

Rapport

Stringent Pakketbeheer

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

Uitgave

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Volgnummer

2012066230

Afdeling

ZORG-OO

Auteurs

C.G. Mastenbroek en R.G.P. Doeschot

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 88 66

Bestellingen

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 qalygrens 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, vervolg schade 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 uitstroombadvies 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-ziektebelastbenadering 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 toezichhouders daarbij.

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


mw. drs. E.I. Schlopers

BIJLAGE 3 ACP 31/8

College voor zorgverzekeringen
t.a.v. de heer drs. R.G.P. Doeschot
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Datum	Bijlage(n)
23 april 2012	-
Contactpersoon	Doorkiesnummer
drs. M. Strijdonck	8977
Ons kenmerk	Uw kenmerk
FA/mesk/naem/136231/2012	-
Onderwerp	
Reactie concept uitvoeringstoets	
Stringent pakketbeheer	

Geachte heer Doeschot,

Graag maken wij gebruik van uw uitnodiging om te reageren op de concept uitvoeringstoets 'Stringent pakketbeheer'.

GGZ Nederland kan zich vinden in de hoofdlijnen van het rapport. Wij onderschrijven het belang van de relatie indicatie-interventie en dat een gesloten systeem voor het hele verzekerde pakket vanuit dit en andere oogpunten niet wenselijk is.

Als alternatief voor een gesloten systeem stelt u in het rapport risicogericht pakketbeheer voor. Hierbij wil het CVZ naast de betaalbaarheid ook naar toegankelijkheid en kwaliteit van noodzakelijke zorg kijken. Uit het rapport blijkt echter niet duidelijk hoe smal of breed het CVZ het begrip betaalbaarheid hierbij voor zich ziet. Dit behoeft wat ons betreft verduidelijking. GGZ Nederland vindt het belangrijk dat daarbij ook aandacht is voor de baten van de ggz op andere domeinen dan alleen de Zvw en AWBZ, zoals bijvoorbeeld op het gebied van veiligheid, onderwijs en arbeidsmarkt.

In het rapport benoemt u vijf vragen die gezamenlijk bepalen of de zorg noodzakelijk is. Deze vragen moeten alle vijf positief beantwoord worden voordat de vraag aan de orde is of de zorgvorm zelf goed genoeg is om voor vergoeding in aanmerking te komen. De eerste vraag is of er sprake is van een individuele zorgvraag. Hierbij attenderen wij u er op dat ggz aanbieders zorg leveren die niet per definitie aan een individuele verzekerde te koppelen is. Deze zorg is echter wel gericht op een ernstige aandoening of beperking van een individuele verzekerde. Een voorbeeld hiervan is anonieme e-health. Een nuttige toevoeging aan het rapport is daarom dat ook al is de zorg niet te koppelen aan een individuele verzekerde, de zorg alsnog voor vergoeding op grond van de Zvw in aanmerking kan komen. Deze zorg is onder stringent pakketbeheer niet per definitie uitgesloten als te verzekeren prestatie.



Verzekeraar en aanbieders hebben de ruimte om individuele problemen met een collectief aanbod op te lossen.

Bij dit rapport is volgens ons ook de ontwikkeling van e-health van belang. GGZ Nederland is recentelijk gestart met maatschappelijke business cases voor blended behandeling in de curatieve ggz en voor beeldbellen in de langdurende ggz. Bij de determinatie van de indicatoren om de effecten van e-health te kunnen vaststellen, willen wij indien mogelijk de ideeën en wensen van het CVZ betrekken als belangrijke landelijke stakeholder.

Tekstueel wijzen wij u op pagina 3 waar nog gesproken over het advies 'Onbetwistbare ggz', terwijl dit inmiddels is aangepast in 'Geneeskundige ggz'.

Wij zien het definitieve rapport en de vervolgstappen die het CVZ naar aanleiding van dit rapport gaat nemen vol belangstelling tegemoet. Voor de maatschappelijke business cases rond e-health nemen wij binnenkort contact met u op.

Voor een nadere toelichting op deze brief kun u contact opnemen met Monique Strijdonck, beleidsadviseur afdeling Financiering en Arbeidszaken, telefoon 033-4608977, email mstrijdonck@ggz nederland.nl

Met vriendelijke groet,



Ir. P.M. van Rooij,
directeur.

College voor Zorgverzekeringen (CVZ)
T.a.v. de heer drs. R.G.P. Doeschot
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Den Haag, 24 april 2012

Kenmerk: MD/JO/2012/00749

Betreft: Reactie Nefarma op concept uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer

Geachte heer Doeschot,

Graag gaan wij in op uw uitnodiging voor een bestuurlijke reactie op uw uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer.

Op de eerste plaats willen wij u complimenteren met de helderheid van dit rapport. Met de door u beschreven werkwijze in deze uitvoeringstoets krijgen de rapporten 'Lage ziektebelastbenadering', 'Naar een risicogerichte beoordeling van extramurale geneesmiddelen' en 'Voorwaardelijke toelating/financiering van zorg' een duidelijke plaats in het totale pakketbeheer.

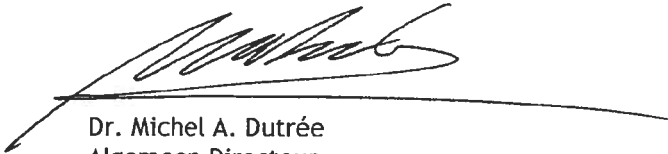
De benadering die u kiest voor een risicogerichte indicatie-interventiecombinatie onderschrijven wij. Dit leidt inderdaad naar meer maatwerk waarbij de behandelaar niet meer wordt geconfronteerd met verstarrende 'one size fits all'-oplossingen zoals deze bij gesloten systemen als bijvoorbeeld het GVS gelden. Naast dat gesloten systemen tot hoge uitvoeringskosten leiden, treden er vaak ook vertragingen op in de toegang voor patiënten in verband met de vooraf te nemen aanspraakbesluiten.

Ten aanzien van de uitwerking van het noodzakelijkheidsbegrip willen wij de volgende opmerking plaatsen. Bij het bepalen of een aandoening ernstig genoeg is, geeft u aan gebruik te willen maken van de lage ziektebelast benadering. Daarbij onderkent u dat er problemen zijn bij de praktische uitwerking. Graag willen wij hier nogmaals nadrukkelijk aangeven dat wat ons betreft het leven van bijvoorbeeld een astmapatiënt evenveel waarde heeft als van een reumapatiënt. Dit betekent voor ons niet dat we voorstander zijn van een harde grens. Door de €80.000 per qaly als een richtsnoer te hanteren kan afhankelijk van de situatie naar boven of naar beneden worden afgeweken. Dit is in lijn met de op maat gesneden oplossingen die u voorstaat.

Ten aanzien van de afweging om zorg pas op te nemen in de basisverzekering als deze tot het behandelarsenaal van de zorgverlener behoort, hebben wij nog wel een concrete vraag. Wij lezen dit als dat zorg pas wordt vergoed als deze in richtlijnen is opgenomen. Is dit juist? Dit zou namelijk voor geneesmiddelen betekenen dat ondanks dat zij zijn geregistreerd (en derhalve voldoen aan de stand der wetenschap en praktijk) pas voor opname in het verzekerde pakket in aanmerking komen als de richtlijnen zijn geactualiseerd. Het is bekend dat actualisatie vele jaren kan duren en de patiënt zou dan gedurende deze tijd geen toegang tot deze nieuwe geneesmiddelen hebben? Nefarma is voorstander van het gebruik van actuele richtlijnen, protocollen of standaarden. Deze zijn er naar onze mening om de beroepsgroep te ondersteunen en niet om de aanspraak voor de verzekerden te beperken.

Graag blijven wij bij de verdere uitwerking betrokken. Daarbij is het van belang duidelijk aan te geven dat de bekostiging van de aanspraak bij stringent pakket beheer niet ter discussie mag staan of leidt tot onduidelijke situaties bij de partijen die verantwoordelijk zijn voor de financiële afwikkeling van deze aanspraak. Ons bereiken nu al signalen dat patiënten vanwege onduidelijkheid in de bekostiging ten onrechte bepaalde aanspraak wordt onthouden, hetgeen aangeeft dat het van belang is om een oog te houden op de praktische uitvoering.

Met vriendelijke groet,



Dr. Michel A. Dutrée
Algemeen Directeur

Mastenbroek, drs. C.G.

Van: Blerck, mw. drs. M.A. van [ma.v.blerck@igz.nl]
Verzonden: maandag 23 april 2012 10:53
Aan: Mastenbroek, drs. C.G.
CC: Serné, dhr. drs. A.J.; Zwaap, mw. drs. J.
Onderwerp: Reactie IGZ concept uitvoeringstoets "Stringent pakketbeheer"

Geachte heer Mastenbroek,

Begin april ontvingen wij uw brief waarin u ons verzocht te reageren op uw concept-uitvoeringstoets "Stringent pakketbeheer". Met deze e-mail willen wij aan uw verzoek voldoen.

Allereerst hartelijk dank voor de geboden gelegenheid om onze visie op uw document te geven. De uitvoeringstoets geeft een helder beeld van de door u voorgestane aanpak van stringent pakketbeheer.

Het onderwerp heeft raakvlakken met het kwaliteitstoezicht van de IGZ, maar deze zijn vooral indirect. We zien daarom vanuit ons kwaliteitstoezicht geen aanleiding om inhoudelijk commentaar te leveren op uw concept-uitvoeringstoets.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd.

