhuizen. Verzekeraars vergoeden deze zorg 'zoals in de kring der beroepsbeoefenaren gebruikelijk'. De Ziekenfondswet specificiert dus niet precies welke behandelingen er mogelijk zijn en een formeel financieringsbesluit is er in veel gevallen dan ook niet. Er zijn in dat opzicht duidelijke verschillen op te merken tussen de diverse typen zorg. Hieronder geven wij voor algemene technologieën, geneesmiddelen en hulpmiddelen kort weer hoe doelmatigheid nu bij de besluitvorming wordt betrokken.

Algemene medische technologieën

Bij een nieuwe algemene medische technologie wordt veelal niet overgegaan tot een formele beoordeling. Dit geldt niet in alle gevallen. Wanneer nieuwe medische technologieën omstreken zijn (vanwege budgettaire impact, hoge kosten per behandeling of anderszins), wordt soms nader bezien in hoeverre een interventie voldoet aan doelmatigheidscriteria. Zo heeft men longtransplantatie getoetst op kosteneffectiviteit (om uiteindelijk overigens over te gaan tot opname in het verstrekkingenpakket ondanks de geringe kosteneffectiviteit). In andere gevallen vindt invoering plaats zonder een doelmatigheidstoets, hoewel zo'n toetsing voor de hand ligt (een voorbeeld is de tijdelijke regeling omtrent *Legionella*-preventie in leidingwater). Ook is er het doelmatigheidsprogramma van ZorgOnderzoek Nederland-Medische Wetenschappen (ZON-MW) (dit programma is de opvolger van het programma 'Ontwikkelingsgeneeskunde' van het College voor zorgverzekeringen); dit geeft veel informatie over de kosteneffectiviteit van nieuwe interventies, maar er is nog niet vastgesteld wat het feitelijke effect hiervan is op de praktijk van de zorg. Helaas worden de onderzoeksconclusies niet altijd eenduidig teruggevonden in de aanbevelingen die het College verplicht is uit te brengen naar aanleiding van afgeronde doelmatigheidsprojecten. Zo adviseerde het College onlangs om weer een proefimplementatie van cognitieve gedragstherapie bij patiënten met het chronischevermoeidheidsyndroom te ondersteunen, terwijl ZON-MW op basis van het afgesloten ontwikkelingsgeneeskundeproject concludeerde dat dit geen kosteneffectieve behandeling is. Er ontbreken dus richtlijnen die duidelijk aangeven in welke gevallen kosteneffectiviteitsinformatie zou moeten worden gegeven, en als die informatie er is, wordt deze niet altijd gebruikt.

Geneesmiddelen

De beoordeling van nieuwe geneesmiddelen ligt in handen van de commissie Farmaceutische Hulp van het CVZ, waarbij de nadruk ligt op de therapeutische waarde van het geneesmiddel en de doelmatigheid ervan in relatie tot andere middelen. Deze commissie adviseert de minister, die uiteindelijk beslist. Voor nieuwe geneesmiddelen met eenzelfde werking als reeds bestaande middelen geldt dat deze vlot kunnen worden opgenomen in het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS). Voor deze geneesmiddelen geldt het reeds toegelaten middel als referentie voor de maximale vergoeding. Voor geneesmiddelen met een nieuwe werkzame stof (innovatieve geneesmiddelen) die therapeutisch gelijkwaardig zijn met bestaande middelen, geldt de vergoedingslimiet van het referentiemiddel in dat cluster. Indien er geen therapeutisch gelijkwaardige alternatieven bestaan, moet het middel (via farmaco-economisch onderzoek van kosten en effecten) op zichzelf worden beoordeeld; bij positieve beoordeling kan vergoeding plaatsvinden. Momenteel worden bedrijven uitgenodigd om het verslag van een dergelijk onderzoek te tonen en in 2005 wordt dit een verplichting. Dit biedt de garantie dat het criterium 'kosteneffectiviteit' tenminste in de overwegingen wordt meegenomen. Om de innovatie niet te veel te belemmeren zou men kunnen overwegen een voorziening te maken voor voorlopige invoering onder 'experimentele omstandigheden', die met prudentie wordt gebruikt (zoals de Food and Drug Administration in de VS doet).

