

# Gebruik bestaand afwegingskader bij heropstarten zorg

Tijdens de coronacrisis heeft de reguliere zorg grotendeels stilgelegen. Nu de zorg weer opstart moeten we nadenken over de volgorde waarin dat het beste gedaan kan worden. Alleen kijken naar urgentie is daarbij niet genoeg.

## IN HET KORT

- De capaciteit van de gezondheidszorg is onvoldoende om alle zorg weer op te starten en in te halen.
- Het afwegingskader voor de samenstelling van het basispakket van de zorgverzekering vormt daarvoor een goed uitgangspunt.
- Naast urgentie moeten effectiviteit, doelmatigheid en uitvoerbaarheid meegewogen worden bij de zorgprioritering.

## PIETER BAKX

Universitair hoofddocent aan de Erasmus Universiteit Rotterdam (EUR)

## PIETER VAN BAAL

Universitair hoofddocent aan de EUR

## JOB VAN EXEL

Hoogleraar aan de EUR

## BRAM WOUTERSE

Universitair docent aan de EUR

**D**oor de coronacrisis is een belangrijk deel van de reguliere zorg stil komen te liggen. In de drie weken na de afkondiging door de overheid van de eerste coronamaatregelen om de verspreiding van het virus te vertragen, liep het aantal verwijzingen vanuit de huisarts naar het ziekenhuis terug van ruim 100.000 per week naar 25.000 tot 38.000 per week (NZa, 2020a). Zelfs wat betreft urgente, potentieel levensbedreigende aandoeningen waren er in maart en april minder ziekenhuisopnames (NOS, 2020).

Deze afname van reguliere zorg kwam enerzijds door minder aanbod, aangezien er minder zorgpersoneel en bedden beschikbaar waren of bepaalde risicogroepen uit voorzorg werden geweerd. Dat laatste blijkt uit het feit dat voor 290.000 mensen met een verwijzing een afspraak is uitgesteld of verplaatst (NZa, 2020a). Anderzijds hebben mensen ook zelf afgezien van een bezoek aan de huisarts of specialist uit angst voor besmettingsrisico (Patiëntenfederatie Nederland, 2020).

Langzaamaan wordt nu de reguliere zorg weer opgestart – zo neemt het aantal spoedverwijzingen en kankerdiagnoses weer toe (NZa, 2020a; IKNL, 2020). De effecten van de coronacrisis op de zorg zijn echter voorlopig nog niet voorbij, en de komende maanden zullen er nog voortdurend keuzes moeten worden gemaakt over welke zorg er aan welke patiënten geleverd kan worden. De uitdaging is dan ook hoe de zorg het best opnieuw opgestart kan worden.

## Lagere capaciteit noopt tot scherpere keuzes

Een deel van de zorg zal ingehaald moeten worden, en deze

zorg komt dan bovenop de zorg die normaliter al in die periode geleverd zou worden. Vanwege de coronacrisis is de bestaande capaciteit in de komende periode nog niet volledig te benutten. Dit betekent dat er voor langere tijd, waarschijnlijk ook nog volgend jaar, scherpere keuzes gemaakt moeten worden dan normaal over wie er wanneer behandeld wordt, en wie (nog) niet.

De nadruk ligt tot nu toe op de urgente zorg – zo blijkt uit de urgentielijst van de NZa (2020b), die kan dienen als leidraad bij het weer opstarten van de ziekenhuiszorg. Ongeveer twee derde van de zorgtrajecten vallen echter buiten de categorieën waarbij de zorg binnen een maand moet worden geleverd (NZa, 2020b). Ook voor deze zorg zullen de komende maanden keuzes gemaakt moeten worden, waarbij wat de medische urgentie is doorgaans lastig te bepalen is. Bovendien zijn daarbij ook andere criteria belangrijk, zoals effectiviteit, doelmatigheid en uitvoerbaarheid.

## Afwegingskader toepassen op huidige situatie

Bestaande instrumenten kunnen helpen bij de opstartkeuzes. Ook in normale tijden moeten er keuzes gemaakt worden over hoe de middelen het beste te verdelen zijn. Bij een gelijkblijvend budget gaat een nieuwe, dure behandeling namelijk ten koste van de bestaande zorg (Van Baal et al., 2019). De inzichten en overwegingen die hierbij spelen, kunnen helpen om in deze bijzondere tijd tot goede beslissingen te komen.

De verdeling van schaarse middelen vindt het meest expliciet plaats bij beslissingen om nieuwe geneesmiddelen in het door de basisverzekering vergoede pakket op te nemen. Hierover beslist uiteindelijk de minister, maar die wordt daarbij geadviseerd door Zorginstituut Nederland.