Met vriendelijke groet,

Mw. drs. M.A. (Marjolijn) van Blerck
Stafadviseur

.....
Inspectie voor de Gezondheidszorg
Bureau Bestuursondersteuning
St. Jacobsstraat 16 | 3511 BS | Utrecht | Kamer 1.13
Postbus 2680 | 3500 GR | Utrecht

.....
T 030-2338645
M 06-25309927
ma.v.blerck@igz.nl
<http://www.igz.nl>

.....
Vrijdag is mijn vrije dag

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. De Staat aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.
This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The State accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

Aan de heer C.G. Mastenbroek
Afdeling Ontwikkeling en Onderzoek
Betreft: reactie KNGF consultatie concept van de uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer.

Datum: 25 april 2012

Geachte heer Mastenbroek

Het KNGF stelt het bijzonder op prijs om haar reactie te geven op het concept uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer. De reactie is opgebouwd uit een korte introductie waarin de kern van het Stringent pakketbeheer is opgenomen. Vervolgens verwoordt het KNGF per item haar commentaar en mogelijk aanvulling op het concept Stringent pakketbeheer. De items zijn: noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit, machtigingsbeleid en risicogericht beheer.

Algemeen

De kern van een Stringent pakketbeheer is dat de pakketbeheerder strikt signaleert en agendeert, streng beoordeelt en consequent de getroffen maatregelen evalueert. Centraal staat de beheersing van risico's als mogelijke bedreigingen voor de kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid van de zorg (pakketcriteria).

Aan de hand van vragen van de minister van Volksgezondheid aan het CVZ over een Stringent pakketbeheer wordt duidelijk welke invulling het CVZ aan deze opdracht geeft.

Het KNGF is van mening dat nader onderzoek mogelijk moet zijn om de noodzakelijkheid en kosteneffectiviteit te optimaliseren door een stringent pakketbeheer. Transparantie van kwaliteit en afbakening van het domein van de fysiotherapie, conform de domeinbeschrijving van het KNGF leveren kan een effectieve bijdrage aan een stringent pakketbeheer maar ook efficiëntie van toepasselbaarheid van dit stringent pakketbeheer binnen het huidige zorgstelsel.

Naast mogelijkheden ziet het KNGF ook bedreigingen voor de toegankelijkheid van de fysiotherapie. Vooral het machtigingsbeleid en het criterium dat het verzekeren van een zorgvorm hogere kosten met zich mee kan brengen dan de zorgvorm zelf. Het KNGF vraagt zich af wat aan dit criterium ten grondslag ligt. Het KNGF is namelijk van mening dat door het toepassen van richtlijnen en zorgstandaarden de noodzakelijke en bewezen effectieve zorg een verantwoorde basis is voor de te verzekeren zorgvorm.

Noodzakelijkheid

Allereerst wordt het criterium noodzakelijkheid op de voorgrond geplaatst. Dit criterium moet tot een scherpere afbakening leiden tussen het domein van de gezondheidszorg en overige domeinen. Wie bepaalt wat noodzakelijke zorg is? Het KNGF is van mening dat de zorgverlener dit in samenspraak met de patiënt bepaalt.

De fysiotherapeut is bij uitstek de zorgprofessional die in het beweegzorgdomein de expertise heeft om op basis van richtlijnen en zorgstandaarden de noodzakelijke indicatie-interventiecombinatie toe te passen. De scherpere afbakening van het domein van de gezondheidszorg is ook voor de fysiotherapie van belang waarbij kosteneffectiviteit en doelmatigheid als belangrijke criteria worden gehanteerd).

Kosteneffectiviteit

Het criterium kosteneffectiviteit waarbij een bedrag van 80.000,- euro per qaly wordt genoemd bij het toepassen van een Stringent pakketbeheer is mogelijk een goed richtsnoer. Echter, het kan volgens het KNGF drempels opwerpen voor patiënten die noodzakelijke en effectieve zorg nodig hebben. Patiënten met reuma blijken na wijziging van het basispakket veel problemen te ervaren met de toegankelijkheid van noodzakelijke fysiotherapeutische zorg.

Reden hiervoor is dat de herverzekering van indicaties op het gebied van reuma beperkt is doorgevoerd en patiënten de eerste 20 behandelingen zelf moeten betalen. Patiënten wachten langer

met een beroep doen op de noodzakelijke zorg of gaan naar de huisarts en de medisch specialist wat resulteert in hogere kosten.

Het KNGF vindt deze aanpassing in het basispakket niet wenselijk en het strookt niet met de criteria doelmatigheid en kosteneffectiviteit. De fysiotherapie is met bewezen kortdurende en intermitterende interventies een uitstekende zorgvorm die aan alle pakketcriteria voldoet.

Een van de argumenten die het CVZ hanteert is dat de kosten van het verzekeren van deze zorgvorm hoger zijn dan de kosten van de zorgvorm. Graag ziet het KNGF een nadere onderbouwing en berekening of rekenmodellen van dit argument tegemoet want dit argument heeft een paar risico's in zich. Een van de risico's is dat patiënten kiezen voor duurdere zorg in de 2^e lijn omdat deze wel verzekerd is. Deze substitutie naar de 2^e lijn zal hogere kosten met zich meebrengen.

Machtigingsbeleid

Het toepassen van een machtigingsbeleid bij behandelingen die afwijken van de richtlijnen vindt het KNGF niet wenselijk. Het vooraf toestemming vragen leidt tot onnodige verhoging van de administratieve last en verhoogt de kans op beperkingen van de toegankelijkheid voor noodzakelijke fysiotherapeutische zorg.

Risicogericht beheer

Tot slot vindt het KNGF dat CVZ het risicogericht beheren van het pakket met grote zorgvuldigheid moet benaderen. Er kan hier sprake zijn van een overlap van taken die een zorgverzekeraar heeft op het gebied van controle m.b.t. gepast gebruik van publieke middelen.

Met vriendelijke groet,

Met vriendelijke groet,
Mr J.N.(Hans) Redeker

Manager Afdeling Beleid en Ontwikkeling
Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
Stadsring 159b | Postbus 248 | 3800 AE Amersfoort | T 033 4672950/ 06 53769637

CVZ

t.a.v. drs R.G.P. Doeschot

Postbus 320

1110 AH DIEMEN

Kenmerk : nfm.bri.324

Betreft : Reactie Stringent pakketbeheer

Datum : 25 april 2012

Geachte heer Doeschot,

Graag reageren wij op het conceptrapport over Stingent Pakketbeheer.

In zijn algemeenheid kunnen wij ons vinden in dit rapport.

Op onderdelen wordt verwezen naar andere, eerdere rapporten zoals over de uitvoeringstoets lage ziektelast en de voorwaardelijke toelating/financiering. Wij hebben daarop al gereageerd en laten een specifieke, inhoudelijke reactie hier achterwege.

Wel zien wij dat de uitwerking van een instrument als dat van voorwaardelijk toelating of financiering om veelbelovende innovaties te bevorderen zich buitengewoon lastig verhoudt met de beoordeling van bestaande zorgvormen op hun kosteneffectiviteit, ook gelet op het feit dat er geen mankracht noch budget extra ter beschikking wordt gesteld.

Met u zijn wij voorstander van handhaving van een open systeem met betrekking tot opname in het pakket juist met het oog op gepast gebruik in de individuele situatie. Maatwerk is dan mogelijk. Als hier tevens een benadering of aanpak op basis van ICF of daaraan verwant wordt gehanteerd, wordt naar onze mening het doel bereikt van individuele zorgoplossingen tegen aanvaardbare maatschappelijke kosten.

Wij zijn voorstander van een efficiënt pakketbeheer. Het risicogericht beheren van het pakket kan hierbij invulling geven. Het lijkt ons dat in de praktijk uiteindelijk zal moeten worden aangetoond dat risicogericht beheer een efficiënt pakketbeheer mogelijk maakt.

Over de grens aan de kosteneffectiviteit schrijft u dat het door de RVZ genoemde bedrag van € 80.000 (vermenigvuldigd met de ziektelast) in de praktijk een goed richtsnoer is om inefficiëntie te identificeren. Bedoeld het CVZ hiermee te zeggen dat in de praktijk al met dit bedrag wordt gewerkt of dat de inzet van dit normbedrag in de praktijk wenselijk zou zijn?

Bereid tot nadere toelichting,

Met vriendelijke groet,



mr. Roelf A. van Run
Directeur Nefemed



Openbaar advies van Geneeskundige Deel Onderdeel



Nederlandse Federatie van
Kankerpatiëntenorganisaties



Platform VG LPGA

CVZ

Drs. C.G. Mastenbroek
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

datum Utrecht, 25 april 2012
ons kenmerk 2012-138/DSB/01.01.01/WT/HM
voor informatie Winny Toersen NPCF; Marijke Hempenius CG-Raad
uw kenmerk
onderwerp **reactie uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer**

Geachte heer Mastenbroek,

Met belangstellingen hebben wij kennisgenomen van de concept uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer. De gezamenlijke patiëntenorganisaties CG-Raad, LPGA, Platform VG, NFK en NPCF maken graag gebruik van de mogelijkheid om inhoudelijk op de concept uitvoeringstoets te reageren. In uw advies staat u stil bij de vier vragen die de minister u heeft meegegeven. Vervolgens licht u toe hoe u tot beantwoording bent gekomen. In onderstaande reactie sluiten wij hierop aan bezien vanuit het perspectief van de patiënt¹.