Hulpmiddelen

Wat het beslissen over de vergoeding van hulpmiddelen betreft, is er niets geregeld omtrent de beoordeling van doelmatigheid. Gedeeltelijk heeft dit te maken met het feit dat een deel van de extramurale hulpmiddelen er vooral op gericht is het leven met een gezondheidsbeperking te vergemakkelijken en dus eigenlijk buiten de gezondheidszorg valt. Wat betreft de wél onder de gezondheidszorg vallende hulpmiddelen (met name de intramuraal gebruikte) zou doelmatigheidsonderzoek de bouwstenen kunnen leveren voor de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen en kunnen bijdragen aan een professionalisering van de inkoop.² Op centraal niveau is geen sturing of systematische inzet van doelmatigheidsinformatie aanwezig.

PERIODIEKE TOETSING OP BASIS VAN UITKOMSTEN IN DE PRAKTIJK

In Nederland ontbreekt een periodieke toetsing op basis van praktijkgegevens om te bezien in hoeverre de initiële resultaten aangaande de kosteneffectiviteit, die vaak berusten op observaties in een klinische-trialsetting, in de praktijk worden gehaald. Zo geldt voor geneesmiddelen dat de beoordeling om toegelaten te worden tot het GVS een eenmalige toets is. Om ervoor te zorgen dat een medicament voor vergoeding in aanmerking komt, moet de producent een aantal kerngegevens over het middel verschaffen. Dit gebeurt in principe eenmaal, waarna toelating of afwijzing volgt. Wat er daarna

in de praktijk met een geneesmiddel gebeurt, wordt niet gevolgd. Een middel kan in een gecontroleerde klinische trial heel effectief lijken, maar in werkelijkheid minder gunstig zijn, bijvoorbeeld omdat ook een ander type patiënten (met comorbiditeit of andere kenmerken) dan de onderzochte groep het krijgt voorgeschreven of omdat de uiteindelijke gebruikers het medicament wellicht minder nauwkeurig innemen dan de onderzochte groep.³ Ook kan het middel worden voorgeschreven buiten de geregistreerde indicatie of buiten de indicatie waartoe vergoeding beperkt is.

Een ander interessant gegeven voor de beoordeling van medicijnen is de gedefinieerde dagelijkse dosis ('defined daily dose'; DDD). Op basis van deze standaarddosering wordt de prijs van het geneesmiddel bepaald. De werkelijke dosering ('prescribed daily dose'; PDD) blijkt echter nogal eens af te wijken van de DDD. Een dergelijke afwijking kan tot substantiële kostenverschillen leiden, zoals blijkt uit de vergelijking van twee maagzuurremmers: Losec (omeprazol) en Pantozol (pantoprazol). Op basis van de geleverde informatie (dus op basis van de DDD) is Losec net iets goedkoper dan Pantozol, maar als gevolg van een hogere werkelijke dosering (PDD) van Losec is Pantozol eigenlijk goedkoper (het verschil is 35 tot 66 miljoen euro op jaarbasis, afhankelijk van de dosering van Pantozol (prof.dr. B.A. van Hout; posterpresentatie 10-10-2001 tijdens de United European Gastroenterology Week; abstractnr. 2998; www.uegf.org/uegw2001)).⁴

In het buitenland wordt geëxperimenteerd met arrangementen waarbij zowel de producent van een farmaceutisch product als de overheid/financiers de verantwoordelijkheid voor dat product op zich nemen. Dit kan betrekking hebben op volume, omzet en marktaandeel, op het gebruik van het geneesmiddel (indicatie), of op (kosten)effectiviteit.

