

Rapport

Stringent Pakketbeheer

Op 29 mei 2012 uitgebracht aan Minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

<i>Uitgave</i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen Fax (020) 797 85 00 E-mail info@cvz.nl Internet www.cvz.nl
<i>Volgnummer</i>	2012066230
<i>Afdeling</i>	ZORG-OO
<i>Auteurs</i>	
<i>Doorkiesnummer</i>	
<i>Bestellingen</i>	Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website (www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer (020) 797 88 88.

Inhoud:

<i>pag.</i>	
	Samenvatting
1	Inleiding
2	Doel en object van pakketbeheer
4	Gesloten of open?
5	Niet sluiten, maar risicogericht het pakket beheren
6	Het opsporen van risico's
7	Het reduceren van risico's
13	Evaluatie van maatregelen
13	Uitwerking Stringent pakketbeheer voor 2013-2014
14	Meningen van geconsulteerde partijen
17	Advies ACP
18	Samenvattend advies

Bijlagen:

1. Verzoek VWS uitvoeringstoetsten lage ziektelastbenadering en stringent pakketbeheer
2. Reacties betrokken partijen in het veld op conceptrapport CVZ

Samenvatting

Uitvoeringstoets

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft ons gevraagd om een uitvoeringstoets uit te brengen over stringent pakketbeheer. In een brief aan de Tweede Kamer schrijft de minister hierover: "Met het oog op dit stringenter pakketbeheer is in het Regeer- en Gedoogakkoord afgesproken dat verouderde behandelmethoden, die niet (langer) voldoen aan de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en doelmatigheid uit het basispakket worden verwijderd. Daarnaast zal over de toelating van nieuwe behandelmethoden tot het verzekerde pakket meer eenduidig, samenhangend en consequent worden besloten op basis van de pakketcriteria. Bij het uiteindelijk verwijderen, respectievelijk toelaten van behandelmethoden zal toetsing aan de stand van wetenschap en praktijk en aan de vier pakketcriteria een doorslaggevende rol spelen."

Vragen van de Minister

De Minister heeft ons een aantal specifieke vragen gesteld die hieronder eerst worden beantwoord. Daarna geven wij aan hoe wij tot deze beantwoording zijn gekomen.

- 1 Op welke wijze kunnen de criteria van noodzakelijkheid, (kosten)effectiviteit en uitvoerbaarheid bij de besluitvorming over de toelating tot het pakket expliciet vooraf worden toegepast, welke mogelijkheden zijn er voor expliciete besluitvorming en draagt een gesloten systeem van omschrijven daar meer aan bij dan het huidige systeem?*

Antwoord:

De criteria noodzakelijkheid, (kosten)effectiviteit en uitvoerbaarheid maken deel uit van het beslismodel dat wij hanteren in onze advisering over pakketbeslissingen. De toetsing aan deze criteria gaat wat ons betreft dus altijd vooraf aan de beslissing om iets wel of niet in het pakket op te nemen. Expliciete besluitvorming op basis van deze criteria is ons inziens dan ook zeer wel mogelijk. Wij realiseren ons echter ook dat onverkorte toepassing van op zichzelf heldere criteria zich niet altijd goed verdraagt met politieke en maatschappelijke gevoelens. Het voorbeeld daarvan bij uitstek is de herhaalde discussie over de rollator.

In dit rapport stellen wij voor het criterium noodzakelijkheid te benadrukken bij de vraag of zorg verzekerd dient te worden. Dit maakt een meer expliciet besluit mogelijk over de vraag wanneer zorg verzekerd dient te zijn. Het leidt onder andere tot een scherpere afbakening tussen het domein van de gezondheidszorg en andere domeinen.

Voor wat betreft het criterium kosteneffectiviteit richten wij ons op het identificeren van indicaties waar inefficiënte zorg wordt geboden. Van deze benadering verwachten wij een aanzienlijk positief effect op de kostenbeheersing.

Wij adviseren het systeem niet te sluiten. Het uitsluiten van hele zorgvormen is te grofmazig en daarom in de praktijk vrijwel nooit mogelijk zonder schadelijke effecten. Het bij elke indicatie vooraf definiëren of de zorg verzekerd is, vinden we niet wenselijk. We zien daarin meer nadelen dan voordelen, zoals het gevaar van bureaucratisering, een slechtere toegankelijkheid waar dit niet gewenst is en slechtere gezondheidsuitkomsten. Wij geven er de voorkeur aan risicogericht indicatie-interventiecombinaties van vergoeding uit te sluiten als duidelijk is dat de zorg in de praktijk niet gepast wordt gebruikt.

- 2 *Op welke wijze kan het criterium kosteneffectiviteit expliciet worden toegepast bij stringent pakketbeheer en kan het CVZ adviseren over grenzen of kostenbrandbreedtes per QALY?*

Antwoord:

Wij achten het zeer wel mogelijk en zijn voorstander van het hanteren van een kosteneffectiviteitscriterium bij stringent pakketbeheer. Een dergelijk efficiëncycriterium kan in de vorm van kosten per gewonnen gezond levensjaar (qaly). Het bedrag van € 80.000 per qaly, zoals voorgesteld door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, is daarbij een goed richtsnoer om mogelijk inefficiënte zorg te identificeren. Een dergelijke grens kan volgens ons evenwel niet absoluut zijn. Wel moeten er goede redenen zijn om af te wijken van deze grens. Een mogelijk goede reden kan de hoge prijs van de behandeling zijn omdat de aandoening zeldzaam is. Dit 'markteffect' kan immers bezwaarlijk op het individu worden afgewenteld.

Zorg waarvan de kosteneffectiviteit nog onvoldoende vast staat, kan voorwaardelijk worden vergoed totdat kosteneffectiviteit bewezen is. Daarmee blijven innovaties mogelijk. De voorwaarde voor opname in het pakket is dat via onderzoek komt vast te staan dat de zorg ook daadwerkelijk kosteneffectief is.

- 3 *In welke situaties is het noodzakelijk om vooraf toestemming te verkrijgen van de zorginkoper voor behandelingen die afwijken van richtlijnen en de verhouding van zo'n toestemmingsvereiste tot Europese regelgeving en wat dat betekent dat voor de professionele autonomie van de zorgverlener en voor keuzemogelijkheden voor de patiënt?*

Antwoord:

Een machtiging is vooral zinvol wanneer een risico bestaat op onbeheersbaarheid van de kosten, zoals bij dure interventies die eenvoudig kunnen worden toegepast buiten het indicatiegebied waarvoor de zorg is verzekerd. Ook wanneer een zorgverlener wil afwijken van de richtlijn, kan een machtiging worden gevraagd. Ongebreideldheid van het afwijken van richtlijnen vindt men terug in grote praktijkvariatie. Een richtlijn is echter geen voorschrift. In sommige gevallen kan er aanleiding zijn van de richtlijn af te wijken. Dat behoort tot de autonomie van de professional in de spreekkamer. Ook zijn niet alle richtlijnen up-to-date. Wij adviseren dan ook om altijd met een bandbreedte te werken bij het maken van afspraken tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Toestemming is ons inziens aangewezen als de zorgverlener de bandbreedte overschrijdt. Op deze manier kan praktijkvariatie worden teruggedrongen.

In de reacties van de stakeholders is vooral het belastende karakter van de machtiging naar voren gebracht. Naar onze mening hangt de belasting vooral af van de vormgeving van de afspraken vooraf tussen zorgverlener en zorgverzekeraar.

De principes van proportionaliteit en non-discriminatie zijn belangrijke randvoorwaarden bij de toets aan de Europese regelgeving. Door deze uitgangspunten in acht te nemen, wordt de professionele autonomie van de zorgverlener niet belemmerd en blijven de keuzemogelijkheden van de patiënt intact. Overigens zijn wij van mening dat de keuzevrijheid van de patiënt weliswaar een belangrijk goed is, maar dat dit nooit zover kan gaan dat zorg die niet 'zinnig en zuinig' is, wordt afgedwongen.

4 *Voor de twee laatst genoemde punten in te gaan op de uitvoerbaarheid en noodzakelijke randvoorwaarden voor een effectieve werking.*

Antwoord:

Door vooraf te bepalen wat de bandbreedte is voor eventuele afwijkingen van de richtlijn, is ook duidelijk wanneer een machtigingsprocedure aan de orde is. Noch voor het hanteren van een machtigingsbeleid, noch voor de wijze waarop het kosteneffectiviteitscriterium wordt gehanteerd achten wij een wetswijziging of wijziging van andere regelgeving noodzakelijk.

Hoe zijn we tot deze antwoorden gekomen?

