



Zorginstituut Nederland

Van goede zorg verzekerd

Hoe Zorginstituut Nederland adviseert over de inhoud van het basispakket



| Van goede zorg verzekerd |

Van goede zorg verzekerd

Zorginstituut Nederland is een onafhankelijke overheidsorganisatie die adviseert over de inhoud van het basispakket. Daarnaast bevordert het Zorginstituut het gebruik van richtlijnen en het gepast gebruik van zorg in de dagelijkse praktijk. Deze brochure gaat over de eerste taak: de advisering over het basispakket met als doel een verantwoord pakket van verzekerde zorg. We leggen uit hoe het basispakket is vastgelegd in de wetgeving, op welke manier we beoordelen en waarom.

Elke Nederlander is verplicht verzekerd voor een uitgebreid pakket aan zorg: het basispakket. De inhoud van dit basispakket is wettelijk vastgelegd en voor iedereen gelijk, ongeacht bij welke zorgverzekeraar hij of zij zich verzekert. Omdat de zorg voortdurend verandert – nieuwe behandelingen, nieuwe inzichten, nieuwe geneesmiddelen, enzovoort – wordt het basispakket regelmatig aangepast en uitgebreid. Het is de taak van het Zorginstituut om daarover advies uit te brengen aan de minister van VWS.

Omdat het basispakket in algemene termen in de wet is vastgelegd, is voor patiënten, verzekeraars en zorgaanbieders niet altijd duidelijk of bepaalde zorg nu onder het basispakket valt of niet. In zulke gevallen kan het Zorginstituut uitsluitsel geven: we leggen dan precies uit welke zorg in welke gevallen verzekerd is. Naast het adviseren is dit de tweede, belangrijke taak rond het basispakket. We noemen dat duiden.

In de adviezen en duidingen van het Zorginstituut staat steeds voorop dat alleen zorg die werkt mag worden vergoed. Dat is in het belang van de patiënt, maar ook in het belang van iedereen die premie betaalt. Omdat de overheid iedereen verplicht om via die premie bij te dragen aan de basisverzekering, mag de burger verwachten dat de overheid daarin alleen goede zorg opneemt. Zodat elke Nederlander van goede zorg verzekerd is en blijft.

Inhoud

1. De collectieve zorgverzekering	4
Zvw en Wlz	5
2. Het basispakket en de partijen in de zorg	6
De rol van het Zorginstituut	6
De partijen in de zorg	7
3. Het duiden van het basispakket	9
Duiden in de Zorgverzekeringswet	9
Duiden in de Wet langdurige zorg	11
4. Adviseren over het basispakket	12
Adviezen over in- en uitstroom van zorgvormen	12
Adviezen over voorwaardelijke toelating	17
Systeemadviezen	18
5. De beoordeling van geneesmiddelen	19
Beoordeling apotheekgeneesmiddelen	20
Beoordeling ziekenhuisgeneesmiddelen	21
6. Een gedeelde verantwoordelijkheid	22
Gepast gebruik	22
Keuzes	23



1. De collectieve zorgverzekering

Wie jong is, hoopt oud te worden en wie gezond is, hoopt dat te blijven. Toch heeft haast iedereen wel een keer zorg nodig. Om die te kunnen betalen, kent Nederland een collectieve zorgverzekering: een wettelijk vastgestelde basisverzekering waaraan we allemaal bijdragen. Dat doen we via de premie voor onze verplichte zorgverzekering en via de belastingen.

Uit de opbrengst daarvan wordt het zogenoemde basispakket gefinancierd. Het basispakket is voor elke Nederlander gelijk. Je betaalt dus zowel voor zorg die je zelf nodig hebt als voor zorg die anderen nodig hebben, want onze gezondheidszorg steunt op solidariteit, tussen jong en oud, tussen gezond en ziek, tussen man en vrouw.

Een consult bij de huisarts of bij de verloskundige, een knie- of heupoperatie, radiotherapie tegen kanker, medicijnen om de bloeddruk te verlagen, medische bijstand in een verpleeghuis: het zijn allemaal voorbeelden van zorg waar we mee te maken kunnen krijgen. En het zijn allemaal voorbeelden van zorg die in het basispakket zit en dus wordt vergoed.