Voorafgaand aan onze reactie merken wij op dat in de uitvoeringstoets ook wordt verwezen naar de lage ziektelastbenadering, voorwaardelijke financiering en risico gericht pakketbeheer. Daarnaast heeft de uitvoeringstoets raakvlakken met het adviesrapport Geneeskundige ggz deel 1. Onderstaande reactie moet in relatie met de onze reacties op deze adviezen worden bezien.

'Gesloten' pakket is niet gewenst

Het limitatief benoemen wat wel en wat niet tot verzekerde zorg behoort, ziet het CVZ niet als een werkbare en wenselijke vorm van pakketbeheer. Dat ondermijnt de professionaliteit van de zorgverlener om te bepalen wat de beste zorg is voor de individuele patiënt. Dit vertrekpunt voor de invulling van stringent pakketbeheer delen wij, zij het dat wij het belangrijk vinden dat zorgverleners niet eenzijdig bepalen wat goede zorg is, maar dat in samenspraak met patiënten doen. Richtlijnen en standaarden dienen hierbij leidend te zijn en uitgangspunten als stepped care en 'goedkoop als het kan, duur als het moet' moeten in acht genomen worden

Dezelfde zorg kan voor de ene indicatie noodzakelijk zijn, maar voor de andere indicatie overbodig. Daarom onderzoekt het CVZ in het kader van stringent pakketbeheer bij welke indicaties bepaalde interventies verzekerde zorg zijn en bij welke indicaties niet. Dit sluit aan bij ook onze wens om in het pakketbeheer zoveel mogelijk ruimte te geven aan het creëren van randvoorwaarden voor gepast gebruik van zorg en stepped care.

Om te voorkomen dat alle indicatie-interventies beoordeeld en beschreven moeten worden, verkiest het CVZ risicogericht pakketbeheer. Hoewel we de voorkeur voor deze benadering begrijpen, plaatsen wij nog twee kanttekeningen.

¹ Voor patiënt kan ook cliënt worden gelezen.

- In de manieren die in de uitvoeringstoets beschreven worden om signalen die duiden op een risico op te sporen, speelt de patiënt als bron een bescheiden rol. Genoemd wordt de analyse van klachten en geschillen. Dit is slechts het 'topje' van patiëntenervaringen. Onze oproep is ook beschikbare informatie uit meldacties en daaruit voortvloeiend onderzoek als inspiratiebron te betrekken. Het doet ons goed te lezen dat bij het bespreken van de signalen ook patiëntengroepen expliciet worden genoemd als gesprekspartner.
- Signalen worden gemonitord op basis van instroom, omzetsijging en praktijkvariatie. Op basis van het verwachte financiële belang kent het CVZ een prioriteit toe aan een signaal. Kwaliteit van zorg zou echter altijd een belangrijker criterium moeten zijn dan financiële overwegingen. Betekent dit dat signalen van over- en onderbehandeling niet worden opgepakt, wanneer het gaat om kleine groepen patiënten of wanneer het gaat om goedkope en/of traditionele behandelingen?

Voorkom dat stepped care wordt belemmerd

Om de geselecteerde signalen stringent te kunnen beoordelen wordt in de uitvoeringstoets het begrip 'noodzakelijke' zorg uitgediept. De insteek dat verzekerde zorg betrekking moet hebben op de beperking of aandoening die ook nog eens ernstig genoeg is, zien wij als een ontwikkeling die een stepped care benadering in de zorg belemmert. Het strenge onderscheid tussen 'zorg' en 'hulp' gaat voorbij aan de baten die vormen van 'hulp' opleveren, zowel voor de zelfredzaamheid van de patiënt maar ook voor een verder beroep op zorg. Bijvoorbeeld het met behulp van een ADL-hond zelfstandig op pad kunnen, of het onderhouden en verbeteren van conditie door chronisch zieke patiënten in een beweegprogramma onder begeleiding van een fysiotherapeut, het voorkomen van duurdere permanente maagschade door maagzuurremmers beschikbaar te stellen voor NSAID-gebruikers, of het met mentale hulp kunnen accepteren van een chronische aandoening waardoor de rol van betrokkene verschuift van patiënt naar een burger met één of meer beperkingen. Bovendien veronderstelt de benadering dat in de eerstelijns voldoende expertise aanwezig is om tijdig een juiste diagnose te stellen. Dit blijkt op het gebied van psychische aandoeningen momenteel lang niet altijd het geval. In de benadering van het CVZ kan dit ertoe leiden dat patiënten niet adequaat behandeld worden en uit het zicht van de hulpverlening raken. In het stringent beoordelen van het verzekerde pakket is het onderscheid tussen hulp en zorg wellicht goed toepasbaar. Voor de verzekerde betekent het onderscheid vooral nieuwe loketten, regels en personen met wie je je hulpvraag moet delen.

Waar ligt de grens voor betaalbaarheid van zorg?

In het stringent beoordelen wordt ook de vraag gesteld of de zorg voor eigen rekening kan komen. Op het niveau van één zorgvorm of indicatie-interventie combinatie, kan deze vraag in een aantal gevallen wellicht met 'ja' beantwoord worden. In de uitvoeringstoets wordt niet duidelijk welke grens de pakketbeheerder voor betaalbaarheid van zorg hanteert. Wij hechten eraan om te benadrukken dat vooral voor chronische zieken, gehandicapten, patiënten met (ernstige) psychische aandoeningen en ouderen niet de kosten van een enkele zorgvorm problematisch zijn, maar het langdurig gebruik en de stapeling van zorgvormen die voor eigen rekening komen. Daar komt bij dat aanvullende verzekeringen voor deze groepen niet vanzelfsprekend betaalbaar en toegankelijk zijn.

Geen hard criterium voor kosteneffectiviteit

Dat het CVZ pleit voor een het hanteren van de grens van € 80.000 euro als richtinggevend, en niet als harde grens, vinden wij een goede zaak. Wel leeft bij ons de vraag of het uitdrukken van kosteneffectiviteit in gewonnen levensjaren rekening houdend met ziektelast, voldoende geschikt is als efficiëncymaat van zorg voor chronisch zieken, ouderen, mensen met meerdere aandoeningen, gehandicapten en mensen met ernstige psychische aandoeningen. Voor deze groepen is ook belangrijk dat de winst in kwaliteit van leven, verbetermogelijkheden voor maatschappelijke deelname en zelfredzaamheid worden meegewogen in besluitvorming over het verzekerde pakket.

Het CVZ verwacht dat scherper kijken naar kosteneffectiviteit aanzienlijke winst kan opleveren. Vooral op terreinen waar sprake is van een sluipende uitbreiding van indicaties waarvoor bepaalde interventies worden toegepast. Als één van de oplossingen wordt in de uitvoeringstoets genoemd het machtigen door zorgverzekeraars of het laten uitvoeren van een verplichte second opinion in opdracht van de zorgverzekeraar. In hoeverre is deze laatste optie te rijmen met de vrije artskeuze van de patiënt?

Tot besluit

Stringent pakket beheer zou volgens patiëntenorganisaties moeten bijdragen aan het voorkomen en terugdringen van overbehandeling en onderbehandeling. Voorkomen moet worden dat stringent pakketbeheer:

- een synoniem wordt voor bezuinigen op zorg;
- stepped care benadering in de toedeling van zorg belemmert;
- leidt tot een voor de verzekerde onduidelijke aanspraak op zorg;
- leidt tot een onnodige belasting van de verzekerde door toestemmingsprocedures.

In 2011 hebben we voor het eerst kennis mogen maken met pakketmaatregelen die voortkomen uit stringent pakketbeheer. Het schrappen van enkele aandoeningen op de lijst chronische fysio- en oefentherapie was één van de maatregelen die per 2012 is doorgevoerd. De maatregel heeft tot veel onbegrip geleid bij patiënten met chronische aandoeningen. De maatregel doorkruiste bijvoorbeeld de ontwikkeling van goede reumazorg via het reuma netwerk. Aanvullende verzekering bleek voor meerdere reumapatiënten geen (betaalbare) oplossing. Ook was er veel onduidelijkheid over het al dan niet bestaan van een overgangsregeling.

In 2013 zal het CVZ voor het eerst een lijst met risico's opstellen, op basis waarvan maatregelen worden benoemd en uitgevoerd. Wij gaan er vanuit dat bij het vaststellen van deze lijst en het evalueren van de interventies voor toelating tot / handhaving in het pakket ook patiëntenorganisaties betrokken zullen worden.

Met vriendelijke groet,

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie



Wilna Wind
Algemeen directeur



drs. M.H.P. (Anemone) Bögels MBA
Directeur NFK



Wim Drooger
Directeur Platform VG

CG-Raad



Angelique van Dam
directeur a.i.



Drs. M.J. ter Avest
Directeur LPGGz

Otte, mw. M.M.

Van: Mastenbroek, drs. C.G.

Verzonden: vrijdag 27 april 2012 11:49

Aan: Otte, mw. M.M.

Onderwerp: FW: Reactie NVZ op concept uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer
nr. 6

Van: Harrie Kemna [mailto:H.Kemna@nvz-ziekenhuizen.nl]

Verzonden: dinsdag 24 april 2012 14:11

Aan: Mastenbroek, drs. C.G.

Onderwerp: RE: Reactie NVZ op concept uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer

Beste Carel. hieronder concept reactie.
Harrie.

De NVZ steunt het principe van stringent pakketbeheer. Hiermee kan het pakket toekomstbestendig worden gemaakt en de doelmatigheid vergroot. Dat is ook in overeenstemming met de afspraken die in het Bestuurlijk Hoofdlijnen Akkoord zijn gemaakt over doelmatig gebruik van de zorg.