<i>Aangrijpingspunt voor pakketbeheer is de combinatie van indicatie en interventie</i>	Een belangrijk aangrijpingspunt voor pakketbeheer is de zogenoemde ‘indicatie-interventiecombinatie’: dezelfde zorg kan voor de ene indicatie noodzakelijk zijn, maar voor de andere indicatie overbodig. Een zorgvorm is echter alleen verzekerd als de zorg voor de indicatie noodzakelijk is. Dit impliceert dat de beslissing om bepaalde zorg niet meer te verzekeren, vrijwel altijd betekent dat de zorg voor een bepaalde indicatie niet meer tot het verzekerde pakket behoort. Het categorisch uitsluiten van zorgvormen is slechts in enkele gevallen mogelijk. In het kader van stringent pakketbeheer geven we aan bij welke indicaties bepaalde interventies verzekerde zorg zijn en bij welke indicaties zorg niet is verzekerd.
<i>‘Sluiten’ van het pakket is niet gewenst</i>	Het volledig ‘sluiten’ van het pakket zou betekenen dat alle mogelijke indicatie-interventiecombinaties beoordeeld moeten worden alvorens zorg kan worden vergoed. Dit is volgens ons niet wenselijk en bovendien in de praktijk lastig te realiseren, omdat daardoor de kans op ongewenste gezondheidsuitkomsten vergroot wordt, het de kosten van zorg kan opdrijven en tot een toename van uitvoeringsbureaucratie en administratieve lasten zal leiden. Het ‘sluiten’ van het pakket impliceert dat afwegingen over welke interventies wanneer verzekerd moeten zijn, centraal worden gemaakt. Daarmee is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om te bepalen wat goede zorg is, de facto niet meer het uitgangspunt. Wij stellen daarom voor het pakket niet te sluiten, maar risicogericht te beheren. De risico’s die wij hierbij voor ogen hebben, betreffen overigens niet alleen de betaalbaarheid van de zorg, maar ook de toegankelijkheid en de kwaliteit van noodzakelijke zorg. Wij zijn er namelijk van overtuigd dat als zorg niet goed toegankelijk of kwalitatief goed is, dit uiteindelijk negatief uitwerkt op de kosten van de verzekerde zorg.
<i>Risicogericht het pakket beheren</i>	
<i>Signaleren risico’s</i>	Een risicogerichte benadering vraagt om een aantal processtappen. De eerste en belangrijkste is het opsporen van signalen die kunnen duiden op een risico. Daarna moet het risico worden gereduceerd. Vervolgens moet worden geëvalueerd of we hierin geslaagd zijn. Risico’s sporen wij op door onder andere een analyse van signalen per ziektebeeld voor wat betreft de tien grootste ziektebeelden, een analyse van de instroom van nieuwe zorg en een analyse van omzettingen en praktijkvariatie. De signalen die op deze wijze worden verkregen, brengen we jaarlijks samen in een lijst. Signalen worden geprioriteerd op basis van het verwachte financiële belang van het signaal.
<i>Reduceren risico’s</i>	Om een risico te reduceren, gaan we uit van een proportionele inzet van middelen. Soms zal publicatie van een signaal al

***Noodzakelijkheids-
begrip***

voldoende zijn. In andere gevallen zal overleg met de relevante beroeps- en/of patiëntenorganisaties nodig zijn. Mocht het risico daarna nog steeds bestaan, dan is (her)beoordeling nodig en die doen we stringenter dan voorheen. Meer dan tot nu toe zullen we namelijk gaan kijken of de zorgvorm wel noodzakelijk is, alvorens de kwaliteit van de zorgvorm voor een bepaalde indicatie te beoordelen. Hiertoe hebben wij het noodzakelijkheidsbegrip verdiept. Dit heeft geresulteerd in vijf vragen die positief moeten worden beantwoord, voordat de vraag aan de orde is of de zorgvorm zelf goed genoeg is om voor vergoeding in aanmerking te komen:

- 1) Is er sprake van een individuele zorgvraag?
- 2) Is er sprake van een aandoening of beperking?
- 3) Is de aandoening of beperking ernstig genoeg?
- 4) Is de interventie gericht op de aandoening of beperking?
- 5) Is het onredelijk om de zorgvorm voor eigen rekening te laten komen?

***Hoort de zorg tot
het behandel-
arsenaal van de
zorgverlener?***

Als bovengenoemde vragen positief zijn beantwoord, kan de zorgvorm zelf worden beoordeeld. Hierbij is het van belang te weten of de zorgverleners die tot hun behandelarsenaal rekenen. Het is immers slecht voorstelbaar dat zorg wordt vergoed waarvan de relevante beroepsgroep vindt dat die niet in het behandelarsenaal past. We werken uit op welke wijze wij dit precies gaan vaststellen. Uiteindelijk is een situatie gewenst dat zorg pas in aanmerking komt voor verzekering als het opgenomen is in een professionele standaard. In deze standaard dient dan wel ruimte te zijn voor zorg die niet conform de richtlijn is, maar wel noodzakelijk is voor de betreffende patiënt.

***Is de zorg (kosten)-
effectief?***

Pas hierna is de vraag aan de orde of de interventie zelf goed genoeg is om (voor één of meer indicaties) in de verzekering opgenomen te worden. Hierbij gaat het onder andere om de effectiviteit. Als een interventie voor een bepaalde indicatie effectief is, kan worden gekeken naar de kosteneffectiviteit. In het kader van stringent pakketbeheer zullen wij scherper naar de kosteneffectiviteit van interventies kijken.

Evaluatie

Het laatste onderdeel van stringent pakketbeheer is het evalueren van pakketmaatregelen voor wat betreft kostenbeperking. We zullen in de toekomst explicieter ingaan op de financiële effecten van maatregelen.

Vervolg

De werkwijze die wij hierboven hebben geschetst, is de leidraad voor onze Pakketagenda 2013-2014. In 2013 zullen wij voor het eerst een lijst van risico's opstellen. Op basis daarvan worden maatregelen benoemd en uitgevoerd. In het rapport "Pakketbeheer in de Praktijk, deel 3", dat begin 2013 zal verschijnen, zullen wij de consequenties van stringent pakketbeheer voor onze beoordelingskaders, criteria en normen uitwerken.

1. Inleiding

Aanleiding

Aanleiding voor deze uitvoeringstoets is het regeerakkoord VVD-CDA uit 2010, waarin is vastgelegd dat het verzekerde pakket stringent beheerd zal worden om de toekomstige groei van de zorguitgaven in toom te houden. De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft het CVZ gevraagd om een uitvoeringstoets uit te brengen over stringent pakketbeheer (bijlage 1). In haar brief aan de Tweede Kamer schrijft de minister hierover: "Met het oog op dit stringenter pakketbeheer is in het Regeer- en Gedoogakkoord afgesproken dat verouderde behandelmethoden, die niet (langer) voldoen aan de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en doelmatigheid uit het basispakket worden verwijderd. Daarnaast zal over de toelating van nieuwe behandelmethoden tot het verzekerde pakket meer eenduidig, samenhangend en consequent worden besloten op basis van de (...) pakketcriteria. Bij het uiteindelijk verwijderen, respectievelijk toelaten van behandelmethoden zal toetsing aan de stand van wetenschap en praktijk en aan de vier pakketcriteria een doorslaggevende rol spelen."¹ In haar brief aan het CVZ heeft zij de volgende specifieke vragen gesteld:

Vragen van de minister

- 1 Op welke wijze kunnen de criteria van noodzakelijkheid, (kosten)effectiviteit en uitvoerbaarheid bij de besluitvorming over de toelating tot het pakket expliciet vooraf worden toegepast, welke mogelijkheden zijn er voor expliciete besluitvorming en draagt een gesloten systeem van omschrijven daar meer aan bij dan het huidige systeem?
- 2 Op welke wijze kan het criterium kosteneffectiviteit expliciet worden toegepast bij stringent pakketbeheer en kan het CVZ adviseren over grenzen of kosten-brandbreedtes per QALY?
- 3 In welke situaties is het noodzakelijk om vooraf toestemming te verkrijgen van de zorginkoper voor behandelingen die afwijken van richtlijnen en de verhouding van zo'n toestemmingsvereiste tot Europese regelgeving en wat dat betekent dat voor de professionele autonomie van de zorgverlener en voor keuzemogelijkheden voor de patiënt?
- 4 Voor de twee laatst genoemde punten in te gaan op de uitvoerbaarheid en noodzakelijke randvoorwaarden voor een effectieve werking.

¹kst-29689-326 ISSN 0921 - 7371 's-Gravenhage 2011

Hoe worden de vragen beantwoord?

De beantwoording van de vragen van de minister komt hieronder aan de orde. Omdat de antwoorden op zich niet de voorliggende vraag beantwoorden hoe een stringent pakketbeheer bijdraagt aan het gewenste doel, gaan we eerst in op het doel van pakketbeheer, de vraag of het pakket moet worden gesloten en beschrijven we wat het CVZ onder stringent pakketbeheer verstaat. Stringent pakketbeheer geven wij vorm door:

- a) duidelijker aan te geven bij welke indicaties bepaalde interventies verzekerde zorg zijn en bij welke indicaties zorg niet is verzekerd;
- b) systematisch risico's in kaart te brengen
- c) risico's te reduceren, onder andere door stringenter te beoordelen; en:
- d) het consequenter evalueren van de (financiële) effecten van genomen maatregelen.

Bij het derde onderdeel, het reduceren van de risico's, gaan wij in op de twee andere inhoudelijke punten van de Minister, het criterium noodzakelijkheid en het criterium kosteneffectiviteit.

2. Doel en object van pakketbeheer

Doel pakketbeheer

De Zorgverzekeringswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten zijn bedoeld om patiënten toegang te geven tot noodzakelijke zorg. Het doel van pakketbeheer is ervoor te zorgen dat in de praktijk van de spreekkamer de patiënt kan krijgen wat hij nodig heeft en niet iets krijgt wat hij niet nodig heeft. Dit houdt in dat het basispakket alleen zorg zou moeten bevatten die medisch noodzakelijk en effectief is en waarvan duidelijk is dat zij niet voor eigen rekening van de burger kan komen. Het huidige basispakket voldoet, deels vanuit de historie en deels door politieke besluitvorming, niet volledig aan deze omschrijving.

Focus stringent pakketbeheer

In wet- en regelgeving wordt in algemene zin aangegeven wat noodzakelijke zorg is. In de spreekkamer wordt bepaald wat voor de patiënt noodzakelijke zorg is. Stringent pakketbeheer richt zich op beide niveaus: door te na te gaan of de zorg zoals die wordt vergoed wel past in het wettelijke kader van de zorgverzekeringen én door te na te gaan of de patiënt de noodzakelijke zorg krijgt. Dit laatste verdient enige uitleg.

Wie bepaalt wanneer zorg noodzakelijk is?