Zvw en Wlz

Geneeskundige zorg wordt doorgaans vergoed via de Zorgverzekeringswet (Zvw), dus via de zorgverzekeraar bij wie we zijn aangesloten. Zware, langdurige zorg voor de meest kwetsbare ouderen en mensen met een handicap wordt gefinancierd vanuit de Wet langdurige zorg (Wlz). Zorg die meer gericht is op participatie en/of jeugd is geregeld via andere wetten, namelijk de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en de Jeugdwet. Deze twee wetten worden uitgevoerd door de gemeentes en worden hier verder niet besproken.

Geneeskundige zorg en langdurige zorg

In de Zvw verstaan we onder *geneeskundige zorg* de zorg die gericht is op genezing of vermindering van klachten, zoals die verleend wordt door onder andere huisartsen, psychologen, medisch specialisten, fysiotherapeuten, logopedisten en praktijkondersteuners bij de huisarts. Onder *langdurige zorg* verstaan we in de Wlz onder meer de verpleging en verzorging aan gehandicapten en ouderen in instellingen of thuis. Het gaat dan om mensen met een blijvende behoefte aan zorg.

Zowel de vraag naar zorg als de mogelijkheden om aandoeningen te behandelen, zijn de afgelopen jaren sterk toegenomen. Omdat deze trends zich zullen voortzetten, wordt de vraag alleen maar relevanter hoe we het geld dat we gezamenlijk opbrengen voor de zorg zo goed mogelijk kunnen benutten. Het Zorginstituut streeft dan ook naar een basispakket met een optimale balans tussen kwaliteit en betaalbaarheid.

Iedere inwoner van Nederland moet de zorg die in het basispakket zit kunnen krijgen, ongeacht inkomen, leeftijd of geslacht en ongeacht de hoeveelheid zorg die iemand nodig heeft. De centrale vraag is: van welke zorg willen we de toegang collectief waarborgen?

Aanvullende verzekering

Niet alle zorg zit in het basispakket. Denk aan de pijnstillers die we kopen bij de drogist, aan de anticonceptiepil, aan behandeling door een chiropractor of aan eenvoudige loophulpmiddelen. Het is vaak wel mogelijk om je voor dit soort kosten aanvullend te verzekeren bij de zorgverzekeraar: hiervoor betaal je dan een afzonderlijke premie naast de verplichte premie.

2. Het basispakket en de partijen in de zorg

Inzichten in de medische wetenschap veranderen en daarmee ook de zorg. Voortdurend worden nieuwe diagnostiek, behandelingen en geneesmiddelen ontwikkeld en ook de vraag naar zorg verandert. Om te zorgen dat de inhoud van het basispakket steeds aansluit bij die ontwikkelingen is het basispakket *open omschreven* in de wet. Dat houdt in dat het niet is vastgelegd in een gedetailleerde lijst met behandelingen, maar in een aantal criteria waaraan zorg moet voldoen om vergoed te mogen worden. Een groot voordeel van deze open omschrijving is dat nieuwe, effectieve behandelmethodes er automatisch in komen en dat verouderde behandelmethodes automatisch het basispakket verlaten. De keerzijde van de open omschrijving is dat zij ruimte laat voor interpretatie: soms is niet duidelijk of een bepaalde zorgvorm wel of niet in het basispakket zit.

In eerste instantie is het aan de zorgverzekeraar om te toetsen of gedeclareerde zorg daadwerkelijk binnen de Zorgverzekeringswet valt en dus vergoed mag worden. Bij de Wet langdurige zorg zijn het de zorgkantoren die de taak hebben om voldoende, kwalitatief goede zorg in te kopen, zodat de verzekerden de (verblijfs)zorg die ze nodig hebben binnen een redelijke termijn kunnen krijgen.

Uitzondering

Apotheekgeneesmiddelen vallen niet onder de open omschrijving. In hoofdstuk 5 gaan we dieper in op onze advisering rond geneesmiddelen.

De rol van het Zorginstituut

Het Zorginstituut komt in beeld zodra er onduidelijkheid ontstaat of zorg tot het basispakket behoort. Het kan gaan om onduidelijkheid in algemene zin, bijvoorbeeld of een nieuwe radiotherapie bij een bepaalde vorm van kanker in het basispakket zit. Maar het kan ook gaan om onduidelijkheid in individuele gevallen: de vraag of een bepaalde verzekerde recht heeft op de vergoeding van een bepaalde behandeling of hulpmiddel. Uitspraken die we hierover doen noemen we *duidingen*.