Voor die adviezen gebruikt het Zorginstituut een expliciet afwegingskader bestaande uit vier criteria – noodzakelijkheid, effectiviteit, doelmatigheid en uitvoerbaarheid – waarbij per geval de weg van de criteria kan wisselen (Zorginstituut Nederland, 2017). Dit kader zorgt ervoor dat inzichtelijk is welke medische en niet-medische aspecten relevant zijn voor de besluitvorming. Dat zorgt voor consistente en transparante adviezen, en op die manier ook voor meer draagvlak bij gevoelige besluiten.

De afweging waar we voor staan bij het weer opstarten en inhalen van reguliere zorg als de capaciteit beperkt is, wijkt niet echt veel af van de keuzes over het besteden van schaarse middelen in normale omstandigheden, en het belang van consistentie, transparantie en draagvlak zal daarbij minstens even groot zijn. Het ligt dus voor de hand om het bestaande afwegingskader als uitgangspunt te nemen.

Het toepassen van de criteria uit het afwegingskader op de vraag in welke volgorde de zorg opnieuw opgestart moet worden, vereist echter wel dat de vier criteria deels anders ingevuld gaan worden en dat men meer informatie verzamelt dan tot nu toe het geval is.

### *Noodzakelijkheid*

De noodzakelijkheid van behandelingen wordt mede bepaald op basis van de ziektelast van de te behandelen aandoening. Die ziektelast wordt uitgedrukt als het relatieve verlies aan gezonde levensjaren ten gevolge van de aandoening. Het criterium ‘noodzakelijkheid’ betekent dat patiënten met een groter relatief gezondheidsverlies, zoals kankerpatiënten en patiënten met een heupfractuur, voorrang zouden moeten krijgen op patiënten met een kleiner verwacht gezondheidsverlies, zoals patiënten met slaapapneu, een liesbreuk of carpaletunnelsyndroom (Zorginstituut Nederland, 2018). Over de ziektelast is voor vrijwel alle aandoeningen informatie beschikbaar die via gestandaardiseerde meetinstrumenten is verkregen en onderling vergelijkbaar is (Versteegh et al., 2019).

### *Effectiviteit en doelmatigheid*

Het criterium ‘effectiviteit’ gaat over de vraag of er wetenschappelijk bewijs is dat een behandeling werkt. Het criterium ‘doelmatigheid’ ligt in het verlengde van effectiviteit: het weegt de kosten van zo’n behandeling tegen de gezondheidswinst die ermee wordt behaald, uitgedrukt in gezonde levensjaren (*quality-adjusted life years* – QALY’s). Een QALY staat dus gelijk aan het aantal gewonnen levensjaren, gewogen naar gezondheid. Die gezondheid wordt uitgedrukt op een schaal van 0 tot 1, waarbij 1 gelijk staat aan een volledig gezond levensjaar en 0 aan dood. Om te bepalen of een behandeling doelmatig is, wordt er een grens gebruikt voor de maximale kosten per gewonnen QALY’s. Die grens ligt hoger voor ziektes met een grote ziektelast dan voor die met een lage ziektelast (Reckers-Droog et al., 2018).

Doelmatigheid en verdringing hangen nauw met elkaar samen. Een niet-doelmatige behandeling die toch in het pakket komt (of blijft), verdringt bij een beperkt budget andere behandelingen die tegen dezelfde kosten een grotere gezondheidswinst opleveren.

Over de effectiviteit en doelmatigheid weten we echter slechts voor een klein deel van de zorg iets (Ministerie van Financiën, 2020). Alleen aangaande nieuwe behandelingen, en dan vooral wat betreft geneesmiddelen, worden de effectiviteit en doelmatigheid systematisch onderzocht. Verder is de effectiviteit vaak alleen evident voor interventies die bestaande klachten vrijwel onmiddellijk verminderen, zoals een knievervanging of een staarbehandeling. Zo leidt een knievervanging tot een gezondheidswinst van naar schatting 0,064 op een schaal van 0 tot 1 (Tengs en Wallace, 2000). Het geschatte gezondheidsverlies bij staar – en dus de beste schatting van het behandelingseffect – ligt tussen de 0,02 en de 0,26 (Global Burden of Disease Collaborative Network, 2017). De gezondheidswinst van een staarbehandeling laat overigens zien dat één behandeling niet bij alle patiënten een even grote opbrengst heeft: in dit geval hangt die bijvoorbeeld samen met de ernst van de zichtbeperking vóór de operatie. In de afweging dient

dus ook onderscheid gemaakt te worden tussen verschillende patiëntgroepen.