Volume, omzet en marktaandeel

In diverse landen, waaronder Frankrijk en Canada (Ontario), is ervaring opgedaan met afspraken over volume, omzet en marktaandeel van geneesmiddelen voor een bepaalde periode. In Frankrijk maakt de Commission de la Transparence afspraken met producenten over volumes of budgetten (soms op indicatieniveau) met bijbehorende terugbetalingsregelingen of verlaging van prijzen als de afgesproken doelen niet worden bereikt. Ook in Ontario worden grenzen aan de omzet gesteld met de afspraak dat men (een deel van) de kosten van geneesmiddelen moet terugbetalen bij overschrijding van de limiet.

In de Verenigde Staten maken sommige 'health maintenance organizations' afspraken over het marktaandeel van goedkopere medicijnen (bijvoorbeeld 75% van de eerstelijnsantibiotica bij otitis media). Het voordeel van deze arrangementen is dat monitoring van de afspraken betrekkelijk eenvoudig is, maar het is de vraag of ze bijdragen aan de doelmatigheid van de zorg. Ook kan men zich afvragen of prijsverlagingen door (kleine) nationale overheden kunnen worden afgedwongen in het Europese krachtenveld.

Gebruik van een bepaald geneesmiddel

Gedetailleerder zijn de afspraken over het juiste gebruik van een bepaald geneesmiddel. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan de voorwaarden die worden gesteld aan de vergoeding van statinen in Nederland. Monitoring is dan beduidend lastiger, zoals de praktijk bij de statinen heeft uitgewezen. Een ander voorbeeld is de eis die de autoriteiten in Ontario hebben gesteld aan de geneesmiddelenproducent Pharmacia (inmiddels gefuseerd met Pfizer) om de juiste indicatie voor celecoxib in de praktijk vast te stellen voor patiënten met chronische pijn. Financiële ontmoediging van gebruik anders dan voor geregistreerde indicaties draagt in potentie meer bij aan doelmatigheid, maar ook hier kan men de vraag stellen wie verantwoordelijk kan worden gehouden voor gebruik buiten deze indicaties en hoe dit kan worden vastgesteld.

(Kosten)effectiviteit in de praktijk

De beste indicator voor arrangementen met 'gedeelde verantwoordelijkheid' is de (kosten)effectiviteit in de praktijk. Een fraai voorbeeld hiervan is de afspraak tussen de provinciale overheid van Saskatchewan (Canada) en producent MSD over de effectiviteit van Proscar (finasteride) met betrekking tot het uitstel van een prostaatoperatie. Alleen als deze met Proscar tenminste een jaar werd uitgesteld, werd het middel vergoed. De meest verrijnde vorm van het delen van verantwoordelijkheid is de afspraak van de Engelse overheid met producenten van geneesmiddelen voor patiënten met multiple sclerose (Avonex, Betaferon, Rebif (alledrie: interferon bèta) en Copaxone (glatirameer)). Deze middelen worden vergoed voorzover de inzet ervan niet meer kost dan £ 36.000 per voor kwaliteit gecorrigeerd gewonnen levensjaar (QALY). Wordt deze drempel overschreden, dan wordt de vergoeding per geneesmiddel evenredig verminderd. De neuroloog dient per patiënt de benodigde gegevens te leveren. De potentieel grote bijdrage aan doelmatigheid moet hier afgezet worden tegen de (hoge) kosten van monitoring.

De genoemde periodieke toetsing is uiteraard niet alleen van belang voor geneesmiddelen, maar ook voor andere interventies. Men kan daarbij bijvoorbeeld denken aan de huidige discussie over de kosten en baten van borstkankerscreening.