In de spreekkamer bepaalt de zorgverlener of een patiënt redelijkerwijs is aangewezen op de zorg. Hij beantwoordt dus de vraag of de zorg voor die patiënt noodzakelijk is. De gedachte dat een bepaalde interventie an sich, bijvoorbeeld een geneesmiddel, noodzakelijke zorg is, is dan ook een te

CVZ geeft aan bij welke indicaties zorg verzekerd is

eenvoudige voorstelling van zaken. Een voorbeeld kan dit duidelijk maken. Antibiotica zitten in het pakket. Echter, voor het voorkomen van problemen met de bovenste en onderste luchtwegen is een behandeling met antibiotica normaliter niet gewenst. Voor de behandeling van een zware longontsteking wel. In het eerste geval is het antibioticum daarom geen verzekerde zorg, in het tweede geval wel. Dit voorbeeld maakt duidelijk dat dezelfde zorgvorm in het ene geval wel en in het andere geval niet noodzakelijk is. Wat voor dit geneesmiddel geldt, geldt algemeen: een zorgvorm is alleen verzekerd als de zorg voor de indicatie noodzakelijk is. We hebben het dan over de combinatie van de indicatie en interventie. De verzekerde zorg betreft vele duizenden indicatie-interventie-combinaties. Het CVZ zal duidelijker dan tot nu toe aangeven bij welke indicaties bepaalde interventies verzekerde zorg zijn en bij welke indicaties zorg niet is verzekerd. In het advies "Geneeskundige ggz" is met dit laatste een begin gemaakt door aan te geven dat de zorg om relatieproblemen op te lossen of rouw te verwerken, geen verzekerde zorg is.

De indicatie-interventie-combinatie

De indicatie-interventiecombinatie is dus een belangrijk aangrijpingspunt voor pakketbeheer. Dit impliceert dat de beslissing om bepaalde zorg niet meer te verzekeren vrijwel altijd betekent dat de zorg voor een bepaalde indicatie niet meer tot het verzekerde pakket behoort. Slechts in uitzonderingsgevallen kunnen interventies volledig uit het pakket worden verwijderd, bijvoorbeeld als een nieuwe, betere interventie de oude voor alle indicatie-interventiecombinaties vervangt of wanneer bijvoorbeeld na (nieuw) onderzoek blijkt dat een bepaalde interventie bij geen enkele indicatie aantoonbaar effectief is.

Het onderscheid tussen interventie aan de ene kant en de indicatie-interventiecombinatie aan de andere kant is nodig om aan te kunnen geven welke bijdrage het pakketbeheer kan leveren aan kostenbeheersing. In de praktijk kan slechts zelden een zorgvorm volledig van vergoeding worden uitgesloten. In verreweg de meeste gevallen zal het gaan om het niet meer vergoeden van een interventie bij een bepaalde indicatie.

In de Pakketscan coronaire hartziekten wordt beschreven dat een (goedkope) medicamenteuze behandeling van stabiele angina pectoris even goed is als een (dure) dotterbehandeling. Toch worden ook bij deze indicatie nog steeds vele duizenden patiënten gedotterd. Als dit ondanks de beschikbare kennis praktijk blijft, kan worden overwogen om bij stabiele angina pectoris dotteren niet langer te vergoeden.

Pakketbeheer is dus specifiek van karakter. Het gaat om indicatie-interventiecombinaties en meestal niet om het categorisch uitsluiten van een interventie voor alle indicaties.

3. Gesloten of open?

Is sluiting van het pakket wenselijk?

Kan kostenbeheersing het best worden bereikt door het pakket volledig te sluiten, dat wil zeggen niets meer toe te laten zonder beoordeling²? De minister vraagt of een gesloten systeem wenselijk is. Zoals hierboven is uitgelegd, is het categorisch uitsluiten van zorgvormen slechts in enkele gevallen mogelijk. Het volledig sluiten van het pakket betekent dan ook dat alle mogelijke indicatie-interventiecombinaties zouden moeten worden beoordeeld alvorens zorg kan worden vergoed. Dit is volgens ons niet wenselijk en bovendien in de praktijk lastig te realiseren.

Mogelijk ongewenste gezondheidsuitkomsten

In de spreekkamer moet maatwerk kunnen worden geleverd. Elke patiënt is anders en reageert anders op een behandeling. Vooraf vastleggen welke zorg bij welke indicatie precies wordt vergoed, kan verstarrend werken op het zoeken naar precies de juiste therapie voor de patiënt. Dit kan ertoe leiden dat 'one size fits all'-oplossingen worden gezocht, waardoor niet de meest optimale gezondheidsuitkomsten worden bereikt. 'One size fits all'-oplossingen kunnen zowel overbehandeling als onderbehandeling in de hand werken.

Mogelijk Kostenverhogende effecten

Het van het pakket uitsluiten van zorg betekent niet dat de patiënt geen behoefte meer aan die zorg heeft. Uitsluiting kan tot gevolg hebben dat de patiënt op zoek gaat naar alternatieven die wel vergoed worden. Dit kan de kosten van zorg opdrijven. Van te voren is lastig te voorspellen of het uitsluiten van zorg van vergoeding tot ongewenste substitutie-effecten leidt en of die effecten tijdelijk of meer permanent zijn. Een beter inzicht in de vraag- en aanbodelasticiteit van verschillende soorten zorg is daarvoor onontbeerlijk. In het rapport *Robotprostaat Chirurgie: Vanzelfsprekend?* (2011) hebben we beschreven dat aanbod zijn eigen vraag kan scheppen. Het uitsluiten van de Da Vinci-robot van vergoeding is echter niet aan de orde, omdat dankzij de robot goede zorg kan worden geleverd. Waar het wel om gaat, is dat de robot alleen wordt ingezet waar dat nodig is. Om kosten te beperken zouden we dus niet zozeer moeten inzetten op het uitsluiten van interventies, maar op een gepast gebruik ervan.

Hogere uitvoeringslasten

Een gesloten systeem vereist een grote beoordelingscapaciteit om uitspraken te genereren over de verzekeraarbaarheid van de indicatie-interventiecombinaties. Om vervolgens ervoor te zorgen dat deze uitspraken in de praktijk worden gevolgd, is een flink controle- en toezichtapparaat nodig. Omdat altijd

² Wij vatten de vraag van de minister hier op als de vraag naar het beoordelen van een zorgvorm voordat die wordt toegelaten tot het pakket. Eigenlijk is het systeem van de zorgverzekering al een gesloten systeem: iets behoort tot het verzekerde pakket of niet. De omschrijving van de onderdelen kunnen generiek of specifiek zijn.

uitzonderingen op algemene uitspraken mogelijk moeten blijven, zal een uitgebreid systeem van machtigingen nodig zijn dat hoge administratieve lasten met zich meebrengt. Wij hebben ervaring met een deels gesloten systeem, namelijk dat van de GVS-geneesmiddelen. Deze middelen worden vooraf beoordeeld op hun verzekerbaarheid. Geneesmiddelen maken ongeveer 10 procent van de zorgkosten uit, terwijl de beoordelingscapaciteit die hiervoor wordt ingezet onevenredig veel groter is. Ook de inzet van andere organisaties die te maken hebben met verzekerde zorg, zoals de verzekeraars en de NZa, zal mutatis mutandis in een gesloten systeem veel groter zijn.

**Centrale
besluitvorming**

Het 'sluiten' van het pakket impliceert dat afwegingen over welke interventies wanneer verzekerd moeten zijn, centraal wordt gemaakt. Daarmee is de verantwoordelijkheid van de zorgverlener om te bepalen wat goede zorg is, de facto niet meer het uitgangspunt.

4. Niet sluiten, maar risicogericht het pakket beheren

**Risicogericht
pakketbeheer**

Als het vooraf beoordelen van alle interventies niet mogelijk is, wat is dan vanuit een optiek van kostenbeheersing het alternatief? In de uitvoeringstoets *Naar een risicogerichte beoordeling van extramurale geneesmiddelen* hebben wij aangegeven het pakket risicogericht te willen beheren³:

“Ook het CVZ vindt het wenselijk om naar een meer flexibel beoordelingssysteem over te gaan. Naast de redenen die de Minister daarvoor heeft, ziet het CVZ hierin ook kansen om een meer risicogericht pakketbeheer in praktijk te brengen. Daaronder verstaat het CVZ dat de pakketbeheerder zich richt op die gebieden waar hij de grootste risico's ziet. Waar dat niet zo is, worden partijen in staat geacht om zelf te toetsen of geneesmiddelen aan de wettelijke eisen voldoen en afspraken te maken over welke middelen worden voorgeschreven in welke volumina en tegen welke prijs. Behandelrichtlijnen van de beroepsgroep kunnen daarbij een belangrijk hulpmiddel vormen.

Een dergelijke risicogerichte benadering beperkt zich niet tot de extramurale geneesmiddelen, maar kan worden toegepast op het hele pakketbeheer. Daarmee zou ook de vanzelfsprekendheid verdwijnen dat veel aandacht uitgaat naar geneesmiddelen en veel minder naar bijvoorbeeld medisch-specialistische zorg, alleen vanwege het feit dat de geneesmiddelen een gesloten omschrijving kennen en de

³ Een dergelijke risicogerichte benadering zou deel uit moeten maken van een bredere aanpak en zou zich niet moeten beperken tot de regeling van het basispakket, maar gekoppeld moeten worden aan andere overheidsinstrumenten zoals tarifiering (Wmg) en planning (oa. Wbmv).

medisch-specialistische zorg een open omschrijving. Niet de wettelijke omschrijving, maar de gepercipieerde risico's zullen dan immers leidend zijn voor de beslissing of tot beoordeling wordt overgegaan.”