Veel interventies zijn echter gericht op het voorkómen van klachten of van ziekteprogressie, en dan is de effectiviteit lastiger vast te stellen. Een deel van de geleverde zorg is voor bepaalde groepen patiënten mogelijk zelfs helemaal niet effectief (Chandra en Skinner, 2012). Wammes et al. (2016) beschrijven de ‘beter-laten-lijsten’ van behandelingen die op basis van de beschikbare medische kennis beter achterwege kunnen blijven. Hoewel dit soort overzichten omstrede zijn, zijn ze vaak in ieder geval wel deels gebaseerd op de meningen van experts en zou er overwogen moeten worden om die zorg de laagste prioriteit te geven bij het opstarten.

Een aspect van effectiviteit dat onder normale omstandigheden minder van belang is, maar bij het opstarten van

## **De huidige crisis biedt kansen om de zorg doelmatiger en effectiever te maken**

zorg juist wél, is of uitstel van zorg leidt tot grotere, mogelijke onomkeerbare gezondheidsverliezen of tot een verlies aan doelmatigheid. Voor sommige effectieve behandelingen, zoals bijvoorbeeld bij de hierboven genoemde liesbreuk, geldt dat de klachten bij uitstel in de tussentijd meestal niet verergeren. Bij andere behandelingen betekent dit dat de klachten verergeren en dus dat het totale gezondheidsverlies bij uitstel groter is, ook al is de initiële effectiviteit even groot. Bovendien kan uitstel afbreuk doen aan de effectiviteit of doelmatigheid van een behandeling, zoals bijvoorbeeld bij de behandeling van agressieve kanker. Maar dat uitstel zou leiden tot een verminderde doelmatigheid geldt zeker niet voor alle behandelingen.

### *Uitvoerbaarheid*

Het vierde criterium, ‘uitvoerbaarheid’, heeft normaal gesproken betrekking op de vraag of een nieuwe behandeling implementatie- en/of financieringsproblemen (budgetimpact) zou kunnen veroorzaken. Op korte termijn is echter mogelijk niet alleen de financiering een beperkende factor maar ook de beschikbare capaciteit voor reguliere zorg bij veel zorgaanbieders. Zo was bijvoorbeeld eind april slechts dertig procent van de reguliere operatiecapaciteit beschikbaar (RIVM, 2020).

Mede met het oog op de maatregelen die momenteel van kracht zijn, betekent de beperkte capaciteit bijvoorbeeld dat zorgvormen waarbij er na een operatie een IC-opname nodig is, mogelijk minder snel opgestart zouden kunnen worden dan ingrepen waarbij de patiënt dezelfde dag naar huis kan. En dat een deel van de controlebezoeken mogelijk beter telefonisch of digitaal kan worden gehouden. Idealiter nemen beleidsmakers en artsen bij dat soort

beslissingen ook informatie mee over het effect van zulke verschuivingen op de doelmatigheid van de behandeling. Daarvoor is echter, net als voor de behandelingen zelf, vaak weinig hard bewijs.

### Consistente en transparante besluitvorming

De huidige crisis maakt het voor iedereen duidelijk dat men in de zorg keuzes moet maken en dat bij die keuzes medische urgentie niet het enige criterium is of kan zijn. De vier criteria voor pakketbeheer uit het afwegingskader van Zorginstituut Nederland lijken een goed beginpunt om decentraal te nemen beslissingen over het (niet) opnieuw opstarten van uitgestelde niet-urgente zorg op een consistente en transparante manier te onderbouwen. Zo kan het bestaande afwegingskader een bijdrage leveren aan het draagvlak voor die lastige besluiten, en aan het op de korte én op de lange termijn optimaal benutten van de beperkte capaciteit in de zorg. Daarbij gaat het zowel om besluiten over welke groepen patiënten voorrang zouden moeten krijgen als over de vraag hoe de zorg het beste geleverd kan worden. De coronacrisis biedt nieuwe mogelijkheden om meer te weten te komen over effectiviteit en doelmatigheid door het effect van niet-geleverde zorg te onderzoeken (Bakx et al., 2020).

Het afwegingskader laat namelijk zien dat, voor veel van de bestaande ziekenhuiszorg, de kennis over twee belangrijke criteria – effectiviteit en doelmatigheid – zeer beperkt is. Dat maakt het voor zorgbestuurders en -professionals lastig om deze criteria mee te nemen in de besluitvorming over het weer opstarten van de zorg, en het betekent bovendien dat het lastig is om vooraf in te schatten of de volgorde waarin de zorg wordt opgestart invloed heeft op het totale gezondheidsverlies. Hoewel enkele ziekenhuizen hier verandering in willen brengen (De Volkskrant, 2020) zijn de resultaten daarvan (nog) niet openbaar beschikbaar voor andere zorgverleners, zoals bijvoorbeeld doorverwijzende huisartsen. Het is bovendien om die reden niet duidelijk op welke gegevens ze zijn gebaseerd, en van welk deel van de zorg deze initiatieven de kosteneffectiviteit in kaart brengen.