Daarnaast brengt het Zorginstituut *adviezen* uit aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport VWS over wijzigingen in de wet- en regel-



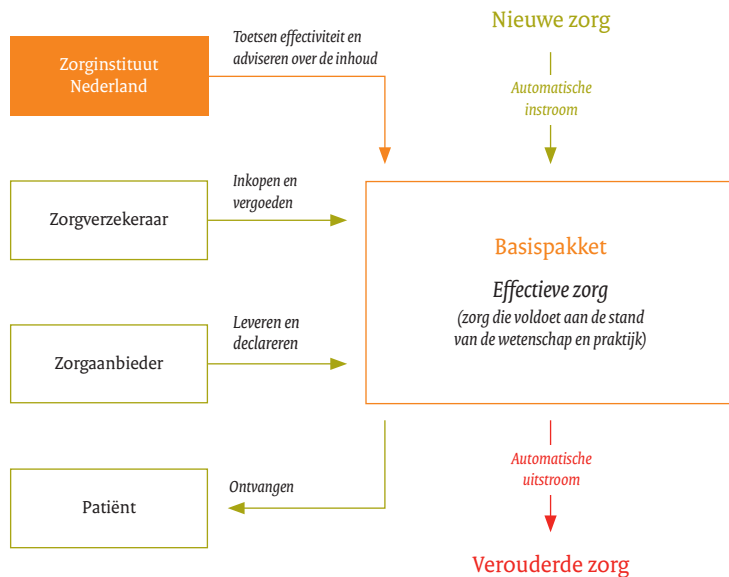
geving van de basisverzekering. Het kan dan gaan om adviezen die er op gericht zijn om zorg op te nemen in het basispakket of juist er uit te verwijderen, of om zogeheten *systeemadviezen*. Systeemadviezen gaan over de wijze waarop het basispakket in de wetgeving is vastgelegd. De aanleiding voor een advies kan een verzoek van de minister zijn, maar ook een vraag van een fabrikant, een zorgaanbieder of een zorgverzekeraar. Daarnaast spoort het Zorginstituut zelf systematisch problemen rond de basisverzekering op door doorlichtingen en zogeheten 'pakketscans' uit te voeren. Ook die kunnen leiden tot adviezen over de inhoud van het verzekerde pakket.

Wijzigingen in het basispakket hebben gevolgen voor patiënten, zorgverleners en zorgverzekeraars. Bij het opstellen van zijn rapporten raadtpleegt Zorginstituut Nederland daarom steeds alle relevante partijen. Hun inbreng, kennis en expertise zijn van groot belang voor de kwaliteit van de adviezen en standpunten van het Zorginstituut, die daardoor bovendien kunnen rekenen op een groter draagvlak.

De partijen in de zorg

Patiënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars: alle partijen in de zorg hebben een eigen verantwoordelijkheid bij het gepast gebruik van het

Het basispakket en de partijen in de zorg



basispakket. De patiënt moet zorgen dat hij verzekerd is voor de verplichte basisverzekering. Maar ook heeft hij de verantwoordelijkheid om mee te werken aan de behandeling, om de zorgverlener zo goed mogelijk te informeren, om mee te denken en mee te beslissen over de behandeling en om instructies en adviezen op te volgen en leefregels in acht te nemen.

Zorgaanbieders zijn op hun beurt verplicht om verantwoorde zorg te bieden: zorg van goed niveau, die doeltreffend en doelmatig is en die is afgestemd op de behoefte van de patiënt. En uiteraard zijn zij verplicht om de zorg die zij leveren op de juiste manier te declareren.

Het is de taak van zorgverzekeraars om kwalitatief goede en doelmatige zorg voor hun verzekerden te vergoeden en in te kopen. Ze zijn verplicht om in hun verzekeringspolis alle zorg uit het basispakket op te nemen en die zorg te vergoeden als de verzekerde die nodig heeft.

3. Het duiden van het basispakket

Door de open omschrijving in de wetgeving zijn er regelmatig vragen over de vergoeding van behandelingen en medicijnen. Zorgverleners, zorgverzekeraars, verzekerden en anderen kunnen deze vragen neerleggen bij Zorginstituut Nederland. Het Zorginstituut toetst de betreffende zorgvorm dan aan de wettelijke criteria – het zogeheten duiden – met als resultaat een standpunt, waarin de zorgvorm expliciet wordt aangemerkt als wel of niet te vergoeden vanuit het basispakket. Hieronder lichten we het belangrijkste toetsingscriterium toe: de stand van de wetenschap en praktijk.