Risico's voor betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit

De risico's die wij hierbij voor ogen hebben, betreffen niet alleen de betaalbaarheid van zorg, maar ook de toegankelijkheid en kwaliteit van noodzakelijke zorg. Wij zijn er namelijk van overtuigd dat als zorg niet goed toegankelijk of kwalitatief goed is, dit uiteindelijk negatief uitwerkt op de kosten van de verzekerde zorg. Uit het rapport *Zorg voor Waarde* (2011) van de Boston Consulting Group over het gebruik van kwaliteitsindicatoren in Zweden blijkt dat verbetering van de kwaliteit van zorg gepaard kan gaan met een kostenreductie. De pakketscans diabetes, coronaire hartziekten en depressie laten zien dat enerzijds nog teveel zorg niet toegankelijk is en andere zorg te toegankelijk. Zowel de onderbehandeling als de overbehandeling die daarvan het gevolg is, werkt kostenverhogend.

Processtappen

Een risicogerichte benadering vraagt om een aantal processtappen. De eerste en belangrijkste is het identificeren van signalen die kunnen duiden op een risico. Daarna moet het risico worden gereduceerd. Vervolgens moet worden geëvalueerd of we hierin zijn geslaagd. Hieronder worden deze drie stappen uitgewerkt.

5. Het opsporen van risico's

Wezenlijk voor het laten slagen van een risicogerichte aanpak is dat we goed in beeld kunnen brengen waar de kans op ongewenste ontwikkelingen qua betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid groot is. Dit betekent dat alle ontwikkelingen die hiervoor relevant zijn, moeten worden gevolgd. Voorbeelden hiervan zijn signalen van het vergoeden van zorg voor problemen die niet tot de gezondheidszorg horen, signalen van overbehandeling, maar ook signalen van onderbehandeling. Onderbehandeling op de ene plek kan namelijk duiden op overbehandeling op de andere.⁴ Signalen willen wij op de volgende manieren in kaart brengen:

Manieren om risico's op te sporen

- Systematische analyse van signalen per ziekte voor wat betreft de tien grootste ziektebeelden: de pakketscans;
- Inventarisatie van nieuwe behandelingen en zorgvormen: de instroommonitor;
- Inventarisatie van omzetsijgingen groter dan 5 procent ten opzichte van het voorafgaande jaar, te beginnen bij

⁴ Overigens is duidelijk dat kostenbeheersing niet losstaat van de andere overheidsdoelen, de kwaliteit van zorg en de toegankelijkheid ervan. Zowel over- als onderbehandeling kunnen ernstige gevolgen voor de patiënt hebben. Overbehandeling en onderbehandeling kunnen ook een teken zijn van een te grote of te geringe toegankelijkheid van de zorg.

- medisch-specialistische zorg (o.a. analyse DBC-gegevens);
- Volgen van de omzet bij nieuwe, dure technologieën (bijvoorbeeld aortaklepprotese);
- Opsporen van signalen van sterke praktijkvariatie die mogelijk kunnen wijzen op ongepaste zorg;
- Analyse van klachten en geschillen; en:
- Analyseren waar standaardenkaders onvolledig zijn, waardoor zich mogelijk risico's voordoen.

De signalen die op deze wijze worden verkregen, brengen we jaarlijks samen in een lijst. Signalen worden geprioriteerd op basis van het verwachte financiële belang van het signaal.

6. Het reduceren van risico's

Publiceren	<p>Om risico's te reduceren gaan we uit van een proportionele inzet van middelen.</p> <p>Soms is een signaal alleen al voldoende aanleiding voor partijen, meestal zorgverzekeraars of zorgaanbieders, om actie te ondernemen. Soms moeten signalen worden geanalyseerd om te kijken of er echt wat aan de hand is. Het openbaar maken van het signaal inclusief de aankondiging dat dit signaal na verschijning van het CVZ-rapport opgepakt wordt, kan voldoende zijn om het risico terug te dringen. Zo zijn zorgverzekeraars aan de slag gegaan om de meerkosten van een behandeling met de Da Vinci-robot niet meer te vergoeden.</p>
Overleg	<p>Mocht publicatie niet voldoende zijn, dan is de tweede stap het bespreken van het signaal met de relevante beroeps- of patiëntengroep. Zo hebben wij een aantal signalen over mogelijke overbehandeling bij een aantal cardiologische aandoeningen besproken met de Nederlandse Vereniging Voor Cardiologie.</p>
Beoordelen	<p>Als het probleem blijft bestaan, dan is (her)beoordeling van de zorgvorm een derde en laatste stap. Dan wordt bepaald of de zorgvorm voor één of meer indicaties moet worden uitgesloten, zoals het geval is geweest met benzodiazepines.</p> <p>Deze manier van werken vereist dat signalen goed worden gemonitord om tijdig te kunnen bepalen welke maatregel nodig is. Als beoordeling aan de orde is, dan zullen we dit stringenter dan voorheen gaan doen. Hieronder wordt dit uitgewerkt.</p>

6.a. Stringenter beoordelen

Noodzakelijkheid van zorg wordt belangrijker criterium

Of zorg verzekerd dient te zijn, hangt niet alleen af van de kwaliteit van de zorgvorm, maar ook van de vraag of zorg, gegeven de situatie, überhaupt moet worden vergoed. Deze vraag gaat vooraf aan de beoordeling van de kwaliteit van de zorgvorm. Meer dan tot nu toe zal het CVZ gaan kijken of de zorgvorm noodzakelijk is alvorens de kwaliteit van de zorgvorm voor een bepaalde indicatie te beoordelen.

Verdieping noodzakelijkheidsbegrip

Tot nu toe heeft het CVZ de 'noodzakelijkheid' vastgesteld aan de hand van twee aspecten: de ernst van de ziekte en de mogelijkheid om de zorg voor eigen rekening te laten komen. Omdat we in de praktijk moeite hebben om antwoord te geven op de vraag of de zorg nu werkelijk noodzakelijk is, hebben we het noodzakelijkheidsbegrip verdiept. Dit heeft geresulteerd in vijf vragen die positief moeten worden beantwoord voordat de vraag aan de orde is of de zorgvorm zelf goed genoeg is om voor vergoeding in aanmerking te komen. Dit zijn de volgende vragen:

- 1) Is er sprake van een individuele zorgvraag?
- 2) Is er sprake van een aandoening of beperking?
- 3) Is de aandoening of beperking ernstig genoeg?
- 4) Is de interventie gericht op de aandoening of beperking?
- 5) Is het onredelijk om de zorgvorm voor eigen rekening te laten komen?

Hieronder worden de vragen uitgewerkt en wordt per vraag aangegeven om welke zorg het gaat.

1) Is er sprake van een individuele zorgvraag?

Individuele zorgvraag?

Over het algemeen is de zorg die is verzekerd op grond van de zorgverzekering, zorg waaraan een individuele zorgvraag ten grondslag ligt. Toch is dit niet altijd het geval. Zo wordt uit de zorgverzekeringen algehele preventieve zorg betaald en is er een discussie over het vergoeden van selectieve preventie. Historisch zijn er soms zaken in de verzekering terechtgekomen terwijl dat niet juist is uitgaande van de gedachte dat het in essentie om een schadeverzekering gaat. Voorbeelden van vergoede zorg waaraan geen individuele zorgvraag ten grondslag ligt, zijn het rijksvaccinatieprogramma en de neonatale hielprik.

2) Is er sprake van een aandoening of beperking?

Aandoening aanwezig?

Aan een medische interventie ligt niet altijd een aandoening ten grondslag. Een voorbeeld is een facelift. Bij veel interventies die het CVZ beoordeelt, hoeft de vraag of we hier

met een aandoening te maken hebben, niet gesteld te worden, omdat de aandoening in de behandeling besloten ligt. Dat geldt bijvoorbeeld voor een nieuw geneesmiddel tegen kanker. Toch is een aantal interventies verzekerd zonder dat er sprake is van een aandoening. In andere gevallen is het afhankelijk van de definitie of het om een aandoening gaat, zoals bij de vraag of zwangerschap een ziekte is. Het vergoeden van anticonceptiva voor meisjes tot 21 is immers vooral ingegeven door de maatschappelijke wens om tienerzwangerschappen te voorkomen en niet door gezondheidskundige overwegingen. Zorgverleners kunnen soms een oplossing bieden voor problemen die eigenlijk meer maatschappelijk van oorsprong zijn. Voorbeelden zijn het vitrificeren van eicellen bij gezonde vrouwen om een eventuele toekomstige kinderwens te kunnen vervullen en de ondersteuning die psychologen bieden aan mensen die maatschappelijk in de knel zijn geraakt. Medisch handelen is geen verzekerde zorg als het om andere problemen dan een ziekte of een aandoening gaat. Kraamzorg en eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen komen bij het stellen van deze vraag ook in beeld.

3) Is de aandoening of beperking ernstig genoeg?

Is de aandoening ernstig genoeg?

De Minister heeft het CVZ verzocht te onderzoeken of via het criterium 'ziektelast' zorg uit het pakket kan worden verwijderd. Het gaat hierbij om de vraag of de aandoening of ziekte ernstig genoeg is om de behandeling ervoor te vergoeden. Het CVZ is van mening dat wanneer een keus moet worden gemaakt om het basispakket in te perken, het voor de hand ligt dit te doen door eerst behandelingen voor de minst ernstige aandoeningen uit te sluiten. De lage-ziektelastbenadering is een plausibel onderdeel van verantwoord pakketbeheer. Het is een eerlijk en ethisch verantwoord criterium om te kunnen bepalen of de ernst van de ziekte of aandoening een beroep op collectieve financiering rechtvaardigt. In de praktische uitwerking van de lage-ziektelastbenadering doen zich echter verschillende problemen voor die uitgebreid zijn beschreven in de uitvoeringstoets *Lage ziektelastbenadering*. Dit maakt dat het criterium vooral relevant is bij specifieke indicatie-interventiecombinaties, zoals behandeling van milde vormen van spataderen en sommige niet ernstige GGZ-indicaties.

