

**Symposium: Value-Based Health Care en betaalbare zorg: (hoe) leidt uitkomstgerichte zorg in Nederland tot meer waarde voor de burger?
11 oktober 2019**

Speech dr. Sjaak Wijma: Wat betekent Value Based Healthcare (VBHC) voor de kwaliteit- en pakkettaken van het Zorginstituut? -

Dames en heren,

Onder het motto: Van goede zorg verzekerd, niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk zet Zorginstituut Nederland zich ervoor in dat alle 17 miljoen Nederlanders toegang hebben tot kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg. Dat is de publieke waarde waar we voor staan. Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk, het klinkt logisch, maar wie bepaalt wat nodig is, en is dat voor iedereen hetzelfde. En hoe ga je als overheid om met de verschillende wensen van burgers. We weten immers dat mensen verschillen. Value Based Healthcare gaat over uitkomsten die er voor het individu toe doen. Hoe verhoudt zich die individuele wens tot de "publieke waarde".

Ik schetste u het dilemma, ik ben blij dat wij vandaag samen praten over VBHC en betaalbare zorg, maar ben bovenal trots op de aanleiding daartoe, namelijk het feit dat Diana Delnoij straks haar oratie gaat uitspreken nadat zij in 2018 werd benoemd tot hoogleraar 'Sturing op kwaliteit en doelmatigheid van zorg' aan de Erasmus School of Health Policy & Management (ESPHM) van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Deze bijzondere leerstoel is gevestigd door Zorginstituut Nederland. Titel van de oratie: Via Uitkomstgerichte zorg naar patiëntgerichte zorg, gevolgd door een vraagteken, de ware onderzoeker, zo kennen we haar. Eerst onderzoeken, dan geloven!

Uitgangspunt van het Zorginstituut is dat iedereen van goede zorg verzekerd moet zijn. (Niet meer dan nodig en niet minder dan noodzakelijk.) Vanuit die gedachte geven wij uitvoering aan de solidariteit in het zorgstelsel. Die solidariteit - en daarmee de bereidheid om voor elkaar te betalen - is niet vanzelfsprekend. Voorwaarde is dat mensen erop kunnen vertrouwen dat hun premiegeld weloverwogen en verstandig wordt besteed, en dat ze de keuzes

daarachter begrijpen. Samengevat, dat burgers waarde voor hun premie krijgen. Hoe doen we dat?

- ZIN adviseert de minister van Volksgezondheid over welke zorg wel of niet vergoed kan worden uit de basisverzekering. Wij leggen goed uit hoe ons advies tot stand komt, zodat iedereen het kan begrijpen.
- ZIN verbindt en inspireert partijen in de zorg om samen de kwaliteit van zorg steeds verder te verbeteren en aandacht te hebben voor zinnige zorg.
- ZIN werkt aan innovaties op het gebied van verantwoord datagebruik en eHealth.
- Tot slot beheert ZIN de geldstromen in de Zorgverzekeringswet en de Wet Langdurige zorg.

Als Zorginstituut werken wij binnen duidelijke opdrachten en wettelijke kaders. De politiek bepaalt hoeveel geld er naar de zorg gaat. Zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars wegen samen af wat juiste zorg is binnen de eisen die wettelijk zijn vastgelegd. Ze leggen dit vast in kwaliteitsstandaarden die daarmee de norm zijn voor goede zorg.

Wij toetsen de standaarden voor goede zorg aan de drie-eenheid kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid. Wat voegt een behandeling toe ten opzichte van wat er al is? Hoeveel waarde heeft dit voor een patiënt? Wat zijn de kosten in relatie tot de verwachte effecten? Is de zorg doelmatig en in samenhang met andere zorgstandaarden georganiseerd? Ik kom daar later op terug.