Duiden in de Zorgverzekeringswet

Het criterium ‘stand van de wetenschap en praktijk’ houdt in dat alleen effectieve zorg deel uit kan maken van het pakket. Om de effectiviteit van een behandeling vast te stellen gaat het Zorginstituut na of de behandeling, gezien de gunstige en de ongunstige gevolgen (bijwerkingen, veiligheid) ervan, ten minste even veel waarde voor patiënten heeft als de standaardbehandeling voor de betreffende aandoening. Het gaat dan bijvoorbeeld om genezing, levensverlenging of verbetering van kwaliteit van leven. Het Zorginstituut volgt hierbij de principes van *Evidence Based Medicine* (EBM). Dat houdt in dat we voor de beoordeling van een behandeling in de literatuur systematisch op zoek gaan naar wetenschappelijk bewijs voor effectiviteit. Gerandomiseerd vergelijkend onderzoek heeft dan de voorkeur, omdat de geloofwaardigheid van de uitkomsten van zulk onder-

Een voorbeeld van duiding: het standpunt mindfulness

Een goed voorbeeld van duiding en het daaruit voortvloeiend standpunt, is ons standpunt *Mindfulness bij psychische stoornissen* uit 2013. Kern van *mindfulness* is leven met volle aandacht voor wat zich voordoet in je lichaam en voor wat er om je heen gebeurt, en daar niet direct op reageren of er een oordeel over hebben. Wie daarin slaagt, kan zorgen en gepieker vaak beter op afstand houden. Veel psychotherapeuten maken deze techniek daarom onderdeel van de behandeling. Verzekeraars hadden vragen over de vergoeding hiervan. Na uitgebreid onderzoek concludeerde het Zorginstituut in het standpunt dat er voldoende wetenschappelijk bewijs is dat *mindfulness-therapie* werkt bij mensen die al drie of meer depressies hebben doorgemaakt. Bij die groep patiënten komt deze therapie dus in aanmerking voor vergoeding.



zoek het grootst is. Maar als dat om bijvoorbeeld ethische of praktische redenen niet mogelijk is, kan soms ook bewijs van lagere kwaliteit voldoen.

Naast wetenschappelijke inzichten kijken we bij de beoordeling ook naar de in de praktijk gevormde deskundigheid en ervaringen van zorgverleners en patiënten. We maken bijvoorbeeld gebruik van bestaande (internationale) richtlijnen en sluiten daar zo mogelijk bij aan. Verder bespreken we met de wetenschappelijke verenigingen van zorgverleners en patiëntenorganisaties wat zij zien als de belangrijkste uitkomsten van de behandeling voor de patiënt. Ook bij het bepalen van het eindoordeel kunnen in de praktijk opgedane inzichten en ervaringen van zorgverleners en patiënten soms bijdragen aan een positief standpunt over 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Geschillen over de vergoeding van geneeskundige zorg

Verzekerden kunnen, wanneer ze het niet eens zijn met een beslissing van hun zorgverzekeraar, om bemiddeling vragen bij de ombudsman van de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) in Zeist. Ook kunnen ze een klacht indienen bij de geschillencommissie van deze stichting. Gaat het geschil over de dekking van de Zvw, dan vraagt de stichting

Zorginstituut Nederland om advies. Dit advies is niet bindend. Als het voor een geschil nodig is dat er een duiding komt, dan is het daaruit voortvloeiende standpunt van Zorginstituut Nederland overigens wel bindend.

Wetenschappelijke Adviesraad (WAR)

De Wetenschappelijke Adviesraad is een bij het Zorginstituut ingestelde commissie van onafhankelijke, externe deskundigen die de duidingen en adviezen beoordeelt en daarover advies uitbrengt aan het Zorginstituut. De WAR kent subcommissies voor geneesmiddelen, voor langdurige zorg en voor geneeskundige zorg.

Duiden in de Wet langdurige zorg

Binnen de Wlz geldt, net als binnen de Zvw, het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Een verschil met de Zvw is dat in de Wlz de doelgroep en toegangscriteria expliciet zijn omschreven: het gaat uitsluitend om mensen die vanwege hun aandoening, beperking of handicap zeer kwetsbaar zijn en daarom een blijvende behoefte hebben aan permanent toezicht of 24-uurszorg in de nabijheid.