4) Is de interventie (een integraal deel van een bredere behandeling) gericht op de aandoening of beperking?

Is de interventie gericht op de aandoening?

Sommige zorg die nu is verzekerd, is eerder hulp dan zorg. Bijvoorbeeld vervoer naar en van de therapeut of het ziekenhuis of hulp bij het leven met een beperking. Wanneer scherpe keuzes moeten worden gemaakt, dan ligt het voor de

hand eerst te kijken of deze hulp niet anders kan worden geregeld, bijvoorbeeld door een groter beroep te doen op informele hulp of, wanneer dit niet mogelijk is, een beroep te doen op de Wmo. Een uitzondering vormen situaties waar gezondheidszorg, hulp en wonen niet te scheiden zijn, bijvoorbeeld in instellingen waar patiënten dag en nacht verblijven. In die gevallen ligt het voor de hand om een integraal pakket aan zorg te leveren.

5) Kan de zorgvorm voor eigen rekening komen?

Voor eigen rekening?

Via het eigen risico is geregeld dat iedere verzekerde een deel van de zorg zelf betaalt. Om dit per zorgvorm te regelen, bijvoorbeeld via bijbetalingen of uitsluitingen, is omslachtig. Bovendien kunnen eigen betalingen ongewenste en onvoorziene inkomenseffecten hebben, bijvoorbeeld doordat sommige patiënten extra worden getroffen vanwege multimorbiditeit. Desondanks zijn er argumenten om sommige zorg niet te verzekeren op grond van de volgende (verzekeringstechnische) overwegingen:

- De zorg is algemeen gebruikelijk. Het is vrijwel zeker dat iedereen op enig moment de zorg nodig heeft (planbaar);
- De zorg is vrij verkrijgbaar zonder tussenkomst van een zorgverlener (zelfzorg);
- De kosten van het verzekeren van de zorg zijn hoger dan de kosten van de zorg.

Voorbeelden zijn sommige zeer goedkope geneesmiddelen en kortdurende fysiotherapie.

Behoort de zorg tot het behandelarsenaal van de beroepsgroep?

Als bovengenoemde vragen positief zijn beantwoord, kan de zorgvorm zelf worden beoordeeld. Hierbij is het van belang te weten of de zorgverleners die in de praktijk met de zorgvorm moeten werken, die tot hun behandelarsenaal rekenen. Het is immers slecht voorstelbaar dat zorg wordt vergoed waarvan de relevante beroepsgroep vindt dat die niet in het behandelarsenaal past. We werken uit op welke wijze wij dit precies gaan vaststellen. Uiteindelijk is een situatie gewenst dat zorg pas in aanmerking komt voor verzekering als het opgenomen is in een professionele standaard. In deze standaard dient dan wel ruimte te zijn voor zorg die niet conform de richtlijn is, maar wel noodzakelijk is voor de betreffende patiënt.

De vraag naar een uitspraak van de relevante beroepsgroep moet beroepsgroepen stimuleren om nieuwe zorgvormen snel te beoordelen op geschiktheid en eventueel op te nemen in richtlijnen, protocollen of standaarden.

Is de zorgvorm goed genoeg?

Als zorg gerekend kan worden tot het behandelarsenaal van de relevante beroepsgroep, is de vraag aan de orde of de

interventie zelf goed genoeg is om in de verzekering opgenomen te worden voor één of meer indicaties. Zoals in ons rapport *Pakketbeheer in de Praktijk 2* is aangegeven, spelen hierbij verschillende criteria een rol. Het eerste criterium is dat van de effectiviteit. Dit criterium is ontleend aan het wettelijke vereiste dat een interventie of geneesmiddel moet voldoen aan de 'stand van wetenschap en praktijk' (Bzv, artikel 2.1, lid 2), alvorens er sprake kan zijn van een te verzekeren prestatie. In het rapport *Stand van wetenschap en praktijk* hebben wij uiteengezet hoe we aan de hand van de principes van Evidence Based Medicine (EBM) vaststellen of een interventie effectief is.

Kosteneffectiviteit

Als een interventie voor een bepaalde indicatie effectief is, kan worden gekeken naar de kosteneffectiviteit. Dit gebeurt op dit moment alleen op het terrein van de intramurale geneesmiddelen waarvoor ziekenhuizen apart worden vergoed. Dit jaar hebben we een drietal dure geneesmiddelen beoordeeld op kosteneffectiviteit. Dit heeft de mogelijkheid geopend om met partijen scherpere afspraken te maken over de prijs van geneesmiddelen.

Scherper kijken naar kosteneffectiviteit kan aanzienlijke winst opleveren. Vaak wordt het vizier vooral gericht op dure behandelingen. Gemakkelijk wordt vergeten dat ook bij relatief goedkope behandelingen veel winst te behalen valt. Zo zijn sommige statines wel drie keer duurder dan het goedkoopste alternatief, maar niet effectiever. De meeste winst valt waarschijnlijk te halen bij zorgvormen die ingezet worden bij indicaties waarvoor die zorgvormen (nog) niet nodig zijn, zoals het toepassen van prostatectomie waar watchful waiting had volstaan. In die gevallen wegen de extra baten immers niet op tegen de kosten. Bij het eerder genoemde voorbeeld van het onnodig dotteren gaat het naar schatting om een bedrag van om en nabij de € 100 miljoen op jaarbasis. Sluipende indicatie-uitbreiding of het zondigen tegen principes van stepped care leveren de meeste gevallen van niet-kosteneffectieve zorg op. Door beter te signaleren zal sneller zichtbaar worden waar zich dergelijke situaties voordoen. Het vervolgens aanscherpen of verfijnen van de indicatie en daarmee het uitsluiten van andere indicaties, levert een positieve lijst op die zorgverzekeraars kunnen gebruiken voor hun zorginkoop. Ook kan de zorgverzekeraar op basis hiervan besluiten voor bepaalde interventies een machtigingsprocedure op te zetten om te kunnen vaststellen of de zorgvorm alleen bij de beschreven indicatie wordt ingezet. Dit beleid is vooral zinvol wanneer een risico bestaat op onbeheersbaarheid van de kosten, zoals bij dure interventies die eenvoudig kunnen worden toegepast buiten het indicatiegebied waarvoor de zorg is verzekerd. Ook wanneer een zorgverlener wil afwijken van de richtlijn, kan een machtiging worden gevraagd. In sommige gevallen kan er

aanleiding zijn van de richtlijn af te wijken. Ook zijn niet alle richtlijnen up-to-date. Wij adviseren dan ook om altijd met een bandbreedte te werken bij het maken van afspraken tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Toestemming is ons inziens aangewezen als de zorgverlener de bandbreedte overschrijdt. Op deze manier kan praktijkvariatie worden teruggedrongen.

Het machtigingsbeleid mag overigens niet discriminatoir uitwerken Omdat de machtiging een belastende maatregel is, dient deze met mate te worden toegepast. Door deze uitgangspunten in acht te nemen, blijven de professionele autonomie van de zorgverlener en de keuzemogelijkheden van de patiënt intact. Dit zijn belangrijke randvoorwaarden bij de toets aan de Europese regelgeving. Overigens zijn wij van mening dat de keuzevrijheid van de patiënt weliswaar een belangrijk goed is, maar dat dit nooit zover kan gaan dat zorg die niet 'zinnig en zuinig' is, wordt afgedwongen.

6.b. Voorwaardelijke toelating en voorwaardelijke financiering

Toelating onder voorwaarden

Soms is een zorgvorm veelbelovend, maar is de effectiviteit ervan nog niet overtuigend bewezen. In dat geval is voorwaardelijke toelating een mogelijkheid om die zorgvorm te vergoeden onder de voorwaarde dat onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit. Mocht blijken dat de zorgvorm niet effectief is, dan wordt de zorgvorm niet opgenomen in het pakket.

Financiering onder voorwaarden

Bij zorg die in het pakket zit, maar waarbij twijfel is over de kosteneffectiviteit ervan, kan voortzetting van vergoeding ook afhankelijk worden gemaakt van de resultaten van onderzoek naar de kosteneffectiviteit. Dit is het geval bij bepaalde nieuwe en dure vormen van zorg. Als de zorgvorm niet kosteneffectief blijkt te zijn, volgt er een advies om de zorgvorm van het pakket uit te sluiten, tenzij er zwaarwegende andere redenen zijn om de zorgvorm toch in het pakket te laten (zie ook paragraaf 6.c.). In ons rapport *Voorwaardelijke toelating/financiering van zorg* wordt ingegaan op de precieze voorwaarden voor voorwaardelijke toelating en vergoeding.

6.c. Grens aan de kosteneffectiviteit?

Qaly is efficiency-maat van zorg

De kosten per qaly zijn een efficiencymaat van de zorgvorm. In ons rapport *Pakketbeheer in de Praktijk 2* is aangegeven dat wij het door de RVZ gesuggereerde bedrag van € 80.000 per qaly (vermenigvuldigd met de relatieve ziektelast⁵) als uitgangspunt nemen voor discussie. Dit bedrag is in de praktijk een goed richtsnoer om mogelijk inefficiënte zorg te identificeren en een discussie aan te gaan met

⁵ Met andere woorden: een zorgvorm voor een matig ernstige aandoening met een ziektelast van 0,2 zou niet meer mogen kosten dan $0,2 \times € 80.000 = € 16.000$ per qaly.

belanghebbenden over indicatieverfijning, prijsverlaging of vergoeding.

***Andere
overwegingen
blijven relevant***

Tot nu toe heeft het CVZ geen harde grens gehanteerd voor het uitsluiten van zorg op basis van het criterium kosteneffectiviteit. De reden is dat andere overwegingen een rol blijven spelen.⁶ Zo is de zeldzaamheid een motief om een zorgvorm die minder doelmatig is dan € 80.000 per qaly, toch te vergoeden.