VBHC zoals we daar in Nederland invulling aan geven, gaat sterk uit van persoonlijke waarde. De voor de persoon relevante uitkomst van een behandeling wordt gedeeld door de daarvoor gemaakte kosten. De definitie van waarde is daarmee subjectief. Wat waardevol is, kan verschillen voor een patiënt, een arts, beleidsmaker of de industrie. Maar ook tussen patiënten zijn er verschillen in de waardering. Wie de partij ook is, op individueel niveau zal de optimale uitkomst worden nagestreefd.

VHBC gaat dus over persoonlijke waarde, maar de middelen voor de kosten

daarvoor worden in solidariteit opgebracht. We kunnen dit dus niet los zien van het maatschappelijk vraagstuk over waarde. Die maatschappelijke waarde wordt bepaald door de som van de individuele uitkomsten, gerelateerd aan de som van de kosten die door de maatschappij moet worden opgebracht. Grote vraag daarbij is hoe de maatschappij de som van de individuele uitkomsten waardeert. (Niet meer dan nodig, niet minder dan noodzakelijk?)

Daarmee staan we voor een maatschappelijk vraagstuk:

- In hoeverre geeft de maatschappij ruimte aan het nastreven van individuele uitkomsten, terwijl de kosten uit de solidariteit worden opgebracht?

Pakketbeheer

In het rapport 'Zinnige en duurzame zorg' uit 2006 stelt de RVZ vast dat pakketmaatregelen erg gevoelig zijn voor politieke en maatschappelijke lobby's. Om ad-hoc beslissingen en willekeur bij pakketmaatregelen te voorkomen, werd het raadzaam geacht om harde kwantitatieve criteria op te stellen, aldus de Raad. Over de juiste grenzen beslist de politiek, maar om het debat te stimuleren kwam de RVZ met een concreet voorstel. Destijds heeft de RVZ in een advies gesteld dat een extra levensjaar van goede kwaliteit (gewenste uitkomst) gepaard mocht gaan met 80.000 euro kosten, let wel geen absoluut getal, maar een referentiewaarde mede afhankelijk van de ziektelast.

Bij pakketbeheer gaan we uit van *quality's*, kosten per gewonnen levensjaar van goede kwaliteit. Wanneer je dat uitschrijft, is het de *reciproque* van het begrip waarde in VBHC.

W=uitkomsten/kosten. Qaly=Kosten/uitkomst

Wat u hier ziet is feitelijk identiek

VBHC: Waarde = Uitkomsten/kosten Pakketbeheer: Qaly=Kosten/uitkomst
Kortom, feitelijk passen we bij pakketbeheer het begrip waarde al expliciet toe.
En wat zijn dan onze ervaringen?

Als het Zorginstituut het over de Qaly (Waarde) heeft, wordt dit vooral beleefd als het gesprek over de kosten. Het debat richt zich op de kosten en zou zich ook moeten richten op de uitkomsten die daartegenover staan, hier doen we het voor, dit is wat we willen bereiken voor onze medemensen, hiermee willen wij solidair zijn. Dit is hun gewenste uitkomst. Maar we kunnen de uitkomsten ook niet volledig los zien van de kosten. Immers, Nederland heeft ook ambities op het gebied van onderwijs, veiligheid, wonen enzovoort. Ook de overheid kan het geld maar één keer uitgeven. Dat is het gesprek wat geagendeerd moet worden.

De samenleving vraagt moeilijke afwegingen bij de samenstelling van het basispakket en de minimale kwaliteit van zorg. Als wij adviseren een geneesmiddel niet te vergoeden vanuit het basispakket omdat het bewezen niet werkt, heeft dit impact. Er reageren patiënten die hoop hebben dat het toch werkt. En patiënten die aangeven dat het bij hen wel werkt. We willen dan ook zo goed mogelijk uitleggen hoe en waarom we tot een advies of standpunt zijn gekomen. En daarover openlijk het gesprek voeren. Dit gebeurt onder meer tijdens de openbare vergaderingen van onze Adviescommissie Pakket. Het wikken en wegen wordt dan goed zichtbaar. Deze gesprekken gaan per casus, mijn aanbeveling is om dit breder op te pakken. Om op bredere schaal open gesprekken te voeren, het agenderen. Ik kom daar straks op terug.

