

Vergaderjaar 2011–2012

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 394

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 15 juni 2012

Inleiding

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft met de inwerkingtreding van de Zorgverzekeringswet (Zvw) op 1 januari 2006 de wettelijke taak van het pakketbeheer gekregen. Vanwege die taak adviseert het CVZ jaarlijks in het voorjaar over het pakket van verzekerde zorg in de Zvw en de AWBZ. Het CVZ heeft zijn Pakketadvies 2012¹ op 6 april 2012 aan mij uitgebracht.

Op dezelfde datum heeft het CVZ ook zijn rapporten «Geneeskundige-GGZ-deel-1» en «Voorwaardelijke toelating van zorg» uitgebracht¹. Over Stringent pakketbeheer heeft het CVZ op 29 mei jl. ook zijn rapport vastgesteld¹.

Alle onderwerpen die in genoemde CVZ-rapporten worden behandeld betreffen het pakket en het pakketbeheer en hangen daarom nauw met elkaar samen. Vanwege die samenhang geef ik in deze brief mijn reactie op deze vier CVZ-rapporten. Daarnaast komen in deze brief ook de rapporten «Afschaffing vergoedingslimiet hoortoestellen» en «Brilleglazen voor verzekerden van 0 tot 18 jaar met een ernstige oogaandoening» aan bod.

1. Pakketadvies 2012

1.1 Gepast gebruik

Het Pakketadvies 2012 gaat uitvoerig in op gepast gebruik, dat het CVZ als een van de belangrijkste thema's voor de komende jaren ziet. Het stimuleren van gepast gebruik en doelmatige uitvoering van zorg moet overbodige en onnodige kosten aanpakken en kwaliteitswinst opleveren. Ook het CVZ zelf geeft invulling hieraan, bijvoorbeeld door het systematisch opsporen van ongepast gebruik en met het uitbrengen van standpunten en duidingen over de afbakening van verzekerde zorg. Het CVZ wijst op een groeiend besef dat ongepast en ondoelmatig gebruik van

¹ Ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt Tweede Kamer.

zorg alleen kan worden teruggedrongen als alle betrokken partijen meewerken.

Ook in de sector zelf is een groeiende aandacht voor het bevorderen van gepast gebruik, getuige ook het Convenant Gepast Gebruik dat onder meer CVZ, KNMG, NPCF, NZa, ZN en Zon-Mw hebben gesloten. In dat licht heeft het CVZ samen met andere partijen het initiatief genomen tot een Ronde Tafel, met als doel het ontwikkelen van gezamenlijke initiatieven die gepast gebruik bevorderen door middel van concrete interventies. Inmiddels zijn 14 projecten ter hand genomen. Tijdens de consultatie over het pakketadvies heeft een aantal partijen initiatieven rond gepast gebruik gepresenteerd en daarbij ook ervaren knelpunten benoemd. Mede op grond hiervan doet het CVZ twee aanbevelingen ter bevordering van gepast gebruik, namelijk het kritisch bezien van het bekostigingssysteem en het intensiveren van toezicht en controle.

Ik waardeer de inspanningen die het CVZ en andere organisaties ondernemen om te komen tot meer gepast gebruik van zorg, en daarmee ook tot een betere en meer doelmatige besteding van (collectieve) middelen. Onmiskenbaar is de laatste jaren in de zorgsector de aandacht voor gepast gebruik en doelmatigheid gegroeid. Zo is er meer zicht gekomen op praktijkvariatie, maken kwaliteitsregistraties verschillen in outcome en kwaliteit inzichtelijk, worden in kwaliteitsrichtlijnen vaker minimumaantallen vastgelegd en kopen verzekeraars selectiever in. Ik onderschrijf het belang van een gezamenlijke aanpak die op dit punt nodig is, maar ik ben tegelijkertijd van mening dat de omslag naar meer gepast gebruik van zorg met het oog op de betaalbaarheid van zorg veel sneller moet worden gemaakt.

Bij het bevorderen van gepast gebruik zie ik ook een belangrijke taak weggelegd voor het op te richten Kwaliteitsinstituut; het voorstel van wet daartoe is 24 april jl. bij het parlement ingediend. Het Kwaliteitsinstituut moet onder meer de totstandkoming en implementatie van professionele standaarden bevorderen. Deze standaarden verwoorden wat wordt verstaan onder goede zorg en daarbij is ook doelmatigheid een aandachtspunt. Voorts zal het Kwaliteitsinstituut bijdragen aan de inzichtelijkheid van de kwaliteit van geleverde zorg. Ik verwacht dat dit een impuls zal zijn voor meer gepast gebruik van het zorgpakket.

Ik vind het ongewenst dat het bekostigingssysteem een belemmering vormt voor gepast gebruik. Als in het kader van de 14 projecten van de Ronde Tafel blijkt dat zich rond de bekostiging concrete knelpunten voordoen, dan is het belangrijk hiernaar te kijken. Ook bij de nader aanleiding van de motie Smilde (TK 2011–2012, 33 000 XVI, nr. 45) gevraagde visie op uitkomstfinanciering zal ik hier aandacht aan schenken. Daarnaast ben ik voornemens om, mede op verzoek van uw Kamer, de initiatieven voor een aantal experimenten rond de bekostiging en de organisatie van zorg te inventariseren. Ik zal uw Kamer in oktober over de uitkomsten en het vervolg informeren.