Het criterium kosteneffectiviteit heeft een grotere rol bij zorg waarvoor een gelijkwaardig, maar goedkoper alternatief bestaat, ook al zijn de kosten per qaly niet heel hoog.

7. Evaluatie van maatregelen

Een belangrijk onderdeel van stringent pakketbeheer is het evalueren van pakketmaatregelen voor wat betreft kostenbeperking. Dit gebeurt tot nu toe in onvoldoende mate. Evaluatie van maatregelen (publicatie, overleg en beoordeling) is onontbeerlijk om vast te kunnen stellen of de maatregelen succesvol zijn. Leiden gesprekken met zorgverleners over het aanscherpen van de indicatie nu echt tot minder behandelingen? Wat zijn precies de gevolgen van uitspraken? Hoe reageren zorgverleners en patiënten?

Tot nu toe is vrij weinig bekend over de financiële effecten van maatregelen, bijvoorbeeld omdat substitutie-effecten niet consequent in de evaluatie worden betrokken.

Het CVZ zal bij evaluatieonderzoek zoveel mogelijk de vraag naar de financiële effecten van maatregelen stellen.

8. Uitwerking stringent pakketbeheer voor 2013-2014

De hierboven geschetste werkwijze is bepalend voor de pakketagenda voor 2013 en 2014. In 2013 zullen wij voor het eerst een lijst van risico's opstellen. Op basis daarvan worden maatregelen benoemd en uitgevoerd.

De consequenties van stringent pakketbeheer voor de beoordelingskaders, criteria, normen en werkwijze worden uitgewerkt in *Pakketbeheer in de Praktijk 3* dat begin 2013 zal verschijnen.

⁶ Zie: Van Busschbach, J.J. en Delwel, G.: "Het pakketprincipe kosteneffectiviteit, achtergrondstudie ten behoeve van de 'appraisal'fase in pakketbeheer", CVZ, publicatienummer 291.

9. Meningen van geconsulteerde partijen

GGZ Nederland	GGZ Nederland kan zich op hoofdlijnen vinden in het rapport maar vraagt ook aandacht voor de maatschappelijke baten van de (ggz) zorg. Dat hangt samen met de vraag hoe het begrip risicogericht pakketbeheer wordt geoperationaliseerd. Ook vraagt men aandacht voor de zorg die niet direct aan een individu is te koppelen en voor de introductie van e-health toepassingen.
Nefarma	Nefarma complimenteert het CVZ met de helderheid van het rapport en onderschrijft de op risico's gerichte benadering. Nefarma stelt voorts om bij de toepassing van het noodzakelijkheidsbegrip de genoemde grens per qaly op maat toe te passen. Ook vraagt men aandacht voor het probleem dat zorg nog niet in richtlijnen is opgenomen en de mogelijke uitsluiting van verzekerde zorg tot die tijd. Nefarma is van mening dat de richtlijnen niet bedoeld zijn om de aanspraak voor de verzekerde te beperken. Tot slot vraagt men de aandacht voor duidelijkheid tussen de resultaten van (stringent) pakketbeheer en de bekostiging van deze zorg. Daar is nu soms onduidelijkheid over.
IGZ	De IGZ ziet vanwege de indirecte relatie met haar kwaliteitstoezicht, geen aanleiding voor een inhoudelijk commentaar.
CIZ	Het CIZ geeft aan weinig aanknopingspunten in het concept te herkennen voor de AWBZ verzekerde zorg maar herkent zich wel in de 5 genoemde vragen die naar hun mening sterk lijken op de vragen die op microniveau in de AWBZ altijd worden gesteld.
KNMG	De KNMG geeft aan dat de voorgestelde oplossing van risicogericht pakketbeheer het best aansluit bij de wens om door de juiste snoei de zorg duurzaam van inhoud te laten zijn. De KNMG onderschrijft ook de onderliggende boodschap van gepast gebruik maar plaatst vraagtekens bij een rigoreus machtigingenbeleid van de verzekeraar. Ook vraagt men de aandacht voor het horen van de zorgverlener. Die vormt een belangrijke actor bij een risicogericht pakketbeheer. De spreekkamer is de plek waar gepast zorg tot stand komt. Niet het verantwoorden bij afwijken van richtlijnen maar het geven van spiegelinformatie moet centraal staan. Tot slot geeft de KNMG aan dat het machtigingsbeleid achteraf geen oplossing is en dat een zorgverzekeraar beter vooraf in de inkoop kan sturen op gepast gebruik.
KNGF	De KNGF vraagt de aandacht voor de bedreigingen van een stringent pakketbeheer voor de toegankelijkheid van de zorg. Een machtigingsbeleid helpt daar ook niet bij. De KNGF geeft

aan dat de patiënt en de zorgverlener bepalen wat noodzakelijke zorg is. De kosteneffectiviteit kan als criterium ook de toegankelijkheid in de weg staan. De KNGF pleit voor een brede toepassing van het begrip doelmatigheid en geeft een voorbeeld op het terrein van kortdurende en intermitterende interventies. Naar de mening van de KNGF leiden machtigingen to onnodige verhogingen van administratieve lasten. Tot slot merkt men op dat het risicogericht beheren van het pakket mogelijk een overlap geeft met de taken van de zorgverzekeraar.

NEFEMED

De NEFEMED kan zich in het algemeen vinden in de teneur van het rapport en zijn voorstander van het hanteren van een open systeem van aanspraken. Uiteindelijk zal de praktijk moeten aantonen of een op risico's gebaseerd pakketbeheer een efficiënt pakketbeheer is.

NPCF/CG-raad/NFK/
PlatformVG/LPGGz

De samenwerkende patiëntenorganisaties geven aan dat een gesloten pakket niet gewenst is. Ze onderschrijven de wens dat pakketbeheer ruimte geeft aan ontwikkelingen als stepped care en gepast gebruik. Een kanttekening is de (nog) onderbelichte rol van de patiënt bij het benoemen van risico's en het aspect van de kwaliteit van de zorg. De organisaties zijn van mening dat in de toepassing van het stringent pakketbeheer stepped care niet moet worden belemmerd. Zorg voor gezondheid en gezondheidszorg moeten wel op natuurlijke wijze op elkaar kunnen aansluiten. Ook vraagt men de aandacht voor de grenzen van verzekerde zorg als het om betaalbaarheid gaat. Met name de stapeling van zorgvormen die voor eigen rekening komen, kan een probleem vormen. De organisaties vinden het een goede zaak de genoemde galygrens niet hard toe te passen. Tot slot geeft men aan dat stringent pakketbeheer niet een synoniem moet worden voor bezuinigen, stepped care belemmeren, onduidelijke aanspraken en het onnodig belasten van de verzekerde. De organisaties bieden aan graag betrokken te zijn bij het benoemen van een eerste lijst van risico's in 2013.

VVOCM

De oefentherapeuten cesar/mensendieck geven in een uitgebreide hoofdstuksgewijze reactie de volgende punten aan. Men mist een detaillering van het voorstel naar de diverse onderdelen van de gezondheidszorg en signaleert dat het risicobegrip nog onuitgewerkt is en geven aan dat de zorgverzekering niet uitsluitend is bedoeld voor die zaken die niet voor eigen rekening kunnen komen. Men geeft aan dat in hoofdstuk 3 het begrip zorgvorm niet wordt gedefinieerd en signaleren een mogelijke inconsistentie in de redenering op het punt van het beoordelen van indicatie interventie combinaties en het uitsluiten van zorgvormen. Tevens vraagt men de aandacht voor het hanteren van het begrip aandoening of beperking. Pakketbeheer moet zich richten op

gezondheidswinst. De VvOCM herkent zich niet in de operationalisatie van vraag 5. men geeft aan dat het opstellen van een richtlijn voor een kleine beroepsgroep nagenoeg onmogelijk is. Naar de mening van het VvOCM is de voorgestelde operationalisatie van kosteneffectiviteit onjuist. Tot slot geeft de VvOCM aan dat oefentherapie een belangrijk element is van stepped care en doelmatige zorg.

OMS	<p>De OMS kan zich vinden in de hoofdlijnen van het concept en vinden een gesloten systeem van aanspraken niet wenselijk. Men vraagt de aandacht voor het betrekken van kwaliteit en toegankelijkheid bij het formuleren van risico's. Men deelt de opvatting dat het criterium noodzakelijkheid een belangrijke plaats dient te hebben. De OMS vindt het beoordelen van de indicatie interventie combinatie een logisch uitgangspunt. Men wijst op een foutief voorbeeld in de tekst. Over het machtigingsbeleid merkt men op dat het niet wenselijk is dat een zorgverzekeraar een machtiging moet geven voor het afwijken van de richtlijn.</p>
FHI	<p>De FHI vraagt de aandacht voor de definitie van gepast gebruik en de uitwerking van begrippen als ernstig en onredelijk en wijst op de verschillen tussen de beoordeling van medische hulpmiddelen en de farmaceutische middelen.</p>
ZN	<p>ZN geeft aan dat het gevaar bestaat dat uit te sluiten indicatie interventie combinaties problemen opleveren met de uitvoerbaarheid ervan. Ook geeft men aan dat het criterium kosteneffectiviteit van belang is voor een voorwaardelijke toelating. Ook geeft men aan dat er een spanningsveld bestaat tussen een machtigingsbeleid en een goede uitvoerbaarheid van het voorgestelde stringente pakketbeheer. Men besluit met de conclusie dat het voorstel van het CVZ niet leidt tot een positief effect op de kosten.</p>
Bogin	<p>De Bogin wijst erop dat in het rapport nog veel punten open staan en daadwerkelijke keuzes nog afhangen van te bepalen normen. Het werken met machtigingen wil de Bogin zoveel mogelijk beperken. De Bogin is van mening dat zorgverleners enige speling moeten hebben om in individuele situaties af te wijken van richtlijnen.</p>
NVZ	<p>De NVZ steunt de uitgangspunten van het rapport. De NVZ benoemt wel een aantal voorwaarden waaraan het CVZ zou moeten voldoen bij zijn advisering, zoals aansluiting bij behandelrichtlijnen en aandacht voor uitvoeringsaspecten. Ten slotte pleit de NVZ voor een vereenvoudigde procedure voor toelating van veelbelovende innovaties.</p>