In de langdurige zorg wordt relatief weinig onderzoek gedaan naar effectiviteit. Dat komt onder meer doordat de patiëntengroep vaak complex is, met grote onderlinge verschillen. Denk bijvoorbeeld aan hoogbejaarden met meerdere aandoeningen. Zonder onderzoek is toetsing aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk' lastig. Het Zorginstituut bekijkt nu of het mogelijk is om dit criterium zo toe te passen dat het beter aansluit bij de specifieke kenmerken van de langdurige zorg.

Geschillen over de vergoeding van langdurige zorg

Bij geschillen of onduidelijkheden over langdurige zorg, geeft Zorginstituut Nederland regelmatig advies aan het indicatieorgaan voor langdurige zorg, het Centrum indicatiestelling zorg (CIZ). Het CIZ is wettelijk verplicht geschillen over de indicatiestelling voor langdurige zorg ter advies voor te leggen aan het Zorginstituut, voordat een definitieve beslissing wordt genomen. Geschillen kunnen bijvoorbeeld gaan over de vraag of een verzekerde voldoet aan de toegangscriteria van de Wlz of over de vraag of hij wel het best passende zorgprofiel heeft gekregen. Het advies van Zorginstituut Nederland is overigens niet bindend voor het CIZ.

4. Adviseren over het basispakket

Zorginstituut Nederland adviseert over het basispakket aan de minister van VWS. Terwijl standpunten de bestaande wetten en regels verhelderen, gaan deze adviezen over de vraag of de wetten en regels moeten worden veranderd. De minister of de Tweede Kamer heeft daarover het laatste woord.

De adviezen van het Zorginstituut kunnen gaan over verkleining of juist uitbreiding van het basispakket, maar ook over bijvoorbeeld de tijdelijke toelating van behandelmethodes tot het basispakket. Daarnaast kan het Zorginstituut zogeheten systeemadviezen uitbrengen over de inrichting van het zorgsysteem. De advisering rond geneesmiddelen verdient apart aandacht, omdat die deels buiten de open omschrijving vallen. Zie daarvoor hoofdstuk 5.

Net als de duidingen kunnen de adviezen van het Zorginstituut grote gevolgen hebben voor patiënten, artsen en verzekeraars. Het Zorginstituut betreft deze partijen daarom voortdurend bij de totstandkoming van de adviezen.

Adviezen over in- en uitstroom van zorgvormen

Adviezen om zorg op te nemen of juist te verwijderen uit het basispakket komen tot stand op basis van een toetsing aan vier criteria: effectiviteit, kosteneffectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid. Afgezien van het criterium effectiviteit zijn deze criteria niet wettelijk vastgelegd. Wel worden ze expliciet genoemd in de Memorie van toelichting bij de Zorgverzekeringswet, als de uitgangspunten voor het basispakket. Ze kunnen worden vertaald naar vier vragen:

- Werkt de zorgvorm bij de betreffende aandoening? (*effectiviteit*)
- Staan de kosten van de zorgvorm in een redelijke verhouding tot de baten? (*kosteneffectiviteit*)
- Is de aandoening dermate ernstig en zijn de kosten van de zorgvorm dermate hoog dat vergoeding vanuit het basispakket gerechtvaardigd is? (*noodzakelijkheid*)
- Kan de samenleving de totale kosten van opname van de zorgvorm in het basispakket dragen? (*uitvoerbaarheid*)



Bij de advisering over het basispakket worden de vier pakketcriteria in onderlinge samenhang toegepast: samen geven ze een antwoord op de vraag of de zorg een plaats verdient in de basisverzekering. Hieronder lichten we ze één voor één toe.

Effectiviteit

Een belangrijk criterium is de effectiviteit van de zorgvorm. Niet-effectieve behandelingen of diagnostiek opnemen in het pakket heeft natuurlijk weinig zin. Om een plaats in het basispakket te krijgen, moet de effectiviteit van de zorgvorm daarom voldoende aangetoond zijn. Is dat niet het geval, dan zal het Zorginstituut niet verder toetsen aan de overige drie criteria en een negatief advies geven ('geen opname in het basispakket' of 'verwijderen uit het basispakket'). Dit pakketcriterium komt overeen met de 'stand van de wetenschap en praktijk' en is dus gelijk aan het criterium dat wordt gebruikt bij het duiden.

Om vast te stellen of een zorgvorm voldoet aan deze norm, volgt het Zorginstituut de principes van Evidence Based Medicine (EBM). De beschikbare (medisch-)wetenschappelijke literatuur speelt hierbij een belangrijke rol. Na gedegen onderzoek bepaalt het Zorginstituut of de zorg als effectief aangemerkt kan worden.