Ook het door mijn ministerie geïnitieerde Project Intensivering Controle en Toezicht (PlnCeT) op de rechtmatige uitvoering van de Zvw laat zien dat een gezamenlijke inspanning eraan kan bijdragen dat collectieve middelen alleen worden besteed aan die zorg waarop krachtens de Zvw ook aanspraak bestaat. Het project brengt in kaart wat de mogelijkheden zijn om de controle op de rechtmatigheid van declaraties en het toezicht hierop te verbeteren. Ik zie de aanbeveling in het pakketadvies dan ook als een ondersteuning van de noodzaak van dit project.

Van belang is dat partijen niet op elkaar wachten en experimenten en projecten niet tot vertraging leiden in de mate waarin dit nu gebeurt. Het is van het grootste belang om zinnig en zuinig zorg te verlenen en gebruiken. Iedereen heeft hierin een rol en verantwoordelijkheid. Dienaangaande zijn in het akkoord over de honoraria van medisch

specialisten en in het hoofdlijnenakkoord ook concrete afspraken gemaakt.

1.2 In- en uitstroom en adviezen over hulpmiddelen

In zijn Pakketadvies 2012 doet het CVZ twee voorstellen voor instroom in respectievelijk uitstroom uit het Zvw-pakket, waar ik hieronder nader op in ga. Tevens ga ik in op de CVZ-adviezen «Afschaffing vergoedingslimiet hoortoestellen» en «Brillenglazen voor verzekerden van 0 tot 18 jaar met een ernstige oogaandoening».

– Instroom fluoride-applicatie jeugdigen bij blijvende gebitselementen

Wat betreft het advies van het CVZ over de aanspraak op periodieke fluorideapplicaties bij jeugdige verzekerden kan het volgende worden opgemerkt. Op grond van het Besluit zorgverzekering (artikel 2.7, lid 4) hebben verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar, maximaal tweemaal per jaar, recht op fluorideapplicatie bij blijvende gebitselementen, tenzij de verzekerde meer keren per jaar op tandheelkundige hulp is aangewezen. Het CVZ stelt voor om het leeftijdscriterium te laten vervallen omdat blijvende gebitselementen ook eerder kunnen doorbreken. Vanwege het belang dat ik hecht aan een tijdige en effectieve inzet van preventieve maatregelen om de gebitsgezondheid van de jeugd op een hoog peil te brengen, neem ik dit advies over.

– Uitstroom redressiehelm

Het CVZ stelt voor de behandeling van plagiocefalie en brachycefalie met een redressiehelm met ingang van 2013 van het Zvw-pakket uit te sluiten. Het gaat hierbij om behandeling van vervorming/afplatting van het achterhoofd bij baby's, welke vervorming wordt veroorzaakt door de geadviseerde rugligging teneinde wiegendood te voorkomen. De behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose (=vroegtijdig sluiten van een of meer van de schedelnaden) met een redressiehelm valt onder de verantwoordelijkheid van de medisch-specialist. Het is een behandeling van cosmetische aard. Voor zover bekend wordt de ontwikkeling van het kind niet belemmerd door de afplatting van het achterhoofd.

Omdat het hier gaat om een behandeling met een cosmetisch karakter, volg ik dit advies van het CVZ. De behandeling met een redressiehelm wordt bij de door het CVZ geadviseerde indicaties met ingang van 1 januari 2013 uit het Zvw-pakket verwijderd.

Het verwijderen van deze behandeling met een redressiehelm uit het pakket levert een jaarlijkse besparing op van circa € 3,5 mln.

– Functiegericht omschrijven van hoorhulpmiddelen

Het CVZ heeft in zijn rapport «Hulpmiddelenzorg 2010» (april 2010) geadviseerd de hoorhulpmiddelen functiegericht te omschrijven alsook de indicatiecriteria te verruimen en de maximum vergoeding los te laten. In mei 2011 volgde het rapport «Afschaffing vergoedingslimieten hoortoestellen», waarin het CVZ een eigen bijdrage van 25% per hoortoestel voorstelde.

Conform de ingezette lijn om de aanspraak voor hulpmiddelen zoveel mogelijk functiegericht te omschrijven, neem ik het voorstel van het CVZ over door met ingang van 2013 de hoorhulpmiddelen in de aanspraak te omschrijven als hulpmiddelen gerelateerd aan stoornissen in de hoorfunctie. Ook neem ik de voorstellen van het CVZ over om de vergoedingslimieten af te schaffen. De huidige vergoedingslimiet voor een hoortoestel blijkt in de praktijk tot een minimumprijs te zijn

verworden. Dit werkt marktfalen in de hand. Daarom schaf ik de vergoedingslimieten af. De verzekeraar zal er daadwerkelijk belang bij hebben te onderhandelen over de prijs. Dit komt een doelmatige zorg ten goede. Op dit moment is de verwachting dat met het afschaffen van de maximum vergoedingen de prijzen zullen dalen tot de huidige vergoedingslimiet. De prijsontwikkeling zal in 2013 nauwlettend gevolgd worden.

Volledigheidshalve wijs ik erop dat vanwege de maatregelen afgesproken in het Begrotingsakkoord 2013, met ingang van 1 januari 2013 een eigen bijdrage van 25% van de aanschafprijs voor hoortoestellen zal worden ingevoerd. De opbrengst van deze eigen bijdrage op basis van het Begrotingsakkoord bedraagt € 27 mln.