De huidige crisis biedt ook kansen om de slagkracht van het afwegingskader te vergroten. Inzicht in de criteria die zorgaanbieders en patiënten hanteren bij het prioriteren van zorg en in hoe ze die criteria invullen, maakt duidelijk hoe ze minimalisering van het totale gezondheidsverlies afwegen tegen andere doelen – en hoe dus in de toekomst het afwegingskader mogelijk verder verbeterd zou kunnen worden. Aldus kan de huidige crisis helpen om het verzerkte pakket zo vorm te geven dat de beschikbare middelen beter benut worden, en kunnen we bij een volgende gezondheids crisis nog betere keuzes maken wat betreft het stilleggen en weer opstarten van zorg.

### Literatuur

- Baal, P. van, M. Perry-Duxbury, P. Bakx et al. (2019) A cost-effectiveness threshold based on the marginal returns of cardiovascular hospital spending. *Health Economics*, 28(1), 87–100.
- Bakx, P., P. van Baal, J. van Exel en B. Wouterse (2020) *Er valt veel te leren van de zorguitval tijdens de coronacrisis*. ESB Blog.
- Chandra, A. en J. Skinner (2012) Technology growth and expenditure growth in health care. *Journal of Economic Literature*, 50(3), 645–680.

- De Volkskrant (2020) Wat gaat voor: een nieuwe knie of een nieuwe heup? *De Volkskrant*, 5 juni.
- Global Burden of Disease Collaborative Network (2018) *Global burden of disease study 2017: disability weights*. Institute for Health Metrics and Evaluation. Te vinden op [ghsx.healthdata.org](https://ghsx.healthdata.org).
- IKNL (2020) *Tijdelijk minder kankerdiagnoses in COVID-19-crisis*. Nieuwsbericht op [iknl.nl](https://iknl.nl), 7 mei.
- Ministerie van Financiën (2020) *Naar een toekomstbestendig zorgstelsel: brede maatschappelijke heroverweging*. Ministerie van Financiën, rapport, 20 april.
- NOS (2020) *Hartpatiënten blijven massaal weg uit ziekenhuis, cardiologen ongerust*. Nieuwsbericht op [nos.nl](https://nos.nl), 3 april.
- NZA (2020a) *NZA-analyse van de gevolgen van de coronacrisis voor de reguliere zorg*, 20 april. Publicatie PUC\_307166.22, te vinden op [puc.overheid.nl](https://puc.overheid.nl).
- NZA (2020b) *Urgentielijst medisch-specialistische zorg*, 29 mei. Publicatie PUC\_306624.22, te vinden op [puc.overheid.nl](https://puc.overheid.nl).
- Patiëntenfederatie Nederland (2020) *Zorgen bij patiënten om de gevolgen uitgestelde en afgezegde afspraken behandeling of onderzoek*, 24 maart. Te vinden op [patiëntenfederatie.nl](https://patiëntenfederatie.nl).
- Reckers-Droog, V.T., J.N. van Exel en W.B. Brouwer (2018) Looking back and moving forward: on the application of proportional shortfall in healthcare priority setting in the Netherlands. *Health Policy*, 122(6), 621–629.
- RIVM (2020) *Kort-cyclische rapportage indirecte effecten COVID-19 op zorg en gezondheid*, 9 juni. Rapport te vinden op [rivm.nl](https://rivm.nl).
- Tengs, T.O. en A. Wallace (2000) One thousand health-related quality-of-life estimates. *Medical Care*, 38(6), 583–637.
- Versteegh, M.M., I. Corro Ramos, N.C. Buyukkaramikli et al. (2019) Severity-adjusted probability of being cost effective. *Pharmacoeconomics*, 37, 1155–1163.
- Wammes, J.J., M.E. van den Akker-van Marle, E.W. Verkerk et al. (2016) Identifying and prioritizing lower value services from Dutch specialist guidelines and a comparison with the UK do-not-do list. *BMC Medicine*, 14(1), 196.
- Zorginstituut Nederland (2017) *Pakketadvies in de praktijk: wikkelen en wegen voor een rechtvaardig pakket*, september. Te vinden op [www.zorginstituutnederland.nl](https://www.zorginstituutnederland.nl).
- Zorginstituut Nederland (2018) *Overzicht 50% van de Nederlandse ziektelast: aandoeningen met een voorsprong op het gebied van uitkomst informatie en geschikt voor samen beslissen*, 28 juni. Te vinden op [www.zorginstituutnederland.nl](https://www.zorginstituutnederland.nl).