Door het hanteren van een niet absolute grens voor de kosteneffectiviteit van euro 80.000 per qaly wordt het tevens mogelijk om de discussie over "grenzen aan de zorg" zorgvuldig te voeren. CVZ kan in zijn beoordelingen laten zien wat de gevolgen zijn van een bepaald afkappunt. Uiteindelijk is het de minister die beslist.

Maar de NVZ ziet wel risico's waar een oplossing voor moet komen (zie randvoorwaarden). Ook is van belang dat er ruimte is voor tijdige instroom van innovatieve zorg. Dit punt is onderbelicht in het rapport (zie overige opmerkingen).

Randvoorwaarden

Voor draagvlak en uitvoerbaarheid zijn volgens de NVZ de volgende randvoorwaarden van belang:

- CVZ sluit bij de adviezen zoveel mogelijk aan bij de behandelrichtlijnen van de betrokken beroepsgroepen
- Administratieve lasten blijven beperkt (geen bureaucratische aanvraag/ machtigingenprocedures bij de uitvoering)
- De advisering vindt plaats volgens transparante en zorgvuldige procedures en op basis van redelijke criteria
- Bij de beoordelingen en adviezen wordt inzichtelijk gemaakt dat van adequate expertise gebruik gemaakt wordt. Dit kan door te expliciteren hoe CVZ de deskundigheid en de relevante expertise uit het veld (wetenschappelijke verenigingen, ziekenhuizen, patiëntenorganisaties) heeft ingezet. Dit zal aan het draagvlak voor beslissingen bijdragen.
- Er is ruimte voor instroom van innovatieve, nog niet bewezen effectieve zorg.

Overige opmerkingen

- De instroom van innovatieve zorg is een onderdeel van stringent pakketbeheer dat ernstig is onderbelicht door CVZ. Stringent pakketbeheer komt hierdoor vooral in het licht te staan van beperking van zorg. Terwijl er dringend behoefte is experimenteerruimte voor innovatieve zorg. De NVZ vraagt hiervoor opnieuw aandacht (zie brief NVZ aan CVZ van 10 februari 2012)
- Er lijkt sprake van een contrast in voortvarendheid met betrekking tot pakketbeperking ten opzichte van de langdurige procedure die voorzien is voor voorwaardelijke toelating. De NVZ vraagt CVZ om de procedure voor voorwaardelijke toelating/financiering drastisch te vereenvoudigen en te versnellen.
- Het is belangrijk dat CVZ werkt met door het veld gedragen criteria voor het meten van kosteneffectiviteit en dat CVZ met het veld afspraken maakt over de wijze van verkrijgen van de benodigde gegevens. De recente ervaringen met herbeoordeling van dure geneesmiddelen stemmen hierover niet positief. Wat nodig is zijn maatwerk per dossier en een flexibele aanpak. De

NVZ ziet daarom met grote belangstelling verbeteringen in de beoordelingsprocedure tegemoet.

NVZ vereniging van ziekenhuizen

Postbus 9696

3506 GR Utrecht

Bezoekadres: Oudlaan 4

telefoon: 030 2739331

telefax: 030 2739780

e-mail: h.kemna@nvz-ziekenhuizen.nl

internet: <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl>

Van: Mastenbroek, drs. C.G. [<mailto:CMastenbroek@cvz.nl>]

Verzonden: vrijdag 20 april 2012 12:06

Aan: Harrie Kemna

Onderwerp: RE: Reactie NVZ op concept uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer

Beste Harrie,

Lijkt me een prima oplossing!

Groeten,

Carel

Van: Harrie Kemna [<mailto:H.Kemna@nvz-ziekenhuizen.nl>]

Verzonden: vrijdag 20 april 2012 10:00

Aan: Mastenbroek, drs. C.G.

Onderwerp: Re: Reactie NVZ op concept uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer

Beste Carel,

Kern kan ik wel eerder sturen volgende week. Onder voorbehoud van goedkeuring bestuur en dan komt officiële brief later.

Groet

Harrie Kemna

Verstuurd vanaf mijn iPhone

Op 20 apr. 2012 om 09:38 heeft "Mastenbroek, drs. C.G." <CMastenbroek@cvz.nl> het volgende geschreven:

Geachte heer Kemna,

Dank voor uw bericht.

02-05-2012

Omdat ik 30 april niet werk, zal ik uw commentaar dan pas in de loop van 1 of 2 mei zien.
Omdat ik het stuk 3 mei moet afleveren bij de secretaris van de Adviescommissie Pakket (ACP) zal ik mijn uiterste best doen de kern van uw reactie mee te nemen in dit stuk.
Ik zie uw reactie daarom graag zo spoedig mogelijk na uw bestuursvergadering tegemoet!

Met vriendelijke groet,

Carel Mastebroek
CVZ

Van: Harrie Kemna [mailto:H.Kemna@nvz-ziekenhuizen.nl]
Verzonden: donderdag 19 april 2012 21:17
Aan: Mastebroek, drs. C.G.
Onderwerp: Reactie NVZ op concept uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer

Geachte heer Mastebroek,

U heeft ons uitgenodigd te reageren op het concept van de uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer, bij voorkeur voor 25 april.
Het bestuur van de NVZ vergadert 27 april.
Wij vragen u om uitstel en kunnen u na 27 april bericht sturen.

Is dat mogelijk? Graag uw reactie.
Groet,
Harrie Kemna.

NVZ vereniging van ziekenhuizen

Postbus 9696

3506 GR Utrecht

Bezoekadres: Oudlaan 4

telefoon: 030 2739331

telefax: 030 2739780

e-mail: h.kemna@nvz-ziekenhuizen.nl

internet: <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl>

NVZ vereniging van ziekenhuizen, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht, <http://www.nvz-ziekenhuizen.nl/>
KvK: 40482194 Btw-nummer: 802551129B01

Dit e-mailbericht is afkomstig van de NVZ. De informatie verzonden met dit e-mail bericht is uitsluitend bestemd voor de geadresseerde. Indien u niet de beoogde geadresseerde bent, verzoeken wij u vriendelijk dit aan ons te melden (nvz-ict@nvz-ziekenhuizen.nl) en het origineel en eventuele kopieën te verwijderen.

Denk aan het milieu voor u dit bericht print!

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden.

melden en het bericht te verwijderen. Het College voor zorgverzekeringen aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The Health Care Insurance Board accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.

DISCLAIMER:

Dit bericht kan informatie bevatten die niet voor u is bestemd. Indien u niet de geadresseerde bent of dit bericht abusievelijk aan u is toegezonden, wordt u verzocht dat aan de afzender te melden en het bericht te verwijderen. Het College voor zorgverzekeringen aanvaardt geen aansprakelijkheid voor schade, van welke aard dan ook, die verband houdt met risico's verbonden aan het elektronisch verzenden van berichten.

This message may contain information that is not intended for you. If you are not the addressee or if this message was sent to you by mistake, you are requested to inform the sender and delete the message. The Health Care Insurance Board accepts no liability for damage of any kind resulting from the risks inherent in the electronic transmission of messages.



Orde van Medisch Specialisten

Mercatorlaan 1200
Postbus 20057
3502 LB Utrecht
Telefoon (030) 28 23 650
Telefax (030) 28 23 651
E-mail secr@orde.nl

College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. de heer drs. R.G.P. Doeschot
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

Onze referentie
MK-sv/2012/004

Uw referentie

Datum
25 april 2012

Onderwerp

Reactie op concept uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer

Geachte heer Doeschot,

U heeft ons uitgenodigd om een reactie te geven op het concept van de uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer. Graag maken wij middels deze brief gebruik van deze consultatiemogelijkheid.

De OMS is verheugd met het feit dat het CVZ zich buigt over de vraag hoe te komen tot een flexibeler beoordelingssystematiek voor toelating tot het pakket en de wens van het CVZ om het pakket meer risico gericht te willen beheren. In grote lijnen kan de OMS zich dan ook vinden in het concept van de uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer. Graag willen wij in deze brief gericht in gaan op een aantal punten uit het consultatiedocument.

Gesloten versus open systeem van besluitvorming over pakketbeheer

Net als het CVZ is de OMS van mening dat een gesloten systeem niet wenselijk is. Het vooraf definiëren bij welke indicatie iemand verzekerde zorg mag ontvangen leidt tot effecten zoals een slechtere toegankelijkheid. Bovendien is zorg maatwerk, de zorgbehoefte is afhankelijk van de individuele patiëntenzorg en dient dan ook in deze hoedanigheid te worden gezien. De patiënt en de professional bepalen samen wat noodzakelijke zorg is voor de individuele patiënt. Dit betreft maatwerk waarbij gemotiveerd kan worden afgeweken van de richtlijn. Het doen van een uitspraak over de indicatie voor de 'gemiddelde patiënt' als toetsingscriterium voor het verzekerde pakket is daarmee niet wenselijk.

Risicogericht pakketbeheer

De OMS deelt de mening dat het noodzakelijk is om over te gaan op een meer flexibel beoordelingssysteem. Ook is de OMS van mening dat niet alleen naar betaalbaarheid van zorg moet worden gekeken, maar ook naar kwaliteit en toegankelijkheid van (noodzakelijke) zorg. Het identificeren van signalen die kunnen duiden op een risico is een goede manier om te komen tot een dergelijke risicogerichte benadering.

De OMS onderschrijft de wijze waarop gezocht wordt naar risico's en de manier waarop er met deze risico's wordt omgegaan. Uiteraard zijn de wetenschappelijke verenigingen en de OMS bereid mee te denken over signalen van risico's en hoe hiermee om te gaan.