– Vergoeding van brillenglazen voor kinderen met een medische indicatie voor lenzen

In het Pakketadvies van 2008 heeft het CVZ geadviseerd om brillen, brillenglazen en contactlenzen zonder medische indicatie uit het basispakket te halen, omdat het financieel niet meer haalbaar was om deze hulpmiddelen zonder beperking te vergoeden. Het is immers duidelijk dat het merendeel van de bevolking vroeg of laat een bril nodig heeft. Een beroep op het solidariteitsbeginsel, waarbij alle verzekerden meebetalen aan de kosten van een relatief kleine groep verzekerden, is bij brillen daarom niet aan de orde. Dit advies is toen overgenomen. Recent is gebleken dat voor de groep jonge kinderen met medische indicatie voor lenzen de huidige regeling niet goed aansloot op de werkelijkheid. Deze jonge kinderen hadden allen een medische indicatie voor lenzen, maar konden deze niet dragen vanwege hun leeftijd. Hierdoor waren ze aangewezen op de aanschaf van een vaak (veel) duurdere speciale bril. De kosten konden voor de ouders van deze groep sterk oplopen, met name omdat het hier vaak gaat om een erfelijke aandoening en soms meerdere kinderen per gezin zijn aangewezen op deze duurdere brillen.

Het CVZ stelt in zijn advies van 31 mei jl. voor een vergoedingsregeling voor brillenglazen voor kinderen in te voeren die gebaseerd is op de voormalige vervangingsregeling. Het voorstel houdt in dat een medisch noodzakelijke vervangende aanschaf van brillenglazen binnen een termijn van 12 maanden bij bepaalde ernstige oogaandoeningen voor vergoeding in aanmerking komt. De eerste aanschaf van brillenglazen blijft wel voor eigen rekening. Dit kan alsnog leiden tot hoge kosten voor ouders met kinderen met medische indicatie die ieder jaar nieuwe brillenglazen nodig hebben.

Als alternatief heeft het CVZ op mijn verzoek ook gekeken naar een eigen bijdrage regeling vergelijkbaar met de huidige lenzen regeling. Hoewel het CVZ niet zijn voorkeur heeft uitgesproken voor deze eigen bijdrage regeling, heb ik hier wel voor gekozen. Bij deze eigen bijdrage regeling wordt aangesloten bij dezelfde regeling die nu geldt voor lenzen en worden eerder genoemde hoge kosten voorkomen. Om deze redenen zal er een vergoedingsmogelijkheid met eigen bijdrage komen voor brillenglazen voor kinderen jonger dan 18 jaar, als er sprake is van een medische indicatie voor lenzen.

1.3 Concrete voorstellen voor voorwaardelijke toelating

Het CVZ doet in zijn Pakketadvies vier voorstellen om interventies voorwaardelijk tot het pakket toe te laten. Ik ben van oordeel dat twee van deze voorstellen in aanmerking komen voor voorwaardelijke toelating. Hierna ga ik op de voorstellen van het CVZ in. In onderdeel 3 van deze brief ga ik vervolgens in op het instrument van de voorwaardelijke toelating.

– *Claudicatio intermittens (gesuperviseerde looptraining en ClaudicatioNet)*

De eerste keus van behandeling voor claudicatio intermittens (vaatlijden van de benen) is gesuperviseerde looptraining. Het gaat hierbij om een behandeling waarvan het CVZ heeft vastgesteld dat deze tot het verzekerde pakket behoort. Uitzondering vormen de eerste twintig behandelingen: daarvan is geconcludeerd dat dit geen noodzakelijk collectief te verzekeren zorg is. Een tijdelijke periode van voorwaardelijke toelating (waarin de effectiviteit en/of kosteneffectiviteit van een behandeling wordt onderzocht, niet de vraag of sprake is van noodzakelijk collectief te verzekeren zorg) kan hier geen ander licht op werpen. Als onderwerp voor voorwaardelijke toelating is het in mijn ogen dus ongeschikt. Wel wil ik dit onderwerp meenemen in mijn bredere heroriëntering op de aanspraak voor fysiotherapie.

– *Obesitas bij kinderen: leefstijl interventie voor kind en gezin*

Obesitas bij kinderen (< 18 jaar) is een groot maatschappelijk probleem. De prevalentie neemt nog steeds toe en de kans op ziekten zoals diabetes mellitus is sterk verhoogd. De behandeling bestaat uit een gecombineerde leefstijlinterventie waarbij ook het systeem rondom het kind (meestal het gezin) wordt betrokken. Blijkens studies is deze behandeling effectief. De toepassing laat echter te wensen over omdat er nog veel onduidelijk is over de optimale vormgeving.

Het CVZ heeft eerder reeds beargumenteerd dat sprake is van een interventie die in overeenstemming is met de «stand van de wetenschap». De reden om dit onderwerp nu aan te dragen voor voorwaardelijke toelating is dat de interventie niet altijd kosteneffectief lijkt, door de wijze waarop deze in de praktijk wordt toegepast.

Ik ben van oordeel dat dit onderwerp zich niet leent voor voorwaardelijke toelating. In de eerste plaats is één van de voorwaarden voor voorwaardelijke toelating dat er geen mogelijkheden zijn om de zorg waarvoor gegevens verzameld moeten worden, gefinancierd te krijgen. Momenteel houden verschillende Universitair Medische Centra zich echter, met gebruikmaking van hun academische component, met dit onderwerp bezig.¹ Daar komt bij dat de termijn voor voorwaardelijke toelating, te weten vier jaar, te kort is om de kosteneffectiviteit van het bestrijden van obesitas bij kinderen in kaart te brengen. Het gaat daarbij immers om (zeer) lange termijneffecten.