PRAKTIJKRICHTLIJNEN VOOR KOSTENEFFECTIEVE ZORG

Informatie over (kosten)effectieve zorg is op dit moment op verschillende manieren te verkrijgen: via wetenschappelijke literatuur, congressen en symposia, promotiemateriaal, richtlijnen voor praktijkvoering, het *Farmacotherapeutisch kompas* et cetera. Voor de individuele behandelaars is het niet eenvoudig om uit de veelheid van informatiebronnen de relevante elementen te destilleren. Een belangrijke activiteit in dat verband is het ontwikkelen van richtlijnen voor praktijkvoering door medisch- en paramedisch-wetenschappelijke verenigingen, door het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO (CBO) en door het Nederlands

Huisartsen Genootschap (NHG), waarbij ook gebruik wordt gemaakt van informatie die reeds is verzameld en gesynthetiseerd door de Cochrane Collaboration of andere organisaties. De Werkgroep Onderzoek Kwaliteit (WOK) in Nijmegen heeft diverse studies uitgevoerd om inzicht te verwerven in de factoren die invloed hebben op de mate waarin die richtlijnen leiden tot verbetering in de zorg. Het CBO heeft aan een aantal richtlijnen indicatoren gekoppeld om aan de hand daarvan te beoordelen of gestelde doelen ook worden bereikt in de praktijk.

In de voortgangsrapportage 'Medische technology assessment en doelmatigheid van zorg', die op 2 april 1997 door de minister van VWS werd gezonden aan de voorzitter van de Tweede Kamer, werd voorgesteld om bij de ontwikkeling van richtlijnen ook het aspect 'kosteneffectiviteit' te betrekken en zo te komen tot richtlijnen die niet alleen een effectieve, maar ook een kosten-effectieve zorg propageren. In het kader van het hiermee geïnitieerde programma, uitgevoerd in samenwerking met het Institute for Medical Technology Assessment (iMTA), werden 17 richtlijnen ontwikkeld, waarin informatie over kosteneffectiviteit werd benut bij het formuleren van de aanbevelingen voor de praktijk van de zorg. Na deze pilotstudie is dit programma beëindigd 'bij gebrek aan middelen' (een voorbeeld van kapitaalvernietiging: expertise lost op, samenwerkingsrelaties verdwijnen). Ter bevordering van doelmatigheid op de werkvloer zou wat betreft praktijkrichtlijnen voor kosteneffectieve zorg systematischer aandacht moeten worden gegeven aan de selectie van onderwerpen, de timing, de erbij te betrekken aspecten, de verspreiding van de richtlijnen en het stimuleren van de toepassing ervan.

Wat dat betreft kunnen we leren van de Britse situatie, waar het National Institute for Clinical Excellence (NICE) totstandgekomen is. Hoewel er zeker kritische geluiden zijn met betrekking tot NICE,⁵ valt een aantal positieve zaken op:

- De technologieën die in aanmerking komen voor beoordeling, worden geselecteerd op basis van expliciete criteria.
- Het proces van richtlijnontwikkeling is transparant en onafhankelijk (het instituut staat op afstand van de overheid en de aanbevelingen worden sterk gestuurd door wetenschappelijke bevindingen).
- Bij het proces worden alle belangrijke partijen betrokken (met hoor en wederhoor), hetgeen positieve gevolgen heeft voor het draagvlak en de acceptatie van aanbevelingen.
- Er wordt systematisch aandacht besteed aan kosteneffectiviteit en verdere implicaties voor de gezondheidszorg.
- Alle beschikbare informatie wordt meegenomen en partijen worden uitgenodigd informatie te verschaffen.
- De resultaten krijgen in rapporten met aanbevelingen op basis van 'technology assessment' een professionele vormgeving (duidelijk, uniform en overzichtelijk) en ze zijn via een goede website (www.nice.org.uk) toegankelijk.

- Sinds januari 2002 zijn de richtlijnen dwingend in de zin dat patiënten aanspraak kunnen maken op zorg zoals die in de richtlijnen omschreven is en dat aanbieders die zorg moeten leveren. De regionale autoriteiten binnen de National Health Service dienen hierop toe te zien en moeten ook over de implementatie van de richtlijnen rapporteren.

- In korte tijd heeft NICE een stevige reputatie opgebouwd en de invloed van dit instituut gaat verder dan die van de National Health Service.