Stringenter beoordelen

Ook de OMS is van mening dat het criterium noodzakelijkheid voorop dient te staan om te beoordelen of iets tot verzekerde zorg moet behoren. De aanvullende criteria die geformuleerd zijn om het noodzakelijkheidsbegrip verder uit te diepen worden door de OMS onderschreven. Uiteraard dient hierbij aandacht te zijn voor het feit dat in de spreekkamer wordt bepaald wat voor de patiënt noodzakelijke zorg is, zoals reeds omschreven in het consultatiedocument. De OMS tekent tevens aan dat de hantering van het noodzakelijkheidsbegrip ook kan nopen tot ethische discussies.

De indicatie-interventie combinatie als beoordelingscriterium

De OMS ziet het gebruik van de indicatie-interventie combinatie als beoordelingscriterium als een logisch uitgangspunt. Wel wil de OMS benadrukken dat deze methodiek een aantal valkuilen behelst zoals ook al gedeeltelijk geïllustreerd door de weergegeven voorbeelden. Zo gaat deze systematiek uit van de zekerheid van een diagnose. In de praktijk is echter bijvoorbeeld een onderste luchtweginfectie niet altijd met zekerheid te onderscheiden van een longontsteking. Er zullen in de praktijk vele voorbeelden te vinden zijn van patiënten die zich in een weinig stabiel evenwicht bevinden en bij wie de drempel om toch met antibiotica te beginnen lager is dan de indicatie-interventie als zou voorschrijven. Daarmee is de indicatie in de praktijk vaker een grijs gebied dan in het consultatiedocument wordt gesuggereerd. Met een toenemend aantal ouderen met comorbiditeit zal deze situatie zich in de praktijk in toenemende mate voordoen. Overigens is het gegeven voorbeeld van Dotters als mogelijke uitsluiting van zorgvorm bij een bepaalde indicatie (stabiele angina pectoris) een ongelukkig voorbeeld. In dit voorbeeld wordt gesuggereerd dat de medicamenteuze behandeling even goed is als een dotter. Echter, dit hangt sterk af van wat als uitkomstmaat wordt gekozen. Zo kan de stelling kloppen voor sterfte, maar is met zekerheid niet correct voor de mate van klachten. Overigens heeft de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC) het CVZ al eerder gewezen op deze misvatting. De OMS verzoekt u dan ook om dit voorbeeld uit het document te halen.

Voorwaardelijke toelating en financiering

De OMS is verheugd met de mogelijkheid om nieuwe zorgvormen (voorwaardelijk) te vergoeden onder voorwaarde dat onderzoek wordt gedaan naar de effectiviteit. Ons inziens komt deze aanpak de kwaliteit van zorg ten goede. Uiteraard is nader onderzoek naar de effectiviteit van een nieuwe zorgvorm noodzakelijk.

Machtigingsbeleid zorgverzekeraar aan professional om af te wijken van richtlijn

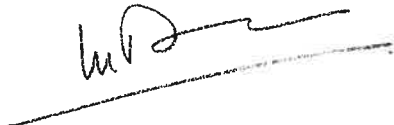
Het CVZ geeft aan dat een machtigingsbeleid van de zorgverzekeraar mogelijk is om zodoende toe te staan dat de zorgaanbieder afwijkt van een richtlijn. De exacte uitwerking van een dergelijk machtigingsbeleid is niet helder omschreven. In dit kader is ook niet helder wat wordt bedoeld met de termen 'proportioneel' en 'niet discriminatoir'.

De OMS is van mening dat het niet acceptabel is dat aan de zorgverzekeraar toestemming gevraagd moet worden om af te wijken van een richtlijn. Zoals aangegeven is zorg maatwerk en is de zorgbehoefte afhankelijk van de individuele patiënt. De zorgverlener dient dan ook op basis van deze individuele situatie samen met de patiënt een behandelmethode te kiezen. Een zorgverzekeraar is niet in staat om medisch inhoudelijk te beoordelen welke behandeling noodzakelijk is voor de individuele patiënt. Alleen een zorgaanbieder kan, als inhoudsdeskundige, bepalen wat goede zorg is voor de (individuele) patiënt. Het gemotiveerd afwijken van een richtlijn is zelfs noodzaak in die gevallen waar de patiëntensituatie daarom vraagt. Het kan niet zo zijn dat hiervoor eerst toestemming moet worden gevraagd aan de zorgverzekeraar. Indien de zorgverzekeraar zich gaat bemoeien met de keuze voor een behandelmethode per individu zal dit gevolgen hebben voor de kwaliteit van zorg in Nederland.

Tot slot

Wij wensen u wijsheid toe bij het opstellen van de definitieve uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer. Indien daar behoefte aan bestaat, dan zijn wij uiteraard gaarne bereid tot een nadere toelichting op de hierboven geformuleerde punten.

Hoogachtend,



Dr. M.C.G. Daniëls, voorzitter Raad Kwaliteit
Orde van Medisch Specialisten



Postbus 232, 3970 AE DRIEBERGEN

Aan het CVZ,
Afdeling Ontwikkeling en Onderzoek,
De heer drs RGP Doeschot
Postbus 320
1110 AH Diemen

CIZ
Princenhof Park 3
3972 NG Driebergen
Postbus 232
3970 AE Driebergen
KvK Utrecht 30159219

T 088 - 789 67 00
F 088 - 789 67 01
E info@ciz.nl
www.ciz.nl

Datum 19 april 2012
Ons kenmerk B&JZ-U-12-04
Behandeld door Mw. T. van Ee
Betreft Uw brief van 28 maart 2012 / kenmerk O&O/2012037477

Geachte heer Doeschot, *

Met belangstelling hebben wij kennisgenomen van het concept van de uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer.
Omdat de uitvoeringstoets zich geheel richt op het zorgverzekeringdeel van het pakketbeheer zien wij geen aanleiding om hierop een inhoudelijke reactie te geven.

Hoogachtend

Marcel G.A. de Krosse, arts
manager Beleid & Juridische Zaken

trieke, van. ee @ciz.nl

College voor Zorgverzekeringen
Raad van Bestuur
De weledelzeergeleerde heer
Dr. A. Boer
Postbus 320
1110 AH DIEMEN

ONDERWERP
Consultatie uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer

UTRECHT
17 april 2012

Geachte heer Boer,

REFERENTIE
MR/ 12-13651

Dank u zeer voor de gelegenheid om commentaar te leveren op de concept
uitvoeringstoets Stringent pakketbeheer.

UW REFERENTIE
O&O/2012037477

Dé grote afweging in de uitvoeringstoets blijkt de keuze tussen de grove heggeschaar en de subtiele snoeischaar. Er is een duidelijke politieke wens om met een heggeschaar het struikgewas van het verzekeringspakket te lijf te gaan, om dood hout en ongewenste vergroeiingen voortvarend te elimineren. Daartegenover plaatst u als pakketbeheerder de constatering dat voor duurzame levensvatbaarheid van het verzekeringspakket gedoseerd, doordacht, gericht en gedetailleerd snoeiwerk vereist is. De KNMG onderschrijft deze constatering. Een gesloten benadering van pakketbeheer is disproportioneel voor het doel van toegankelijke en doelmatige zorgvoorziening en –verzekering. De juiste snoeiwijze is de risicobaseerde benadering waarmee uitsluitend en gericht de niet-rationele en ongewenste indicatie-interventiecombinaties worden aangepakt. Vanuit die opvatting heeft de KNMG eerder al afwijzend gereageerd op het schrappen van de vergoeding voor negen aandoeningen (reactie op uitvoeringstoets Lage-ziektelastbenadering).

KNMG
Mercatorlaan 1200
Postbus 20051
3502 LB Utrecht

TELEFOON

FAX

EMAIL
m.romme@fed.knmg.nl

WEBSITE
www.knmg.nl

REKENINGNUMMER
Bank 45.64.48.969

KVK-NUMMER
40476133

In het navolgende gaat de KNMG in op de in onze ogen belangrijkste aspecten van stringent pakketbeheer.

Gepast gebruik volgens professionele normen

Eigenlijk is de boodschap van de uitvoeringstoets dat stringent pakketbeheer op gepast gebruik van zorgverlening is gebaseerd. De KNMG vindt dat het tot de zeggenschap van de wetenschappelijke artsverenigingen behoort om aan te geven wat de professionele standaard is: welke interventie doorgaans gepast is bij welke indicatie. Ongewenste over- en onderbehandeling moet dan ook worden vastgelegd in zorginhoudelijke richtlijnen. Het volgen van de richtlijn is de professionele norm, met ruimte voor afwijking indien dit naar professioneel oordeel, met argumentatie, noodzakelijk wordt geacht. Deze medaille heeft twee zijden. De pakketbeheerder mag de wetenschappelijke verenigingen aanspreken op het handelen volgens de door henzelf opgestelde richtlijnen of aanspreken op het ontbreken daarvan. De andere



kant van de medaille is dat de pakketbeheerder dan niet moet aansturen op een machtigingsbeleid van zorgverzekeraars.