– *Percutane renale denervatie bij therapieresistente hypertensie*

Bij ongeveer 20–30% van de patiënten met hypertensie (verhoogde bloeddruk) is behandeling niet effectief. Dit leidt tot een sterk verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Bij renale denervatie wordt via de liesslagader een catheter opgevoerd tot in de nierslagaders. Door middel van radiofrequente ablatie worden de sympathische zenuwen van en naar de nier uitgeschakeld. Hiermee zou de hypertensie beter behandelbaar worden.

Ik ben van oordeel dat dit onderwerp zich goed leent voor voorwaardelijke toelating. De vraagstelling is duidelijk afgebakend en met de kennis van nu is het aannemelijk dat de procedure voor voorwaardelijke toelating, en de daarvoor gestelde termijn, tot beantwoording van de vraagstelling kan leiden.

– *Intra-arteriële thrombolysie (IAT) bij het herseninfarct*

Patiënten met een herseninfarct worden behandeld met intraveneuze thrombolitica. Deze behandeling is echter niet altijd mogelijk, of er

¹ Zie <http://www.nfu.nl/trf/index.php?id=10&trf=771>.

bestaat hiervoor bij de betreffende patiënt een contra-indicatie. In die gevallen lijkt intra-arteriële behandeling een goede optie. Potentieel kan hiermee veel blijvende schade worden voorkomen. De effectiviteit en veiligheid van deze behandeling staan echter niet vast. Ook ten aanzien van dit onderwerp ben ik van mening dat dit zich goed leent voor voorwaardelijke toelating. Ook hier is de vraagstelling duidelijk afgebakend en is te voorzien dat beantwoording ervan binnen de gestelde termijn kan plaatsvinden.

De financiële middelen voor de voorwaardelijke toelating van deze twee laatste behandelingen worden geschat op ca. € 1,2 mln. respectievelijk circa € 2,5 mln. De dekking hiervan wordt gevonden in de besparing door uitstroom van de redressiehelm.

2. Geneeskundige-GGZ-deel-1

Op 7 maart 2011 heb ik het CVZ gevraagd om een uitvoeringstoets die expliciete besluitvorming over de houdbaarheid van het basispakket, ook voor de geneeskundige GGZ, mogelijk maakt. Met het rapport Geneeskundige-GGZ-deel-1 bevestigt het CVZ het beeld dat de kosten van de GGZ in het afgelopen decennium harder zijn gestegen dan de kosten van de overige gezondheidszorg en daarmee de noodzaak om de kosten van de GGZ zorg beter te beheersen. Met het genoemde rapport heeft het CVZ hiertoe een eerste aanzet gedaan. In het rapport wordt de bestaande aanspraak verduidelijkt en geeft het CVZ handvatten voor gepast gebruik van geneeskundige GGZ en een rechtmatige uitvoering van de Zvw op dit punt. Het CVZ doet dit in de verwachting dat hiermee een efficiëncyslag in het veld te maken is, waarmee wordt bijgedragen aan de houdbaarheid van het pakket voor geneeskundige GGZ.

Ik ben het met het CVZ eens dat een betere uitvoering van de bestaande aanspraak – op basis van dit advies – bijdraagt aan de houdbaarheid van de geneeskundige GGZ. Dat laat onverlet dat een nadere afbakening van het basispakket noodzakelijk is om de houdbaarheid op langere termijn te borgen. Dit niet alleen wat betreft het door het CVZ geagendeerde onderscheid tussen psychische klachten en een psychische stoornis, maar ook wat betreft eerder door het CVZ genoemde oplossingsrichtingen, zoals inperking van de indicatie en/of inperking van zorgvormen die onder het basispakket vallen (brief 6 juli 2011, Z VV 3069995). Uitvoerbaarheid en handhaving zijn daarbij belangrijke aandachtspunten. Ik zal het CVZ verzoeken daarmee rekening te houden bij het opstellen van deel 2 van het advies voor de geneeskundige GGZ.

2.1 Verduidelijking aanspraak

Met zijn advies heeft het CVZ bekrachtigd dat voor vergoeding van geneeskundige GGZ het onderscheid tussen psychische klachten en een psychische stoornis essentieel is.

Het CVZ wijst er nadrukkelijk op dat mentale fitheid minstens zo belangrijk is als fysieke fitheid. Hierdoor zijn mensen in staat om hun rol binnen de samenleving zo zelfstandig mogelijk te vervullen. Het loont dus voor iedereen om te investeren in stressbestendigheid en psychisch welzijn, nog voordat er sprake is van ziekte. Dit vraagt wel om eigen verantwoordelijkheid, het is geen taak van de overheid dit financieel te faciliteren. Daar staat tegenover dat men zonder twijfel terug kan vallen op de geestelijke gezondheidszorg als er sprake mocht zijn van een psychische stoornis. Een vergelijking met fysiotherapie ligt hierbij voor de hand. Ook hierbij geldt dat fysieke fitheid vraagt om eigen verantwoordelijkheid,

maar bij specifieke chronische aandoeningen valt geleverde zorg wel degelijk onder het basispakket.