NICE vervult in het Verenigd Koninkrijk dus een belangrijke functie door ondersteuning met relevante informatie te bieden aan hulpverleners en beleidsmakers in de zorg. In Nederland wordt die functie vervuld door meerdere partijen, op een manier die onvoldoende garanties biedt voor een wezenlijke bijdrage aan de doelmatigheid van de zorg. In dat kader lijkt de stelselherziening meer verantwoordelijkheid in de richting van de verzekeraars te schuiven. Zij zouden kosteneffectief handelen van de verschillende zorgverleners verder kunnen bevorderen (direct, bijvoorbeeld via afspraken in contracten over het gebruik van richtlijnen en de toetsing daarvan; of indirect, bijvoorbeeld via een op richtlijnen geënte 'diagnose-behandelingcombinatie' (DBC)-vergoeding voor ziekenhuizen).

Ook wanneer de zorgverzekeraars zich in de toekomst meer gaan bezighouden met het inkopen van zorg, zal de functie van doelmatigheidsbevordering niet automatisch worden vervuld. Individuele zorgverzekeraars zullen zich er niet voor inzetten vanwege het 'free rider'-probleem, dat wil zeggen dat andere zorgverzekeraars gratis meeprofiteren van (inspanningen voor) doelmatigheidsverbeteringen. De vraag komt dus op hoe deze functie in Nederland beter kan worden uitgeoefend.

OP NAAR EEN NEDERLANDS INSTITUUT VOOR DOELMATIGHEIDSBEVORDERING?

In Nederland wordt voldaan aan de voorwaarden voor het meenemen van doelmatigheidsoverwegingen in het beleid: de wetenschappelijke verenigingen zijn ertoe bereid zich in te zetten voor kosteneffectieve zorg, er is voldoende expertise op het terrein van kosteneffectiviteitsanalyse, en er is traditioneel bij de overheid en haar adviesorganen belangstelling voor het vraagstuk van doelmatigheid. Toch komen tot dusver de systematische beschouwing van kosteneffectiviteit van zorg in het gezondheidszorgbeleid alsmede de verspreiding van praktijkrichtlijnen voor kosteneffectieve zorg niet van de grond. Het lijkt te ontbreken aan planning, gelijkvormigheid, transparantie van het proces, continuïteit van de financiering, en systematische aandacht voor de implementatie en het draagvlak om doelmatigheid in de verstrekking van zorg goed gestalte te geven.

Wel zijn vele partijen betrokken bij de onderwerpen 'doelmatigheid' en 'health technology assessment' (HTA): ZON-MW met het programma 'Doelmatigheidsonderzoek', de Raad voor Gezondheidsonderzoek en het eraan gelieerde HTA-platform met selectie van onderwerpen voor HTA, de programmacommissie

Doelmatigheid van het CVZ en de kerncommissie HTA van de Gezondheidsraad met advisering over onderwerpen uit de zogenaamde '126-lijst' en de latere 'lijst van 31' (beide lijsten bevatten onderwerpen waarover met voorrang op basis van evaluatieonderzoek moet worden geadviseerd), en de commissie Farmaceutische Hulp met geneesmiddelenvergoeding op grond van kosteneffectiviteit. Deze betrokkenheid leidt echter niet tot het effectief inzetten van de schaarse kennis en ervaring betreffende de toepassing van HTA in het beleid, zoals dat wel is gelukt met de instelling van NICE.

Derhalve lijkt de tijd rijp voor een gecoördineerde inspanning van alle betrokken partijen om te bevorderen dat informatie over kosteneffectiviteit tijdig wordt gegenereerd en systematisch wordt ingezet in de stappen 2, 3 en 4 als hiervóór beschreven. Dit moet gebeuren voor nieuwe belangrijke programma's op het terrein van de 'public health', voor alle geneesmiddelen met aantoonbaar grotere effectiviteit dan bestaande middelen, en voor de overige (nieuwe) technologieën waarvan de kosten hoog zijn, waarbij de onzekerheid omtrent de meerwaarde aanzienlijk is of waarbij de kans op ondoelmatige inzet groot is (vergelijk ook de criteria die worden gehanteerd door NICE). Er moet dus worden voortgebouwd op bestaande activiteiten, maar wel in een strakke regie en met een systematischer aandacht voor implementatie dan momenteel getoond wordt. Op die wijze kan de kennis op dit terrein die in Nederland en elders reeds aanwezig is, zich optimaal vertalen in een doelmatiger zorg.