Kwaliteit

Hoe zit dat bij onze andere taak, het vaststellen van kwaliteitsstandaarden? Het Zorginstituut stimuleert de continue kwaliteitsverbetering in de gezondheidszorg en het toegankelijk maken van begrijpelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van de geleverde zorg. Kwaliteitsstandaarden leveren hier een belangrijke bijdrage aan. Bij deze taak hebben we het vooral over de uitkomsten, we vinden dat die voortdurend moeten verbeteren. Feitelijk zeggen we dat de persoonlijke waarde moet toenemen. Bij het vaststellen van kwaliteitseisen waren de daarmee gepaard gaande kosten minder onderdeel van de discussie.

Bijvoorbeeld: In Nederland was de kwaliteit van de ouderenzorg in de ogen van politiek en publiek door het minimum gezakt. Dit kwam onder meer door meerdere bezuinigingsronden die financieel gedreven waren zonder het begrip

waarde erbij te betrekken. Om dit probleem op te lossen, is er een kwaliteitsstandaard verpleeghuiszorg vastgesteld. Daarmee werd de persoonlijke uitkomst van de zorg vergroot, net als de gemiddelde uitkomst. Over de kosten werd geen uitspraak gedaan anders dan dat de zorg doelmatig moest worden georganiseerd. Toen de rekening van 2.1 miljard werd opgediend, vroegen velen zich af of dat goed besteed geld was, zowel absoluut als relatief. Konden we het niet beter aan de jeugdzorg besteden? Kortom, was dit een waardevolle besteding van het geld?

Open gesprekken

VBHC doet recht aan het gesprek over de individueel gewenste uitkomst, maar het zal ook de vraag naar de grenzen van de bekostiging inhouden. En omdat we uitgaan van een eindig budget, brengt dat ook de vraag naar prioritering met zich mee. Met welke keuze krijgt de maatschappij het meeste waarde? Maar ook vragen als: wat vindt de maatschappij het meest belangrijk: kiezen we voor de meest schrijnende vragen, kiezen we voor de meeste waarde (in volume)? Ons zorgsysteem zal zich moeten afvragen hoe we de meeste waarde kunnen creëren, een doelmatig en doeltreffend zorgaanbod wat aansluit bij de zorgvraag. Het Zorginstituut ziet een belangrijke rol voor het genereren en gebruiken van data die ondersteunend zullen zijn in het maken van keuzes, wij zetten daar vol op in.

Tot slot, een open gesprek is ook nodig tussen arts en patiënt, die samen beslissen. Bijvoorbeeld in de palliatieve zorg. Het Zorginstituut heeft een Verbetersignaleмент uitgebracht voor zorg in de laatste levensfase voor mensen met long- of darmkanker. Om deze mensen de zorg te geven die aansluit bij hun behoefte is het nodig dat ieders persoonlijke wensen en voorkeuren op tijd besproken worden met naasten en zorgprofessionals. Welke uitkomst heeft voor deze patiënt de meeste waarde? Tot het einde doorbehandelen? Of wat korter leven met meer kwaliteit? Niet alles wat medisch mogelijk is, is menselijk wenselijk.

Dames en heren, het zijn geen gemakkelijke issues die ik presenteer. Duidelijk is wel: VBHC vraagt dat het gesprek wordt gevoerd over zowel de teller als de noemer. Over zowel de persoonlijke waarde als de maatschappelijke waarde.

Het Zorginstituut pleit voor het open gesprek. Het agenderen van dat gesprek loopt al een tijdje. Daarbij gaat het over de teller. Hoe breng je de individuele waarde in beeld, het gaat immers om die ene patiënt. Het gesprek zal ook over de noemer moeten gaan, immers de middelen komen voort uit verplichte solidariteit en dat vraagt om een open gesprek. Laten we ervoor zorgen dat dit gesprek breed wordt geagendeerd, zowel macro (systeem), meso (instelling) als micro (in de spreekkamer)