Het voorgaande betekent dat de volgende activiteiten op dit moment geen verzekerde geneeskundige GGZ zijn:

- hulp voor problemen met werk en relatieproblematiek;
- de behandeling van aanpassingsstoornissen;
- psychosociale hulp;
- zorg bij leerstoornissen waaronder dyslexie; behandeling van ernstige dyslexie is wel verzekerde Zvw-zorg, maar geen geneeskundige GGZ;
- zorg bij verstandelijke beperking; wel verzekerde Zvw-zorg, maar geen geneeskundige GGZ, daarnaast is AWBZ zorg mogelijk;
- zelfhulp;
- het toeleiden naar zorg;
- preventie en dienstverlening;
- bepaalde interventies (psychoanalyse, neurofeedback, deep brain stimulation en transcranial magnetic stimulation); onvoldoende bewijs voor effectiviteit van de interventie;
- psychologische hulp in verband met somatische aandoeningen.

Ik constateer dat er in dit stadium nog sprake is van een heterogene opsomming van activiteiten die niet onder het basispakket vallen. Die heterogeniteit wordt mede veroorzaakt door een onvoldoende eenduidige operationalisering van het onderscheid tussen psychische klachten en psychische stoornis. Deze criteria zullen nader worden uitgewerkt in het tweede deel van het CVZ-advies over de geneeskundige GGZ. Dit advies dient voldoende handvatten te geven voor eenduidige toepassing in de praktijk door alle veldpartijen.

Het voorgaande kan bijvoorbeeld betekenen dat er aanvullende instrumenten worden benoemd die – in samenhang met de bestaande richtlijnen – kunnen dienen als ankerpunt voor afbakening van het domein van de geneeskundige GGZ binnen de Zvw. Het is aan het CVZ om de betrokken beroepsgroepen in de GGZ hierbij actief te betrekken.

Daarnaast verwacht ik van het CVZ dat in het tweede deel van het advies expliciet gekeken zal worden naar aanvullende mogelijkheden om de aanspraak te beperken tot de noodzakelijk collectief te verzekeren zorg. Dit zou kunnen door middel van het uitsluiten van indicaties, maar ook van specifieke zorgvormen. Ook is het zinvol dat het CVZ aan de hand van verschillende scenario's een nadere duiding geeft van enkelvoudige en complexe stoornissen en hun behandeling. Wat valt onder eerstelijns dan wel tweedelijns geneeskundige GGZ? Vooruitlopend op deze aanvullende duiding zal ik een overleg organiseren met de meest betrokken partijen. Dit met als doel om te zorgen dat het rapport Geneeskundige GGZ deel 1 tot uitdrukking komt in de polisvoorwaarden van zorgverzekeraars en het toezicht op rechtmatig verleende zorg versterkt wordt. Onderdeel van de discussie is ook de wijze waarop partijen op een verantwoorde manier omgaan met de privacy bij uitwisseling van informatie over patiënten.

2.2 Gepast gebruik en rechtmatige uitvoering

Het CVZ constateert dat niet alleen een onhelder onderscheid tussen psychische klachten en psychische stoornissen ertoe kan leiden dat momenteel meer vergoed wordt dan de verzekerde zorg. Zorgverzekeraars hebben ook onvoldoende zicht op de geleverde zorg. Dit beperkt hun mogelijkheden voor bijvoorbeeld materiële controle. Ook wijst het CVZ erop dat tot nu toe niet alle prikkels van het systeem goed uitpakken. Daarbij worden niet alleen de upcoding mogelijkheden van het DBC-systeem genoemd, maar ook de risicodragendheid van de zorgverze-

keraars, en de verschillen in eigen bijdragen tussen de verschillende GGZ zorgvormen.

Het CVZ stelt daarnaast voor om bepaalde zorgvormen/indicaties op een negatieve lijst te plaatsen, om op die manier nog duidelijker het onderscheid tussen verzekerde en niet-verzekerde zorg aan te geven. Per 2013 worden de mogelijkheden om in de DBC GGZ productstructuur het onderscheid tussen verzekerde en niet verzekerde zorg aan te geven al verbeterd. Middels een kleurcodering zal dan in de productstructuur duidelijker worden dat aanpassingsstoornissen, psychoanalyse, transcraniale stimulatie, diepe hersenstimulatie en neurofeedback niet tot verzekerde zorg horen. In overleg met DBC-O zal ik daarenboven bezien welke aanvullende verduidelijkingen per 2014 verwerkt kunnen worden. DBC-O heeft namelijk aangegeven hiervoor gedetailleerde informatie over diagnose en activiteit nodig te hebben. Ik zal het CVZ vragen om in het tweede advies aanvullende informatie te leveren, die verdere beperking in vergoeding van activiteiten op basis van de DBC systematiek mogelijk maakt. De optie om machtigingen voor specifieke vormen van zorg te introduceren, zal ik meenemen in mijn gesprekken met de NZa en ZN.

In 2012 is al een flinke stap gezet in de afbouw van de ex post compensaties door de afschaffing van de macronacalculatie. De prikkels voor verzekeraars om gericht zorg in te kopen zijn daarmee versterkt. Voor het jaar 2012 is ook met hen afgesproken dat de beschikbare financiële kaders leidend zijn bij het aangaan van hun inkooponderhandelingen en het afsluiten van contracten (rekening houdend met een reële hoeveelheid ongecontracteerde zorg). Verzekeraars zullen er ook door VWS op worden aangesproken als hun contractering niet in lijn is met de vooraf afgesproken uitgangspunten.