Het is de vraag of een Nederlandse variant van NICE past in een context waarin de overheid zich terugtrekt ten faveure van de regionale actoren en waarin partijen veel meer vrijheid kennen dan in de 'beheer-en-controleerstructuur' van de National Health Service. Wij denken dat het onderbrengen van de regiefunctie op dit terrein in een bestaande of nieuwe institutie noodzakelijk is, gegeven de lastige keuzen in de toekomst over wat nog wel en wat niet meer collectief financieerbaar is. Doelmatigheidsoverwegingen, expliciet gemaakt met behulp van op de beleidssituatie geënte kosteneffectiviteitsratio's, kunnen bij deze keuzen niet meer ontbreken. Het samenbrengen van activiteiten als de selectie van onderwerpen, het creëren van een draagvlak door inspraakmogelijkheden en transparantie, het opstellen van 'evidence-based' aanbevelingen en de professionele verspreiding daarvan, lijkt een belangrijke stap naar verantwoorde besluitvorming.

De overheid heeft gekozen voor het model van de gereuleerde competitie in de gezondheidszorg en dient dus de condities te scheppen waaronder dat model suc-

cesvol kan zijn. Eén van die condities is dat partijen in de zorg voldoende informatie krijgen over de doelmatigheid van zorgprogramma's; een andere voorwaarde is dat er een scherpe evidence-based afbakening komt van het basispakket dat zij moeten garanderen. Dat is een collectief goed, dat niet door partijen zal worden voortgebracht vanwege de eerdergenoemde free-riderproblematiek en de hoge kosten. Bovendien dient het maatschappelijk perspectief te overwegen wanneer aanbevelingen voor de financiering worden gedaan en praktijkrichtlijnen worden opgesteld, hetgeen bij een door de overheidsplannen onvermijdelijke commercialisering van de zorg niet vanzelf spreekt. Nu de overheid met het huidige budget meer zorg wenst te financieren, zal zij deze verandering zelf moeten initiëren, organiseren en betalen.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

ABSTRACT

More care for a limited budget; a case for a better use of the efficiency criterion. – A systematic consideration of the cost-effectiveness in decisions concerning the financing and implementation of healthcare technologies would contribute to the efficiency of the Dutch healthcare system. This consideration applies to the initial decision to finance a project, the periodic testing of this on the basis of practice data and the policy to promote a cost-effective approach in daily practice (via practice guidelines). Bearing in mind that the government has decided to allocate few additional resources to healthcare, it should undertake measures to ensure the systematic use of such information in these steps. The National Institute for Clinical Excellence (NICE) in the United Kingdom can serve as an example, where broadly supported guidelines are drawn up with systematic attention for the cost-effectiveness and the implications for healthcare. Within this context the question arises as to whether a Dutch variant of NICE is needed.

LITERATUUR

- ¹ Tweede Kamer der Staten-Generaal. Strategisch akkoord 2002. Kamerstukken 2001-2002, 28.375 nr. 5.
- ² Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Medische hulpmiddelen. Zoetermeer: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg; 1997.
- ³ Herings RMC, Leufkens HGM, Heerdink ER, Klungel OH, Breckveldt-Postma NP. Chronic Pharmacotherapy Forever: a study into the extent, determinants and possible economic consequences of non-persistence with chronic pharmacotherapy. Utrecht: PHARMO Institute; 2002.
- ⁴ Brouwer WBF, Rutten FFH. GVS geeft verkeerde signalen. Economische Statistische Berichten 2001;86:884-6.
- ⁵ Smith R. The failings of NICE. BMJ 2000;321:1363-4.

Aanvaard op 26 september 2002