10. Advies van de ACP

De ACP ondersteunt de geschetste beleidslijn van het rapport, met inachtneming van de volgende opmerkingen:

- Ten aanzien van de discussie over een open of gesloten systeem steunt de ACP de risicogerichte benadering: open formuleren van de aanspraak waar dat kan en gesloten waar dat moet. De beoordelingslast vindt de ACP daarbij geen argument. Zowel een gesloten als een open systeem vergen inspanningen met betrekking tot de beoordeling, zij het dat het moment (vooraf of achteraf beoordelen) verschilt.
- De ACP ziet de consequenties van de beoordeling van de kosteneffectiviteit graag wat nader geconcretiseerd. De ACP vindt het belangrijk dat dit soort overwegingen niet in de spreekkamer plaatsvindt, maar op overheidsniveau. Ook vindt de ACP dat de kosteneffectiviteit altijd gezien moet worden in combinatie met andere criteria. Een richtinggevende grens van 80.000 euro per QALY kan de commissie billijken, maar zij ziet graag nader uitgewerkt wat redenen kunnen zijn om van deze grens naar boven of naar beneden af te wijken aan de hand van voorbeelden. Ook is het belangrijk in die voorbeelden te laten zien wat de consequenties kunnen zijn van het niet-afwijken van de grens. Deze consequenties kunnen verschillen voor patiënten, consumenten en premiebetalers. Het is belangrijk hier oog voor te hebben.
- Aansluitend op het laatste punt, vindt de commissie het van het grootste belang de "stringente benadering van het pakketbeheer" goed uit te leggen aan de burgers, zodat zij begrijpen welke afwegingen plaatsvinden bij de samenstelling van het verzekerde pakket.

11. Samenvattend advies

We raden af om het pakket volledig te 'sluiten'. In plaats daarvan stellen wij een risicogerichte benadering voor. Alleen zorg die niet voldoet aan de pakketcriteria, wordt uitgesloten van vergoeding. Hierbij richten we ons meer dan voorheen op de noodzakelijkheid van vergoeding. Hiertoe is het noodzakelijkheidsbegrip verdiept. Bij de vraag of zorg wel kosteneffectief is, hanteren wij het door de RVZ voorgestelde bedrag van € 80.000 per qaly. Enkele specifieke redenen, zoals het feit dat de behandeling extra duur is vanwege de zeldzaamheid van de ziekte, kunnen aanleiding zijn hiervan af te wijken.

Risicogericht pakketbeheer kan alleen maar succesvol zijn als de situaties waarin zorg onterecht wordt vergoed, in kaart worden gebracht en de betreffende zorg van vergoeding wordt uitgesloten. Daarom investeren wij in het beter opsporen en het vervolgens beoordelen van dit soort situaties. Wij zijn ervan overtuigd dat de baten hiervan ruimschoots opwegen tegen de kosten.

Vervolgens spannen we ons in om ervoor te zorgen dat in de praktijk deze zorg niet meer ten laste van de verzekering wordt gebracht. Dit kan alleen door goede afspraken te maken met organisaties van zorgverleners, verzekeraars, patiënten en toezichthouders.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp



Bijlagen

Bijlage 1: Verzoek VWS om uitvoeringstoetsen lage ziektelast benadering en stringent pakketbeheer d.d. 7 maart 2011

Bijlage 2: Reacties betrokken partijen in het veld op conceptrapport CVZ

- GGZ Nederland
- Nefarma
- IGZ
- CIZ
- KNMG
- KNGF
- NEFEMED
- NPCF/CG Raad/NFK/Platform VG/LPGGz
- VvOCM
- OMS
- FHI
- Zorgverzekeraars Nederland
- Bogin
- NVZ



Ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter Raad van Bestuur
College voor Zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

**Directie
Zorgverzekeringen**

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag
T 070 340 79 11
F 070 340 78 34
www.rijksoverheid.nl

Inlichtingen bij
mr.dr.s.P.H.M.Thewissen

T 070 3406042

Ons kenmerk
Z-VU 3052198

Bijlagen

Uw brief

*Correspondentie uitsluitend
richten aan het retouradres
met vermelding van de datum
en het kenmerk van deze
brief.*

Datum 7 MRT 2011

Betreft Uitvoeringstoetsen stringent pakketbeheer en lage-ziectelastbenadering

Geachte heer Hermans,

Aanleiding

Het Regeerakkoord voorziet in een aantal wijzigingen in het collectief verzekerde pakket die leiden tot een financiële ombuiging in de komende jaren. Naast enkele pakketwijzigingen zijn de belangrijkste maatregelen hierbij stringent pakketbeheer en (met name) het uit het collectief verzekerde pakket halen van behandelingen gericht op aandoeningen met een lage ziektelast. Van belang is dat de pakketmaatregelen betrekking hebben op aanspraken. Middels deze brief verzoek ik u om mij door middel van twee uitvoeringstoetsen te adviseren over de toepassing van zowel stringent pakketbeheer, als lage-ziectelastbenadering.

Alvorens in te gaan op specifieke aandachtspunten voor beide uitvoeringstoetsen ga ik in op mijn beleidsdoelstellingen voor de komende jaren en op het hierbij relevante achtergrondkader. Ook behandel ik enkele algemene randvoorwaarden voor de uitvoeringstoetsen.

Beleidsdoelstelling, achtergrondkader

Beoogd beleid

In de brief van 26 januari 2011, met als motto *Zorg die werkt*, heb ik een overzicht gegeven van mijn beleidsdoelstellingen voor de komende jaren. De toenemende zorgvraag, het dreigend personeelstekort en de snel oplopende kosten dwingen ons om de zorg nog verder te verbeteren, veiliger en doelmatiger te maken. Van belang is dat zorg ook in de toekomst betaalbaar en voor iedereen beschikbaar blijft. Wat betreft de financiële houdbaarheid van het stelsel zijn mede van belang de afspraken die in het Regeerakkoord zijn gemaakt over stringent pakketbeheer en het uit het basispakket halen van de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast (kortweg: lage-ziectelastbenadering). In het Regeerakkoord is vastgelegd dat het verzekerd pakket stringenter beheerd zal worden, waarbij toelating van innovaties tot het verzekerde pakket meer eenduidig, samenhangend en consequent worden beoordeeld, verouderde behandelingsmethoden uit het pakket worden verwijderd en behandelingen die afwijken van richtlijnen vooraf toestemming krijgen van de zorginkoper. Het is de bedoeling dat op basis van noodzakelijkheid, (kosten)effectiviteit en



uitvoerbaarheid expliciet vooraf wordt besloten over de toelating tot het collectief verzekerde basispakket en dat verouderde behandelingsmethoden die niet voldoen aan de gestelde criteria uit basispakket worden verwijderd. Stringent pakketbeheer beoogt de toekomstige groei van de zorguitgaven te beperken. Dat levert € 0,030 mld op in 2012, € 0,040 mld in 2013, € 0,050 mld in 2014 en vanaf 2015 structureel € 0,070 mld.

**Directie
Zorgverzekeringen**

**Ons kenmerk
Z-VU 3052198**

Daarnaast is het de bedoeling van het kabinet om de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast uit het basispakket te halen. Het kan dan gaan om verzekerde prestaties op het vlak van geneeskundige zorg, geneesmiddelen en GGZ-zorg. Vanaf 2015 moet deze maatregel leiden tot een structurele besparing van € 1,3 mld, waarbij rekening is gehouden met weglek, vervolgschade en substitutie.

Huidige situatie pakketbeheer

Het CVZ beheert het pakket en adviseert de minister over samenstelling en samenhang van een verantwoord pakket. Dit houdt in een basispakket waarin alleen die zorg is opgenomen die medisch noodzakelijk en effectief is en waarvan duidelijk is dat zij niet voor eigen rekening van de burger kan komen. Van dat pakket dient op gepaste werkwijze gebruik gemaakt te worden. Gepast gebruik kan door het CVZ worden bevorderd, maar ligt voor een belangrijk deel op het terrein van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa werkt inmiddels aan aanscherping van de toetsing verscherpt op rechtmatigheid van vergoedingen conform de Zvw, in navolging van de afspraak in het Regeerakkoord. Het gaat hier om zorg die ten laste van het collectief wordt gebracht, maar niet behoort tot het verzekerde basispakket.

De RVZ ging in 2006 in het advies *Zinnige en duurzame zorg* in op het vraagstuk van lage ziektelasten. De RVZ was van mening dat de burger kosten verbonden aan een lage ziektelast voor eigen rekening kan nemen. In 2010 is ook de werkgroep Heroverweging curatieve zorg op de lage-ziektelastbenadering ingegaan. Vanuit het noodzakelijkheids criterium stelde de werkgroep zich daarbij de vraag wanneer ziekte/benodigde zorg een claim op solidariteit rechtvaardigt. Daarbij werd een onderscheid gemaakt in vijf niveaus van ziektelast. In een haalbaarheidstoets heeft het CVZ geconcludeerd dat het toepassen van lage ziektelast een kansrijke methode is. Wel zijn mogelijk nadelige gevolgen voor de verzekerde en voor het systeem onderscheiden. Ook heeft het CVZ nadruk gelegd op de therapeutische fase van de zorg en op de verbinding van ziektelast met kosten-effectiviteitsgegevens.