Al deze initiatieven hebben tot doel om het draagvlak voor een solidaire insteek bij de vergoeding van zorg aan mensen die een psychische stoornis hebben op langere termijn houdbaar te houden.

3. Het instrument van de voorwaardelijke toelating van zorg

Per 1 januari 2012 is het instrument «voorwaardelijke toelating tot het basispakket» geïntroduceerd. «Voorwaardelijke toelating» houdt in dat een interventie waarvan de effectiviteit en/of kosteneffectiviteit ter discussie staat, gedurende vier jaar voorwaardelijk in het pakket van de basisverzekering kan worden opgenomen. Gedurende deze periode dienen er gegevens te worden verzameld over de effectiviteit en/of kosteneffectiviteit van de interventie. Indien de effectiviteit dan wel kosteneffectiviteit van de interventie in deze periode niet wordt aangetoond, verdwijnt de interventie uit het verzekerde pakket.

3.1 Rapport «Voorwaardelijke toelating/financiering van zorg»

Op 6 april jongstleden heeft het CVZ het rapport «Voorwaardelijke toelating/financiering van zorg» uitgebracht. In dit rapport beschrijft het CVZ op mijn verzoek hoe de procedure voor voorwaardelijke toelating nader kan worden ingericht.

– Loketten

Het CVZ geeft aan dat duidelijkheid is gewenst over de verschillende «loketten» waar innovatieve zorg kan worden aangeboden, waarbij met name aandacht wordt gevraagd voor de taakverdeling tussen het CVZ en DBC-Onderhoud. Ik ben momenteel in afwachting van het rapport van het Actieprogramma Zorgvernieuwing. In het kader van dit programma

brengen de betrokken partijen de verschillende beoordelingsprocedures en verantwoordelijkheden in kaart en met elkaar in lijn. Het primaat voor de implementatie van dit rapport ligt uiteraard bij de betrokken partijen zelf.

– Kosteneffectiviteit

In zijn rapport besteedt het CVZ tevens aandacht aan de rol van kosteneffectiviteit. Bij de introductie van het instrument voorwaardelijke toelating heb ik aandacht besteed aan de mogelijkheid van uitstroom uit het basispakket van zorg die niet kosteneffectief is, of waarvan geen kosteneffectiviteitsgegevens bekend zijn. Het CVZ geeft aan dat dit verschillende vragen oproept, waaronder de vraag of er eensgezindheid bestaat over de onderzoeksmethodologie, wat de normering voor kosteneffectiviteit is, of het (politiek) haalbaar is om een interventie die wel effectief maar niet kosteneffectief is uit het verzekerde pakket te halen en of het pakketcriterium kosteneffectiviteit wettelijk zou moeten worden verankerd in de Zorgverzekeringswet. Het CVZ concludeert dat het toe wil naar een verdere operationalisering van het criterium kosteneffectiviteit, niet slechts in de context van voorwaardelijke toelating maar in de context van het gehele pakketbeheer, ook van niet-farmaceutische zorg, omdat het van oordeel is dat dit bijdraagt aan een verantwoord en houdbaar pakket.

Kosteneffectiviteit kan een belangrijke rol spelen in het kader van stringent pakketbeheer. Via de procedure van voorwaardelijke toelating kunnen de data worden gegenereerd die nodig zijn om de kosteneffectiviteit van interventies in kaart te brengen.

Het CVZ merkt terecht op dat een verdere operationalisering van het criterium kosteneffectiviteit noodzakelijk is. Ik zal het CVZ dan ook verzoeken de in dit rapport gestelde vragen nader uit te werken en mij daarover eind van dit jaar van advies te voorzien.

– Financiering

Het CVZ suggereert in het rapport om een andere vormgeving van het instrument «voorwaardelijke toelating» te overwegen, namelijk voorwaardelijke financiering buiten het pakket om (via een subsidieregeling). Het CVZ is van oordeel dat het hierdoor mogelijk wordt om de zorg gecontroleerd aan te bieden en uitsluitend door partijen die verplicht zijn om mee te werken aan goedgekeurd onderzoek. Een dergelijke vormgeving vergroot volgens het CVZ de kans op succes van het instrument voorwaardelijke toelating. Daarnaast maakt een subsidieregeling het mogelijk om een plafond in de extra zorgkosten aan te brengen. Hiermee herhaalt het CVZ zijn pleidooi uit 2009. Ik heb bij de besluitvorming over de introductie van het instrument «voorwaardelijke toelating» echter aangegeven dat er verschillende argumenten waren om hier niet voor te kiezen, te weten: dat subsidieregelingen in de praktijk als belastend en complex in de uitvoering worden ervaren; dat ze niet aansluiten op de gebruikelijke wijze van financiering; dat ze veelal als (neven-)effect hebben dat ze vooral als verantwoordelijkheid van de overheid worden ervaren waardoor de verantwoordelijkheid van de partijen afneemt; en dat partijen er bij voorwaardelijke toelating belang bij hebben om mee te werken aan het noodzakelijke onderzoek over effectiviteit.¹ Ik zie op dit moment geen reden om anderszins te besluiten. In 2013 zal het instrument voorwaardelijke toelating dan ook op de huidige manier worden toegepast. Het is vervolgens aan mijn opvolger om te bekijken hoe de vormgeving van voorwaardelijke toelating structureel wordt ingevuld.