Effectiviteit: een simpel criterium?

De eis voor bewezen effectiviteit lijkt een simpel criterium – een zorgvorm werkt of werkt niet – maar achter deze beoordeling liggen tal van vragen, zoals 'over welk effect hebben we het eigenlijk?' en 'welke effecten zijn relevant en welke niet?'

Denk aan een ziekenhuisopname voor behandeling van het overgewicht van zeer dikke kinderen. Wat wordt verwacht van de effecten van deze behandeling? Langdurige ziekenhuisopnamen leiden tot aanzienlijke gewichtsafname, en zijn in die zin effectief; bij ontslag heeft een groot deel van deze kinderen inderdaad een gezond gewicht. Maar binnen een half jaar hebben ze hun oorspronkelijke gewicht vaak weer terug. Is deze zorg dan werkelijk effectief? En bij hoeveel kinderen moet er gewichtsafname zijn, wil een behandeling effectief genoemd worden?

In sommige gevallen is er op het moment van beoordeling nog te weinig bewijs, maar is de verwachting dat dat bewijs in de toekomst beschikbaar kan komen. Dan kan de zorgvorm voor bepaalde tijd voorwaardelijk worden vergoed. Dit noemen we voorwaardelijke toelating: de details daarvan beschrijven we verderop in dit hoofdstuk.

Kosteneffectiviteit

Het criterium kosteneffectiviteit gaat over de vraag of de kosten van een zorgvorm in een redelijke verhouding staan tot de effectiviteit ervan. Een behandeling die te weinig effect heeft gezien de kosten is dus onvoldoende kosteneffectief.

De beoordeling van de kosteneffectiviteit is een relatieve beoordeling. Dat houdt in dat we de kosteneffectiviteit berekenen ten opzicht van de standaardbehandeling. Er is geen probleem als de nieuwe zorgvorm even effectief of effectiever is dan de bestaande zorgvorm, en goedkoper. Je krijgt dan evenveel of zelfs meer waar voor je geld. Maar het wordt lastiger als de zorgvorm een klein beetje meer effect heeft dan de standaardbehandeling, tegen (veel) hogere kosten. De te beantwoorden vraag is dan: hoeveel extra geld hebben we over voor dat kleine beetje extra effectiviteit?

Deze vraag kan tot grote dilemma's leiden. De effectiviteit van een behandeling kan gemiddeld laag zijn, maar bij sommige mensen wel degelijk voor een substantiële verbetering van de gezondheid zorgen. Of een behandeling kan wel degelijk effectief zijn, maar zo extreem duur dat je je toch moet afvragen of vergoeding wel te verantwoorden is.

Noodzakelijkheid

Niet alle goede zorg behoort tot het basispakket, zelfs niet als de (kosten) effectiviteit bewezen is. Het gaat ook om de ernst van de aandoening en de noodzaak van collectief verzekeren.

Ten eerste geldt: hoe ernstiger de aandoening, hoe eerder de behandeling thuishoort in het basispakket. Het Zorginstituut hanteert hiervoor het begrip ziektebelasting. Dit begrip zegt iets over de medische noodzakelijkheid om de aandoening te behandelen, en daarmee over de rechtvaardiging om de kosten van die behandeling te betalen uit de collectieve zorgverzekering.



Tot het criterium noodzakelijkheid wordt ook de vraag gerekend of de zorg financieel toegankelijk is of, anders gezegd, voor (bijna) iedereen zelf op te brengen. Goedkope pijnstillers die vrij verkrijgbaar zijn bij de drogist worden onder meer daarom bijvoorbeeld niet vergoed.

Verder telt mee of het om kosten gaat die mensen zonder aandoening of beperking ook moeten maken, zoals bijvoorbeeld hulpmiddelen die aangepaste, maar verder normale gebruiksvoorwerpen zijn, zoals een 'seniorentelefoon'. En of zorg voorspelbaar is en bij een bepaalde fase in het leven hoort, waardoor je kunt verwachten er op termijn behoefte aan te hebben, zoals een leesbril. Van deze zorgvormen vinden we het niet noodzakelijk dat die uit de collectieve middelen, dus uit het basispakket worden vergoed. Bij langdurige zorg kan het gaan om 'gebruikelijke zorg': de normale, dagelijkse zorg die ouders geacht worden aan hun kinderen te bieden. Ook deze zorg wordt normaliter niet uit het basispakket vergoed.