Systematiek pakketbeheer

Aanspraken in de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn op twee wijzen omschreven. Geneeskundige zorg is een voorbeeld van open omschreven zorg, terwijl farmaceutische zorg gesloten is omschreven. Beide vormen kennen zowel voor- als nadelen en om die reden is het noodzakelijk om na te gaan voor welke zorgvormen welke methodiek de juiste is. Bij de uitvoeringstoets lange termijn geneesmiddelenvoorziening heeft mijn voorganger¹ u gevraagd te onderzoeken of en onder welke condities een dubbel systeem mogelijk is waarbij sommige interventies vooraf en andere slechts incidenteel achteraf worden getoetst. Met betrekking tot stringent pakketbeheer zou de mogelijkheid gezien kunnen worden of voor andere delen van de zorg een meer gesloten omschrijving kan

¹ Brief aan voorzitter CVZ inzake uitvoeringstoets geneesmiddelen d.d. 13 april 2010



worden gebruikt. Aanscherping van de pakketcriteria bij open omschreven zorg kan mogelijkheden bieden om mogelijk ondoelmatig gebruik tegen te gaan. Stringent pakketbeheer, kan bijdragen aan kostenbeheersing in de zorg door te ijveren voor een rationeel pakket: in beginsel wordt alleen zorg die in voldoende mate evidence based is uit collectieve middelen vergoed tenzij het innovatieve zorg betreft waarover nog onvoldoende data beschikbaar zijn. Voor deze vorm is voorwaardelijke financiering een instrument voor tijdelijke toelating, in afwachting van nadere gegevens over effectiviteit en doelmatigheid. Wat betreft stringent beheer heeft het CVZ overigens al eerder aangegeven dat dit thema in de vaste pakketcyclus een nadrukkelijker rol zal innemen. Naar ik heb begrepen is de invulling van in het Regeerakkoord vastgelegde besparing 2012 nog niet meegenomen in het pakketadvies 2011, dat verschijnt op 1 april a.s. Bij brief van 18 januari 2011 is het CVZ daarom verzocht om in het late voorjaar 2011 een aanvullend uitstroomadvies uit te brengen. Op grond daarvan kan de voor 2012 voorziene financiële besparing uit het Regeerakkoord worden ingevuld.

**Directie
Zorgverzekeringen**

**Ons kenmerk
Z-VU 3052198**

Beleidsontwikkelingen

Aanpalende beleidsontwikkelingen zijn eveneens van invloed op de doelmatige verstrekking van het basispakket. Het instrument voorwaardelijke financiering zal gebruikt worden om de uitstroom van niet-adequate zorg uit het pakket te bevorderen, evenals de toelating van nieuwe, innovatieve zorg. Het CVZ heeft al eerder een rapport uitgebracht over de toepassing van voorwaardelijke financiering. Ook wordt de samenhangende sturing op kwaliteit, richtlijnconformiteit, verzekerde aanspraak en pakketbeheer voortgezet en verankerd middels een samenvoeging van relevante instituties op dit terrein in een Kwaliteitsinstituut.

Vraag om uitvoeringstoetsen

Ik ben voornemens om zowel stringent pakketbeheer als de lage- ziekte lastbenadering voortvarend ter hand te nemen. Van belang is dat de pakketmaatregelen gaan om aanspraken. In dat kader verzoek ik het CVZ voor beide maatregelen in een uitvoeringstoets aan te geven op welke wijze deze uitgevoerd kunnen worden, aan welke randvoorwaarden dient te worden voldaan en met welke effecten rekening moet worden gehouden.

Uitvoeringstoets stringent pakketbeheer

In het Regeerakkoord is voor stringent pakketbeheer vanaf 2012 jaarlijks een besparing voorzien. U bent gevraagd om in het late voorjaar met het oog hierop een aanvullend pakketadvies uit te brengen met maatregelen voor 2012. Voor de jaren daarna verwacht ik dat het CVZ jaarlijks in het reguliere pakketadvies zal ingaan op stringent beheer en voorstellen zal doen voor te nemen maatregelen om de voorziene besparingen te kunnen invullen. Het gaat daarbij in brede zin over het stringenter toelaten van nieuwe medische behandelingen tot het verzekerde pakket en om het verwijderen van wat in het Regeerakkoord zijn genoemd verouderde behandelingsmethoden en de toelating van innovaties, waarbij kosteneffectiviteit een rol speelt.

Daarnaast wil ik u vragen om in een uitvoeringstoets rondom de systematiek van stringent pakketbeheer in te gaan op de volgende vragen:

- *Expliciete besluitvorming over pakket.* Op welke wijze kunnen de criteria van noodzakelijkheid, (kosten)effectiviteit en uitvoerbaarheid bij de besluitvorming over de toelating tot het pakket expliciet vooraf worden toegepast? Welke



mogelijkheden zijn er voor expliciete besluitvorming en draagt een gesloten systeem van omschrijven daar meer aan bij dan het huidige systeem? Hoe passen aanpalende beleidsvoornemens daarin zoals die rond de lange termijnbeleid geneesmiddelenvoorziening?

Directie
Zorgverzekeringen

Ons kenmerk
Z-VU 3052198

- *Kosteneffectiviteitscriterium*. Op welke wijze kan het criterium kosteneffectiviteit expliciet worden toegepast bij stringent pakketbeheer? Kan CVZ adviseren over grenzen of kosten-bandbreedtes per QALY?
- *Toestemming bij afwijking*. In welke situaties is het noodzakelijk om vooraf toestemming te verkrijgen van de zorginkoper voor behandelingen die afwijken van richtlijnen? Hoe verhoudt zo'n toestemmingsvereiste zich tot Europese regelgeving? Wat betekent dit voor de professionele autonomie van de zorgverlener en voor keuzemogelijkheden voor de patiënt?
- *Uitvoerbaarheid*. Voor beide bovenstaande punten verzoek ik u in te gaan op de uitvoerbaarheid en noodzakelijke randvoorwaarden voor effectieve werking.

Ik verzoek u deze uitvoeringstoets uit te brengen voor 1 november 2011. Inhoudelijk zijn er overigens raakvlakken met de uitvoeringstoets lange termijnbeleid geneesmiddelenvoorziening die het CVZ momenteel voorbereidt.

Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering

De besparing voor de lage-ziektelastbenadering is voorzien vanaf 2015, maar heeft een dusdanige omvang dat de invoering zorgvuldig en tijdig dient te worden voorbereid. Ook hier stel ik het oordeel van het CVZ in een uitvoeringstoets op prijs. In reactie op de (gewijzigde) motie Van der Veen c.s. (32 500 XVI, nr. 28; begrotingsbehandeling VWS) heb ik toegezegd voor 1 maart 2012 aan de Tweede Kamer een voorstel te zullen presenteren voor de uitvoering van de aanpassing van het pakket op basis van het criterium lage ziektelast. Ik ben voornemens daarin ook in te gaan op de vraag welke aandoeningen met lage ziektelast gepaard gaan.

In een uitvoeringstoets over de lage-ziektelastbenadering verzoek ik u in te gaan op de volgende vragen:

- *Voorstel invulling besparing*. Kan het CVZ een voorstel doen voor te nemen pakketmaatregelen met een lage ziektelast van ten minste € 1,3 mld voor geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg en geneesmiddelen? Het voorstel dient een dusdanige omvang te hebben zodat keuzes gemaakt kunnen worden t.a.v. de besparing uit het Regeerakkoord die een gegeven is. Hierbij kan naast de drie genoemde terreinen ook additioneel worden gekeken naar andere onderdelen van het basispakket, rekening houdend met maatregelen die reeds onderdeel zijn van lopend en/of voorgenomen beleid.
- *Randvoorwaarden*. Wat zijn noodzakelijke randvoorwaarden voor toepassing van de lage-ziektelastbenadering, rekening houdend met specifieke omstandigheden van respectievelijk geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg en geneesmiddelen? Is effectieve monitoring mogelijk en op welke wijze dient het toezicht (NZa, CVZ) invulling te krijgen?
- *Uitvoeringsaspecten*. In hoeverre is (technische) aanpassing van de Zvw-systematiek of de bekostigingssystematiek en daarop gebaseerde regelgeving noodzakelijk? Met welke (technische) uitvoeringsaspecten moet rekening worden gehouden om de pakketmaatregelen uit te voeren, bijvoorbeeld de ondeelbaarheid van dbc's?



- *Neveneffecten*. Wat zijn de consequenties indien aandoeningen met een lage ziektelast niet langer deel uitmaken van het basispakket? Wat betekent dat voor de uitvoerbaarheid en voor de samenhang in het pakket? Is het mogelijk om vervolgschade (ook in aanpalende sectoren), weglek en upcoding in beeld te brengen? Hoe kan substitutie van zorg worden voorkomen?

**Directie
Zorgverzekeringen**


**Ons kenmerk
Z-VU 3052198**

Ik verzoek u in de uitvoeringstoets ook aandacht te besteden aan mogelijk andere aandachtspunten die relevant zijn voor een effectieve toepassing. Ik verzoek u om de uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering uiterlijk in januari 2012 uit te brengen, zodat ik uw advies kan betrekken bij het plan van aanpak lage-ziektelastbenadering dat ik in maart 2012 aan het parlement wil sturen.

Randvoorwaarden, planning

Voor beide uitvoeringstoetsen verzoek ik u bovendien om stil te staan bij de gevolgen van beide maatregelen op de werking van het stelsel, op de keuzevrijheden en verantwoordelijkheden van partijen in de zorg. Nadrukkelijke aandachtspunten zijn ook de uitvoerbaarheid van de voorstellen (waaronder administratieve lasten), oplossingen voor ongewenste neveneffecten, de monitoring en de rollen van toezichthouders daarbij.

Met vriendelijke groet,
de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,


mw. drs. E.I. Schlopers