¹ Toelichting bij Artikel I, onderdeel A, en artikel II, van het Besluit van 30 september 2011, strekkende tot wijziging van het Besluit zorgverzekering, het Besluit zorgaanspraken AWBZ en het Besluit tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten, Staatsblad 2011, 467 pagina 11.

3.2 Stand van zaken voorwaardelijke toelating specialistische geneesmiddelen

Met ingang van 2012 is gestart met voorwaardelijke pakkettoelating van (dure) specialistische geneesmiddelen die deel uitmaken van de Zvw prestatie geneeskundige zorg.

Voor eerder reeds tot het pakket toegelaten geneesmiddelen wordt onderzoek verlangd naar nog ontbrekende gegevens over de therapeutische meerwaarde en/of kosteneffectiviteit van de behandeling met die geneesmiddelen. Deze kosteneffectiviteitsgegevens dienen binnen een bepaalde termijn verzameld te worden, waarna wordt besloten over de handhaving van de betreffende behandeling in het pakket, dan wel de uitstroom ervan uit het pakket.

Deze voorwaardelijke toelating heeft behalve op nieuw beschikbaar komende specialistische geneesmiddelen ook betrekking op reeds beschikbare dure geneesmiddelen zoals opgenomen op de NZa beleidsregels voor dure en weesgeneesmiddelen.

Bij nieuwe, vanaf 2012 beschikbaar komende geneesmiddelen die tot het pakket horen zal voorwaardelijke toelating worden toegepast als het om unieke geneesmiddelen gaat met een substantieel kostenbeslag. Het CVZ zal in de loop van 2012 een procedure hiervoor vaststellen. Zodra deze procedure beschikbaar is, zal het CVZ bezien welke (in 2012) beschikbaar gekomen geneesmiddelen onder het regime van voorwaardelijke toelating gebracht worden. Deze voorwaardelijke toelating geldt ook voor de dure specialistische geneesmiddelen die waren opgenomen op de (inmiddels ingetrokken) NZa beleidsregels voor dure en weesgeneesmiddelen. Het doelmatigheidsonderzoek dat nog loopt voor deze geneesmiddelen moet worden voortgezet. De kosteneffectiviteitsgegevens en de oordelen over de therapeutische meerwaarde die uit dit onderzoek beschikbaar komen, worden door het CVZ aangewend om te komen tot een pakketuitspraak over handhaving dan wel uitstroom van de betreffende behandeling met het geneesmiddel uit het pakket. Bij deze pakketuitspraken past het CVZ de pakketcriteria toe.

De voorwaardelijke toelating van dure specialistische geneesmiddelen maakt het mogelijk om op verantwoorde wijze nieuwe innovatieve geneesmiddelen snel in het pakket op te nemen ook als op dat moment nog niet zeker is of de meerkosten van die geneesmiddelen gerechtvaardigd worden door betere behandeluitkomsten dan wel besparingen elders in de zorg. Deze aanpak heeft gezien het belang van tijdige beschikbaarheid voor de patiënt en snelle opname van innovaties de voorkeur boven het alternatief waarbij nieuwe, duurdere geneesmiddelen niet in het pakket zouden worden opgenomen voordat er aanvullend kosteneffectiviteitsonderzoek is uitgevoerd. Het nadeel van deze aanpak is dat er een zeker risico is dat het onderzoek niet volledig of niet tijdig wordt uitgevoerd, omdat de behandeling al in het pakket zit. Ik verwacht dat de belanghebbende partijen zoals fabrikant en behandelaren hier dan ook hun verantwoordelijkheid nemen. Ik zal erop toezien dat de afspraken over het uitvoeren van doelmatigheidsonderzoek worden nageleefd. Indien dit onderzoek niet vlot, zal ik besluiten om de behandeling alsnog uit het pakket te laten stromen omdat de kosteneffectiviteit niet is aangetoond. In bepaalde gevallen kan een voorwaardelijke toelating ook gekoppeld worden aan een financieel arrangement met de betreffende fabrikant, zoals een prijs/volume, of een pay for performance arrangement.

4. Stringent pakketbeheer

«Stringent pakketbeheer» heeft onder meer tot doel dat verouderde behandelmethoden die niet (langer) voldoen aan de pakketcriteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en doelmatigheid uit het basispakket worden verwijderd. Ook heeft het tot doel dat over de toelating van nieuwe behandelmethoden tot het verzekerde pakket meer eenduidig, samenhangend en consequent zal 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. Per brief van 7 maart 2011 heb ik het CVZ verzocht een uitvoeringstoets uit te brengen waarin antwoord wordt gegeven op een aantal specifieke vragen over de toepassing van stringent pakketbeheer in de praktijk.

Op 29 mei 2012 heeft het CVZ het rapport Stringent pakketbeheer uitgebracht. In dit rapport adviseert het CVZ het pakket niet te «sluiten», dat wil zeggen: niet over te stappen op een limitatieve lijst van verzekerde zorg. In plaats daarvan stelt het CVZ voor het pakket risicogericht te beheren, waarbij aandacht wordt besteed aan risico's op het terrein van de betaalbaarheid van zorg en de toegankelijkheid en kwaliteit van noodzakelijke zorg. Omdat het categorisch uitsluiten van zorgvormen slechts in enkele gevallen mogelijk is, zal het CVZ in het kader van stringent pakketbeheer aangeven bij welke indicaties bepaalde interventies verzekerde zorg zijn en bij welke indicaties zorg niet is verzekerd (uitsluiting van bepaalde «indicatie-interventiecombinaties»). Het CVZ geeft aan welke processtappen er moeten worden gezet om tot een dergelijke benadering te komen.