Hoor de zorgverlener over signalen

Een groot gemis in de uitvoeringstoets is het horen van de zorgverlener, wanneer de pakketbeheerder op zoek gaat naar signalen van risico's voor gepast gebruik. De KNMG is van mening dat artsen en andere zorgverleners enerzijds als primaire bron voor nieuwe signalen kunnen dienen, en anderzijds dat zij als klankbord kunnen fungeren waartegen de pakketbeheerder de plausibiliteit en de omvang van problemen kan verifiëren alvorens kostbare middelen in te zetten op risicoreductie. In de eindversie van de uitvoeringstoets zou moeten worden benoemd hoe de pakketbeheerder deze rol van de zorgverlener wil vormgeven (bijvoorbeeld door wetenschappelijke artsenverenigingen te betrekken bij de risicogerichte aanpak en/of door directe consultatie van zorgverleners).

Gepastheid wordt bepaald in de spreekkamer

Er is maar één plek waar bepaald wordt welke indicatie een patiënt heeft en welke interventie gepast is. Dat is de spreekkamer waar het primaire medische proces plaatsvindt. De professionele autonomie van de arts is een onaantastbaar grondbeginsel. Als er goede redenen zijn om af te wijken van de medische richtlijn, dan is het professioneel gedrag en goede zorg om daadwerkelijk – en gemotiveerd – af te wijken. Het moet niet zo zijn dat zorgverleners elke individuele afwijking van een richtlijn aan de zorgverzekeraar van de patiënt moeten verantwoorden. Dat is een extra administratieve belasting als straf voor goed professioneel gedrag, waardoor kwaliteit van zorg niet wordt bevorderd. Het bieden van spiegelinformatie aan artsen over hun behandelkeuzes ten opzichte van de keuzes van hun collega's stimuleert sterker en effectiever tot kritische zelfreflectie.

UTRECHT
17 april 2012

REFERENTIE
MR/ 12-13651

UW REFERENTIE
O&O/2012037477

Laat zorgverzekeraars geen drempels opwerpen via machtigingen, maar meedenken via de zorginkoop

De KNMG ziet niet in hoe het machtigingsbeleid van zorgverzekeraars een rol speelt in uw beantwoording van de derde vraag van de minister.¹ Het kan niet zo zijn dat een zorgverzekeraar met zijn machtigingsbeleid áchteraf (nadat de diagnosestelling en interventiekeuze met informed consent hebben plaatsgevonden) door middel van vergoedingsbelemmeringen een zorgrelatie tussen arts en patiënt dwarsboomt. Als een zorgverzekeraar wil meepraten in de beslissing welke (soort) interventie (wel/niet) vergoed zal worden bij welke (soort) indicatie, dan dient hij daarover vooraf afspraken te maken met de zorgverlener en vast te leggen in de inkoopafspraken. Dat maakt voor alle partijen duidelijk wat ze van elkaar kunnen verwachten en voorkomt dat de zorgverzekeraar zich ongepast inmengt in individuele gevallen of de patiënt verrast wordt met eigen betalingen.

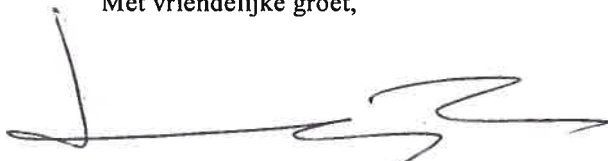
¹ Deze vraag luidt: "In welke situaties is het noodzakelijk om vooraf toestemming te verkrijgen van de zorginkoper voor behandelingen die afwijken van de richtlijnen en [wat is] de verhouding van zo'n toestemmingsvereiste tot Europese regelgeving en wat [dat] betekent dat voor de professionele autonomie van de zorgverlener en voor de keuzemogelijkheden voor de patiënt?"



Tot slot

De KNMG ondersteunt uw keuze voor 'de subtiële benadering' in stringent pakketbeheer. Gepast gebruik volgens professionele normen leidt tot rationeel, doelmatig en effectief gebruik van zorg en zorgverzekering. In deze visie op pakketbeheer dient u zorgverleners te horen in het proces van risicobeoordeling, geven zorgverzekeraars aan zorgverleners de ruimte om van richtlijnen af te wijken wanneer professionaliteit dit vereist, en ligt het beïnvloedingsmoment van de zorgverzekeraar bij de zorginkoop en niet bij de machtiging.

Met vriendelijke groet,



prof. dr. A. C. Nieuwenhuijzen Kruseman, internist
voorzitter

UTRECHT
17 april 2012

REFERENTIE
MR/ 12-13651

UW REFERENTIE
O&O/2012037477



College voor Zorgverzekeringen
t.a.v. Dhr. R.G.P. Doeschot
Postbus 320
1110 AH Diemen

Utrecht, 24 april 2012

Betreft: reactie op concept uitvoeringstoets stringent pakketbeheer
Onze referentie: 2012.04.011/CS-cvk

Geachte heer Doeschot,

Bij brief van 28 maart jl. (kenmerk: O&O/2012037477) heeft u het concept van de uitvoeringstoets *Stringent pakketbeheer* ter reactie aangeboden aan de Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM).

De opmerking van de VvOCM zullen per hoofdstuk beschreven worden.

Ad. 1. Inleiding.

De VvOCM begrijpt de vraag van de minister aan het CVZ en ziet de noodzaak van het in toom houden van de toekomstige groei in zorguitgave in algemene zin. In de noodzaak tot het in toom houden van de oefentherapeutische zorguitgave herkent de VvOCM zich niet omdat er binnen onze beroepsgroep geen sprake is van uitzonderlijke groei qua omvang of kosten.

In het concept van de uitvoeringstoets stringent pakketbeheer is, naar de mening van de VvOCM in tegenstelling tot het beschreven verzoek van de minister, een disbalans ontstaan in de doelstelling tot kostenbeheersing en het realiseren van gegarandeerde medisch noodzakelijke, effectieve en doelmatige zorg. De VvOCM is van mening dat kostenbeheersing zich dient te richten op de zorg waar de kosten aantoonbaar overschreden worden. Hoewel wij begrijpen dat het CVZ in algemene zin het pakketbeheer beschrijft willen wij nadrukkelijk aangeven dat er bij de nadere uitwerking en mogelijke uitvoering, rekening gehouden dient te worden met het verschil tussen de eerste, tweede en derde lijn gezondheidszorg en de kostenontwikkelingen binnen de verschillende beroepsgroepen. Op dit moment missen wij deze analyse waardoor de VvOCM zich ernstig zorgen maakt over de toekomst van de eerste lijn en specifiek de oefentherapeutische zorg.

Ad 2. Doel en object van pakketbeheer.

Reactie met betrekking tot "doel pakketbeheer"

In het stringent pakketbeheer wordt de doelstelling (hoewel niet concreet omschreven) uitgebreid. Daar waar pakketbeheer voorheen de focus had op garantie van

toegankelijkheid en passende zorg, levert dit voorstel stringent pakketbeheer vooral een bijdrage aan kostenbeheersing. De VvOCM vraagt zich af of de balans tussen kwaliteit, toegankelijkheid en garantie van zorg aan de ene kant en betaalbaarheid aan de andere kant, niet te hard verschuift. Een uitwerking van de doelstelling waarin kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid evenredig vertegenwoordigd worden ontbreekt.

De interpretatie van het doel van de Basisverzekering door een koppeling te maken met “zorg welke niet voor eigen rekening van de burger kan komen” komt ons vreemd voor. Dit lijkt op de doelstelling van de AWBZ terwijl de Zvw gaat over het recht van burgers op medisch noodzakelijke zorg. De doelstelling Zvw en de AWBZ worden in een adem genoemd maar zijn twee afzonderlijke wetten. Stringent pakketbeheer uitvoeren door doelstellingen van verschillende wetgeving toe te passen haalt de basisgedachte uit de verschillende wetgeving onderuit. Dat dit een negatief effect heeft op de zorg binnen de eerste lijn (en de oefentherapie in het bijzonder) is te verwachten. Zorg in de eerste lijn is betaalbaar, daarom wordt (bij benadering) 80% van de hulpvraag in de zorg in de eerste lijn opgevangen, voor 20% van de totale kosten.

Reactie met betrekking tot: CVZ geeft aan bij welke indicaties zorg verzekerd is
De VvOCM mist in de beschrijving de medische noodzakelijkheid en de koppeling met de Zvw waar het gaat over het recht op medisch noodzakelijke zorg. De VvOCM is van mening dat alle beschrijvingen passend moeten zijn op de Zvw. De VvOCM maakt zich ernstig zorgen over deze ontwikkeling met betrekking tot het solidariteitsbeginsel en de lange termijn gevolgen voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de Nederlandse gezondheidszorg in de eerste lijn en specifiek voor de oefentherapeutische zorg.

Ad 6a. Stringenter beoordelen

De VvOCM vindt het onduidelijk dat er in hoofdstuk 3 beschreven staat dat het CVZ het categorisch uitsluiten van zorgvormen slechts in enkele gevallen mogelijk acht en zelf tot de conclusie komt dat niet de zorgvorm, maar mogelijke indicatie-interventiecombinaties beoordeeld zouden moeten worden. Echter bij 6a beschrijft u 5 vragen welke gericht zijn op het uitsluiten van zorgvormen. Deze twee beschrijvingen lijken met elkaar in tegenspraak.

Daarnaast mist de VvOCM een definitie van het begrip “zorgvorm” Als het CVZ hiermee bijvoorbeeld de oefentherapie bedoeld en de 5 vragen moeten antwoord geven of oefentherapie goed genoeg is om voor vergoeding in aanmerking te komen, dan maken wij hiertegen groot bezwaar. De 5 vragen geven in onze beleving geen antwoord op de vraag of een bepaalde zorgvorm goed is of niet.

Reactie op vraag 2 Is er sprake van een aandoening of beperking?