Het criterium noodzakelijkheid roept regelmatig discussies op. Hoe denken we – als samenleving – over gezondheid en ziekte? Ook termen als zelf-regie, eigen kracht, zelfredzaamheid en eigen verantwoordelijkheid komen, mede door de veranderende opvattingen over de zorg, vaak aan de orde.

Uitvoerbaarheid

Bij het pakketcriterium 'uitvoerbaarheid' onderzoekt het Zorginstituut welke factoren een succesvolle uitvoering van adviezen belemmeren. Het gaat daarbij niet over de zorgvraag of de zorg zelf, maar over de vraag of het haalbaar is om de zorg in de collectieve verzekering op te nemen. We gaan bijvoorbeeld na of er voldoende draagvlak voor is, wat de totale kosten ervan zijn, maar ook of de administratieve lasten van opname in de verzekering van een bepaalde zorgvorm niet te hoog zijn.

Adviezen over voorwaardelijke toelating

Een bijzonder soort adviezen betreft de voorwaardelijke toelatingen. Zoals we in het vorige hoofdstuk hebben gezien, leidt een duiding in principe tot een standpunt: de zorgvorm hoort wel of niet tot het basispakket. Soms is het standpunt negatief: een zorgvorm is op dit moment niet bewezen effectief en hoort dus niet in het basispakket thuis. Echter, in sommige gevallen wordt het bewijs van effectiviteit pas op langere termijn verwacht. Misschien is er nog niet voldoende onderzoek gedaan, bijvoorbeeld omdat dat te duur is of omdat de groep patiënten te klein is.

Wanneer een zorgvorm veelbelovend lijkt, maar de kwaliteit van het bewijs nog onvoldoende is, kan het Zorginstituut de minister adviseren de zorg

Wetenschappelijke Adviesraad en Adviescommissie Pakket

Net als bij duidingen beoordeelt de Wetenschappelijke adviesraad (WAR) met externe deskundigen de conceptadviezen. Dit is vooral een toetsing van de technische correctheid van de beoordeling. Daarnaast beschikt het Zorginstituut speciaal voor de advisering over een commissie van externe deskundigen die de maatschappelijke gevolgen van het advies beoordeelt: de Adviescommissie Pakket (ACP). De leden van deze commissie worden door de minister benoemd op basis van hun deskundigheid, waarbij maatschappelijke ervaring en kennis een belangrijke rol spelen. Gezamenlijk hebben zij kennis van onder meer sociale zekerheid, medische ethiek, medische besliskunde en het patiëntenperspectief. De vergaderingen van deze commissie zijn openbaar en belanghebbenden kunnen er inspreken. Net als de WAR adviseert de ACP aan het Zorginstituut: het Zorginstituut draagt steeds de eindverantwoordelijkheid voor ieder advies aan de minister van VWS.

vorm voorwaardelijk in het basispakket op te nemen. Dat is een tijdelijke vorm van toelating met als voorwaarde dat de gegevens over effectiviteit (en eventueel kosteneffectiviteit) in een periode van maximaal vier jaar worden verzameld. Aan het einde van die periode doet het Zorginstituut dan een definitieve uitspraak. Deze relatief nieuwe regeling kan ook gebruikt worden voor zorg die al langere tijd ‘gewoon’ werd vergoed uit het basispakket maar waarvan de effectiviteit toch twijfelachtig blijkt te zijn.

Systeemadviezen

Zorginstituut Nederland brengt ook systeemadviezen uit. Systeemadviezen kunnen bijvoorbeeld gaan over de manier waarop het basispakket is vastgelegd in de wet. Zo waren bepaalde loophulpmiddelen (zoals de rolstoel) voorheen als een lijst opgenomen in de wetgeving. Na een systeemadvies van het Zorginstituut zijn deze nu functioneel omschreven, als ‘hulpmiddelen die een compensatie bieden bij beperkingen in het lopen’. Het grote voordeel daarvan is, dat een nieuw type loophulpmiddel automatisch kan instromen in het pakket.

Een ander voorbeeld van een systeemadvies is het advies over de voorwaardelijke toelating. De mogelijkheid dat zorg die niet voldoet aan het wettelijke criterium ‘de stand van de wetenschap en praktijk’ toch, voor een bepaalde periode en onder voorwaarden, kan worden toegelaten tot het verzekerde pakket, is tot stand gekomen naar aanleiding van een systeemadvies.