Indien een (her)beoordeling van een bepaalde zorgvorm noodzakelijk is, gebeurt dit stringenter dan voorheen, waarbij het CVZ adviseert om van «noodzakelijkheid» een voorliggend pakketcriterium te maken. Dat wil zeggen dat het CVZ meer dan tot nu toe zal gaan beoordelen of de zorgvorm noodzakelijk is, alvorens de kwaliteit van de zorgvorm voor een bepaalde indicatie wordt beoordeeld. Hiertoe heeft het CVZ het noodzakelijkheids criterium verder uitgewerkt. Vervolgens wordt bekeken of de zorgvorm tot het behandelarsenaal behoort van de zorgverleners die hier in de praktijk mee moeten werken, aangezien volgens de Zvw sprake moet zijn van zorg zoals de beroepsgroep pleegt te bieden. Daarna worden onder meer de effectiviteit en kosteneffectiviteit van de interventie onderzocht, waarbij gedetailleerder naar de kosteneffectiviteit van interventies zal worden gekeken. Het CVZ adviseert om een kosteneffectiviteitsgrens te hanteren waarbij het denkt aan € 80 000 per QALY. Het CVZ ziet dit bedrag als richtsnoer waarvan, afhankelijk van de context, in positieve en negatieve zin kan worden afgeweken. Tot slot zal het CVZ bij het evalueren van pakketmaatregelen explicieter ingaan op de financiële effecten van maatregelen.

In 2013 zal het CVZ voor het eerst een lijst van risico's opstellen, op basis waarvan maatregelen worden benoemd en uitgevoerd. De consequenties van stringent pakketbeheer voor de werkwijze van het CVZ zullen verder worden uitgewerkt in het rapport «Pakketbeheer in de Praktijk, deel 3» dat begin 2013 zal verschijnen.

Ik ben het met het CVZ eens dat er meer nadruk dient te worden gelegd op de kosteneffectiviteit van interventies en dat het hanteren van een richtsnoer voor de kosten per QALY behulpzaam kan zijn bij het beoordelen hiervan. Tegelijkertijd constateer ik dat bij veel therapieën de kwaliteit van leven onvoldoende meespeelt bij afwegingen om therapieën

al dan niet toe te passen. Ik vind het van belang dat dit aspect met voorrang wordt uitgewerkt en in de praktijk wordt toegepast. Tegelijkertijd kan worden onderzocht of het mogelijk is concrete bedragen te koppelen aan QALY's.

Om pragmatische redenen ben ik van oordeel dat de kosteneffectiviteit niet bij alle behandelingen kan worden onderzocht maar alleen bij interventies met de meeste risico's uit het oogpunt van pakketbeheer, aangezien hier anders een onevenredige inzet van menskracht en middelen mee is gemoeid.

Daarnaast onderschrijf ik de voorstellen van het CVZ om de risicogerichte aanpak verder uit te bouwen en deze leidend te laten zijn voor het opstellen van de pakketagenda. Wat de introductie van nieuwe en bestaande dure behandelingen betreft dient met name goed naar de (kosten)effectiviteit te worden gekeken.

Ik kan mij ook vinden in het voorstel van het CVZ om noodzakelijkheid als voorliggend pakketcriterium te hanteren. Daarmee wordt des te helderder of een bepaalde interventie voor eigen rekening dan wel ten laste van het collectief/ de basisverzekering dient te komen. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat verzekerden een groter deel van de zorg zelf moeten gaan betalen, waarbij mogelijk stapeling van kosten optreedt. Dat verzekerden een groter deel van de zorgkosten voor eigen rekening zouden moeten nemen, dient er niet toe te leiden dat het CVZ geen voorstellen doet die mogelijk de draagkracht van burgers te boven gaan. Uiteraard kan het CVZ bij dergelijke voorstellen wijzen op de mogelijk ingrijpende financiële gevolgen voor burgers, maar dat mag het CVZ er niet van weerhouden die voorstellen te doen en daarbij te wijzen op van belang zijnde aspecten zoals financiële consequenties voor de individuele burger. De vraag of die voorstellen de draagkracht van burgers te boven gaan, dient onderwerp te zijn van politieke afweging.

Ook dient bij de implementatie van deze werkwijze aandacht te worden besteed aan het feit dat een bepaalde aandoening of behandeling niet bij iedereen dezelfde consequenties heeft, waarbij ik met name denk aan comorbiditeit. Bij de aanpak die het CVZ voorstelt, waarbij het zich gaat richten op bepaalde indicatie-interventiecombinaties, kan specifiek op bepaalde doelgroepen worden ingespeeld en dan ook aandacht worden besteed aan de bovenstaande punten.

De indicatieverruiming blijkt in de praktijk een grote oorzaak te zijn van de kostenstijging. Dit aspect verdient expliciete aandacht van het CVZ. Ik zal het CVZ verzoeken om dit nader uit te werken in het rapport «Pakketbeheer in de praktijk, deel 3» en zie dat rapport met belangstelling tegemoet.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. I. Schippers