Voor het eerst in dit concept gaat de uitleg bij deze vraag over een medische interventie en stelt het CVZ dat een medische handeling enkel verzekerde zorg betreft wanneer het zou gaan over een ziekte of een aandoening.

Dit is naar de mening van de VvOCM te beperkt omschreven en wij missen de stoornissen, beperkingen en participatieproblematiek die voor oefentherapeutische zorg van belang zijn. Hier worden de ICDH / ICF definities en uitgangspunten onterecht beperkt.

Reactie op vraag 3 Is de aandoening of beperking ernstig genoeg?

De VvOCM deelt de mening van het CVZ niet dat wanneer de keus moet worden gemaakt om het basispakket in te perken, het voor de hand ligt dit te doen door eerst de behandeling voor de minst ernstige aandoeningen te sluiten. De VvOCM is van mening dat verantwoord pakketbeheer zicht zou moeten richten op gezondheidswinst zowel inhoudelijk, financieel als binnen een brede maatschappelijke context.

Reactie op vraag 5 Kan de zorgvorm voor eigen rekening komen?

De VvOCM is het oneens met de stelling van het CVZ dat een zorgverzekering aanvullend is op wat de burger zelf kan betalen. De zorgverzekering is een verplichte sociale *private* verzekering welke gericht is op stimulering van toegankelijkheid, kwaliteit van zorg, lagere kosten, betere betaalbaarheid en ruimte voor vernieuwing en innovatie. De VvOCM herkent zich nadrukkelijk niet in de (verzekeringstechnische) overwegingen die worden aangedragen door het CVZ om zorg uit het basispakket te halen welke de burger zelf zou kunnen betalen. De VvOCM acht deze overwegingen onjuist.

Reactie op "Hoort de zorg tot het behandelarsenaal van de zorgverlener?"

Bij kleine beroepsgroepen is het aanpassen van richtlijnen en protocollen bij de introductie van nieuwe zorgvormen een proces wat mankracht en draagvlak vereist. Het voor elke indicatie een evidence based richtlijn ontwikkelen en implementeren binnen de beroepsgroep is voor een kleine beroepsgroep nagenoeg onmogelijk. Daarnaast is het zo dat het niet hebben van een richtlijn lang niet altijd betekenen dat de beroepsgroep het handelen niet tot zijn behandelarsenaal rekent. In de kostprijs van Oefentherapie is de ontwikkeling van richtlijnen en protocollen in berekend Hier hogere eisen aan stellen aan richtlijnontwikkeling verhoogd deze kostprijs. Voor het stelsel wellicht een kosten efficiënte maatregel op korte termijn, maar op de middellange termijn zal ook dit doorgerekend moeten worden in de kostprijs oefentherapie.

Reactie op Kosteneffectiviteit

Een lijst zoals het CVZ voorstelt welke gebruikt kan worden door zorgverzekeraars in het kader van zorginkoop met betrekking tot de kosteneffectiviteit van interventies is voor de VvOCM erg onduidelijk. De basisverzekering en al haar diensten is een verplichte verzekering voor burgers en de verzekeraars zijn verplicht alle zorg binnen de basisverzekering in te kopen en te vergoeden. Of de specifieke interventie nu kostenefficiënt is of niet, doelmatig is of niet, heeft geen invloed op het inkoop proces van de verzekeraar. Deze tekst en de aanname dat kostenefficiëntie van een interventie in de basisverzekering een inkoop voordeel heeft voor zorgverzekeraars is onjuist.

Samenvattende reactie van de VvOCM

Zoals u weet heeft de eerste lijn en niet op de laatste plaats de VvOCM, in het kader van de gestelde eisen in de Zvw, de afgelopen jaren ervoor gezorgd dat de kwaliteit van oefentherapeutische zorg meetbaar, transparant, toegankelijk, doelmatig en betaalbaar is. Door de prestatie gebonden vergoeding en de vrije tarieven is het voor klanten zeer transparant welke zorg er afgerekend wordt. Specifiek voor de oefentherapeuten in Nederland is de mate van groei van de kosten in de basisverzekering niet alleen zeer



beperkt, maar vooral ook al jaren stabiel zowel in indicatievariatie, zittingen als in het aantal patiënten. De tijd om te bewijzen dat de inspanningen van de VvOCM in 2010 en 2011 op het gebied van het verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid hebben bijgedragen aan het limiteren van de schadelast ontbreekt voorsnóg. De cijfers 2011 moeten ons gelijk bewijzen, maar deze zijn nog niet openbaar. De inschatting is dat het effect van sturen op kwaliteit en doelmatigheid voor onze beroepsgroep zijn effect heeft. Daardoor is voor onze beroepsgroep de nut en noodzaak van een stringentere werkwijze van de pakketbeheerder onduidelijk en wellicht ook onwenselijk. Het is voor de beroepsgroep oefentherapie uitermate teleurstellend als eigen initiatieven om de schadelast en groei te beperken, overtroffen worden door algemene maatregelen die, in ons geval, zullen leiden tot verkleining van een door onszelf gestabiliseerde markt.

Verder is oefentherapie, net als meer zorg welke verleend wordt in de eerste lijn, veelal een van de eerste stappen in de stepped care. Het verhogen van de drempel, door middel van het eigen risico van de eerste 20 behandelingen sinds 1-1-2012, is een beperkende maatregel die zijn nut nog moet bewijzen. Het effect hiervan op substitutie naar de tweede lijn is nog niet bekend. Wellicht is het een idee om, in het licht van dit stringent pakketbeheer en kostenreductie, deze maatregel eerst te evalueren. Hier zou zelfs de conclusie uit getrokken kunnen worden dat het kosten efficiënter is de eerste 20 behandelingen wel te vergoeden en die boven de 20 niet meer. Er is bewezen dat de vroege behandelingen het meest efficiënt zijn. In het kader van stepped care wellicht een zinnige overweging.

Voor zover de VvOCM de gezondheidsmarkt kan overzien lijkt uw stringent pakketbeheer een concept voor de tweede lijn / farmacie, maar voor de eerste lijn zijn wij van mening dat uw concept uitvoeringstoets stringente pakketbeheer de zorgverlening in de eerste lijn erg onder druk zet. Uiteraard zijn wij bereid dit standpunt toe te lichten en constructief mee te denken over maatregelen die de kostenstijging in de eerste lijn, zonder kwaliteitsverlies, kunnen begrenzen.

Hoogachtend,

A.C. Schouten, voorzitter

o&o 2012056590

25-04-2012



Faxbericht

Aan: CVZ college van Zorgverzekeringen **Van:** Linda van Essen
T.a.v.: De heer C.G. Mastenbroek **Pagina's:** 3
De heer R.G.P Doeschot
Fax.: 020 797 8500 **Datum:** 25-4-2012
Betreft: Reactie stringent pakketbeheer **cc:** [Klik hier en typ naam]

Spood **Ter informatie** **Uw commentaar a.u.b.** **Uw antwoord a.u.b.**

Geachte heer Mastenbroek, geachte heer Doeschot,

Hierbij ontvangt u de FHI reactie ten aanzien van het door CVZ uitgebrachte conceptrapport Stringent pakketbeheer. De originele brief is u per post toegestuurd.

Met vriendelijke groet,
FHI, nederlandse branche voor Medische Technologie

Linda van Essen

College voor Zorgverzekeringen CVZ
T.a.v. de heer C.G. Mastebroek
de heer R.G.P. Doeschot
Eekholt 4
1112 XH DIEMEN

Betreft: reactie Stringent Pakketbeheer

Leusden, 25 april 2012

Geachte heer Mastebroek, geachte heer Doeschot,

Graag maakt de brancheorganisatie FHI Medische Technologie gebruik van de mogelijkheid om te reageren op het door CVZ uitgebrachte conceptrapport Stringent Pakketbeheer.

Op de eerste pagina van de samenvatting, de laatste zin "Het CVZ gaat risicogericht indicatie-interventiecombinaties van vergoeding uitsluiten als het om zorg gaat die in de praktijk niet gepast wordt gebruikt". In het rapport komt verder niet aan bod wat gepast cq niet gepast gebruik is en hoe en door wie dit wordt bepaald. Het verdient naar mening van FHI aanbeveling dit nader te omschrijven.

In de samenvatting wordt onder "Noodzakelijkheidsbegrip" dit begrip uitgewerkt middels een 5-tal vragen. Hierbij worden subjectieve begrippen zoals "ernstig" en "onredelijk" genoemd. Welke criteria hanteert het CVZ voor de bepaling of er sprake is van "ernstig" (vraag 3) en "onredelijk" (vraag 5)?

Artikel 6.a. Stringenter beoordelen, punt 5) Kan de zorgvorm voor eigen rekening komen?

"De zorg die iemand zelf kan betalen, hoeft niet in het pakket." Bedoeld het CVZ hier dat pakketvergoeding inkomensafhankelijk is?

Derde punt, "De kosten van het verzekeren van de zorg zijn hoger dan de kosten van de zorg". Deze stelling is FHI niet geheel duidelijk. Kan het CVZ dit nog iets nader toelichten?

Artikel 6.b. Voorwaardelijke toelating en financiering

Ten aanzien van 6.b dient speciale aandacht uit te gaan naar de sector medische technologie en hulpmiddelen. Gezien de toelating- en financieringsproblematiek in deze sector zou deze regeling bij uitstek toegankelijk moeten worden voor MKB technologie/hulpmiddelenbedrijven.



NEDERLANDSE BRANCHEORGANISATIE VOOR MEDISCHE TECHNOLOGIE

26-04-2012

Evidence Based Medicine en kosteneffectiviteit

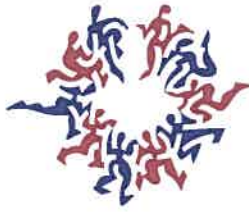
FHI wenst te benadrukken dat de markt, de aard en de dynamiek van medische hulpmiddelen een geheel andere is dan farma. Beoordeling van hulpmiddelen volgens de principes van farma zal bijzonder kostenverhogend en tevens vertragend werken ten aanzien van de invoering van nieuwe technologieën.

Uiteraard zijn wij graag bereid tot het geven van een toelichting. Hiertoe kunt u contact opnemen met ondergetekende via (033) 465 10 63 of per e-mail: knaven@fhi.nl

Met vriendelijke groet,

FHI, Nederlandse brancheorganisatie voor Medische Technologie

Luc H.M. Knaven



College voor Zorgverzekeringen
T.a.v. de heer drs R.G.P. Doeschot,
Post bus 320
1110 AH Diemen

Sparrenheuvel 16
Postbus 520
3700 AM ZEIST
Telefoon (030) 698 89 11
Telefax (030) 698 83 33
E-mail info@zn.nl

Contactpersoon Mr J.J.J. Veerkamp/ G.W Salemink, arts
Doorkiesnummer (030) 698 83 44
Ons kenmerk B-12-1534-jvee1
Uw kenmerk O&O/2012037477
Datum 27 april 2012
Onderwerp Consultatie concept uitvoeringstoets 'Stringent pakketbeheer'

Geachte heer Doeschot,

Bij brief van 28 maart stuurde u ons het concept van de uitvoeringstoets 'Stringent Pakketbeheer', en bood ons de gelegenheid om commentaar te leveren. Wij zijn erkentelijk voor de geboden gelegenheid, en maken hier dan ook graag gebruik van.

Bij de becommentariëring volgen wij het stramien van de door de Minister gestelde vragen, en de door u gegeven reactie.

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

Als wij uw antwoord op deze vraag van de Minister goed begrijpen, stelt u voor om het criterium noodzakelijkheid op de voorgrond te zetten, om door middel van het identificeren van indicaties vast te stellen waar ineffectieve zorg wordt geboden. Van die benadering wordt een aanzienlijk positief effect op de kosten verwacht. Echter, vooraf definiëren bij welke indicatie iemand verzekerde zorg mag verwachten vindt u niet wenselijk, omdat dat kan leiden tot bureaucratie, slechte toegankelijkheid en slechte gezondheidsuitkomsten. Risicogericht indicatie-interventiecombinaties van vergoeding uitsluiten als het gaat om zorg die niet gepast wordt gebruikt uitsluiten is volgens CVZ in de praktijk vaak niet mogelijk. U adviseert de Minister om geen sluitend systeem van interventie-combinaties te creëren.

Commentaar Zorgverzekeraars Nederland:

Wij vrezen dat er op deze wijze als het ware gehinkt wordt op twee gedachten. Enerzijds wordt geconstateerd dat er binnen de Zorgverzekeringswet sprake is van een "open systeem" van aanspraken, waarbij aan de hand van algemene criteria wordt getoetst of er in een concreet geval sprake is van verzekerde zorg, het uitsluiten van hele zorgvormen verdraagt zich daar niet mee. Anderzijds door het gericht uitsluiten van zogenaamde niet passend te achten indicatie-interventiecombinaties komt naar ons oordeel juist de uitvoerbaarheid in het geding, Omdat zorgverzekeraars dan wel de indicaties voor interventies zouden moeten kennen, wat tot nu toe niet het geval is, Het is ook niet te verwachten dat dit op afzienbare termijn verandert. Zorgverzekeraars kunnen dus alleen via de omweg van de praktijkvariatie-analyse ongepaste indicatie-interventiecombinaties op het spoor komen, maar zelfs dan is het niet eenvoudig om op individueel niveau de rechtmatigheid van de aanspraak vast te stellen, d.w.z. de vraag te beantwoorden of de verzekerde redelijkerwijs op de zorg aangewezen was. De uitvoerbaarheid, een aspect waarvan de minister heeft gevraagd er aandacht aan te besteden, staat daarmee op de tocht.

2. Op welk wijze kan het criterium kosteneffectiviteit expliciet worden toegepast bij stringent pakketbeheer en kan het CVZ adviseren over grenzen of kostenbandbreedtes per QALY?

U adviseert in uw reactie om zorg waarvan de kosteneffectiviteit onvoldoende vaststaat, voorwaardelijk te vergoeden, en blijkt daarbij voorstander te zijn van het hanteren van € 80.000 per QALY als richtsnoer. U geeft daarbij wel aan dat het geen criterium mag zijn om zorg als zodanig uit te sluiten.

Commentaar Zorgverzekeraars Nederland:

Ook voor voorwaardelijke toelating moet er een redelijk vermoeden zijn dat de zorg kosteneffectief zou kunnen zijn. Een beoordeling van de kosteneffectiviteit zou naar ons oordeel in ieder geval onderdeel moeten zijn van besluiten over voorwaardelijke toelating. Het is onduidelijk wat de betekenis is van een kosten-per-QALY grens van € 80.000 als er per situatie "naar boven of naar beneden" van kan worden afgeweken. (Wij vrezen dat het vooral zal gaan om het naar boven afwijken van deze grens).

3. 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 en wat betekent dat voor de professionele autonomie van de zorgverlener en voor de keuzemogelijkheden voor de patiënt.

U stelt terecht dat machtigingenbeleid niet discriminatoir mag uitwerken en proportioneel van aard moet zijn. In zo'n geval is het ook niet in strijd met Europese regels. Omdat machtigingen belastend zijn moet het middel met mate worden ingezet.

Commentaar Zorgverzekeraars Nederland:

Wel moet in aansluiting hierop opgemerkt worden dat het hanteren van machtigingen in deze situaties op gespannen voet staat met de uitvoerbaarheid van het door CVZ voorgestelde vorm van stringent pakketbeheer, waarvan het opsporen van ongepaste indicatie-interventiecombinaties de kern is.

4. *Met betrekking tot de punten 2 en 3 wordt gevraagd in hoeverre deze aspecten uitvoerbaar zijn, en welke de noodzakelijke randvoorwaarden zijn voor een effectieve werking.*

Reactie Zorgverzekeraars Nederland:

Het is juist dat voor voorwaardelijke toelating, noch voor het machtigen wetswijzigingen nodig zijn, maar het systeem zoals CVZ dat voor zich ziet, achten wij nog niet goed uitvoerbaar. Immers, belangrijk aangrijpingspunt voor stringent pakketbeheer is de indicatie-interventiecombinatie: zorg kan voor de ene indicatie noodzakelijk zijn, maar voor de andere indicatie overbodig. Deze constatering is echter niet nieuw, voor alle behandelingen geldt van oudsher dat die bij de ene indicatie noodzakelijk en bij de andere indicatie niet alleen overbodig, maar ook schadelijk kunnen zijn.

U acht het niet mogelijk om alle indicatie-interventiecombinaties te beoordelen, om welke reden er daarom moet risicogericht gewerkt moeten worden.

Voor het opsporen van risico's worden van uw kant een aantal methoden genoemd:

- Systematische analyse van signalen per ziekte voor de tien grootste ziektebeelden in de vorm van pakketscans.
- Inventarisatie van omzetsijgingen van meer dan vijf procent per jaar.
- Praktijkvariatie.
- Analyse van klachten en geschillen.
- Nagaan waar standaardkaders onvolledig zijn.

Hierover moet dan via publicaties en overleg met de beroepsgroepen overleg gevoerd worden. Mocht dat niet tot het gewenste resultaat leiden dan zal naar uw oordeel als ultimum remedium een zorgvorm (her)beoordeeld moeten worden.

U merkt zelf – naar het oordeel van Zorgverzekeraars Nederland terecht - op als reden om te adviseren het systeem niet te sluiten en volledige zorgvormen van vergoeding uit te sluiten, dat patiënten op zoek zullen gaan naar zorg die wel vergoed wordt, hetgeen de kosten juist kan opdrijven. Als voorbeeld van de voorgestelde alternatieve aanpak wordt het dotteren bij stabiele angina pectoris genoemd. Aangevoerd is dat de goedkopere medicamenteuze behandeling even effectief is. Toch wordt er nog steeds gedotterd bij stabiele angina pectoris. Overwogen zou kunnen worden dotteren bij deze indicatie niet meer te vergoeden. Het enige effect daarvan zou waarschijnlijk zijn dat er meer instabiele angina pectoris zal voorkomen, want het onderscheid is niet hard. Men had ook het voorbeeld van de C2-varices kunnen noemen, waarvoor hetzelfde geldt: het onderscheid tussen C2- en C3-varices is subtiel en semi-objectief.

Een ander voorbeeld dat van uw kant genoemd wordt is robotchirurgie. Deze is veel duurder dan gewone endoscopische chirurgie, maar levert niet aantoonbaar betere resultaten op.

Desalniettemin wilt u robotchirurgie niet uitsluiten maar beperken tot situaties waar dat nodig is, dus inzetten op gepast gebruik.

Al het voorgaande commentaar onzerzijds in aanmerking genomen, wordt door Zorgverzekeraars Nederland niet de verwachting gedeeld dat de door CVZ voorgestane methode van stringent pakketbeheer een aanzienlijk positief effect op de kosten zal hebben.

Met vriendelijke groet,
Zorgverzekeraars Nederland


drs. A.J. Lamping
directeur Zorg