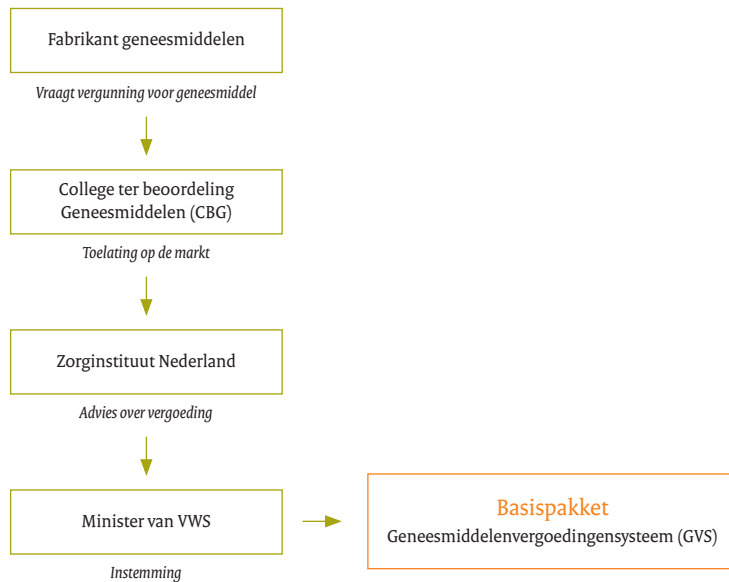


5. De beoordeling van geneesmiddelen

Geneesmiddelen die alleen de specialist in het ziekenhuis mag geven – de zogeheten *intramurale geneesmiddelen* – vallen net als alle andere ziekenhuiszorg onder de *open omschrijving*. Om voor vergoeding in aanmerking te komen, moeten zij dus voldoen aan het wettelijke criterium ‘de stand van de wetenschap en praktijk’. Dat houdt in dat de effectiviteit ervan bewezen moet zijn. Indien er twijfel is aan de effectiviteit van zulke middelen, kan het Zorginstituut ze beoordelen en er een standpunt over innemen.

De vergoeding van apotheekgeneesmiddelen, zoals die meestal door de huisarts worden voorgeschreven, is geregeld via een apart onderdeel van de Zorgverzekeringswet, dat het Geneesmiddelenvergoedingsstelsel (GVS) wordt genoemd. Hierin staan alle apotheekgeneesmiddelen opgesomd die vergoed mogen worden. Het GVS is een voorbeeld van een *gesloten stelsel*, omdat elk middel ‘aan de poort’ wordt gecontroleerd. Omdat de vergoeding van apotheekgeneesmiddelen en intramurale geneesmiddelen op verschillende manieren is geregeld, verschilt ook de beoordeling voor het basispakket.

Apotheekgeneesmiddelen en het basispakket



Bij de beoordeling van geneesmiddelen wordt Zorginstituut Nederland bijgestaan door de Wetenschappelijke Adviesraad (WAR).

Beoordeling apotheekegeneesmiddelen

De geneesmiddelen die het Zorginstituut beoordeelt, zijn al toegelaten tot de (Europese) markt, veilig bevonden en door de fabrikant onderzocht en geregistreerd. Het Zorginstituut beoordeelt ze vervolgens aan de hand van de vier pakketcriteria en brengt advies uit aan de minister van VWS over de vraag of het of ze thuis horen in het GVS, en daarmee in het basispakket.

Binnen het GVS bestaan drie categorieën. Bij de eerste categorie, ook wel 'bijlage 1A' genoemd, wordt een middel ondergebracht in een cluster met andere middelen met dezelfde werking. De middelen in die cluster zijn onderling vergelijkbaar, bijvoorbeeld alle geneesmiddelen die cholesterol verlagen en dezelfde werking hebben. Een geneesmiddel kan ook worden

ondergebracht op 'bijlage 1B'. Dat is een lijst waarop middelen staan die onderling niet vergelijkbaar zijn. Het Zorginstituut kan daarnaast adviseren om een middel dat al op bijlage 1A of 1B staat, ook op te nemen op 'bijlage 2'. In dat geval mag het middel alleen vergoed worden als de verzekerde voldoet aan bepaalde voorwaarden, bijvoorbeeld dat een andere behandeling niet succesvol is geweest.

Om te bepalen op welke bijlage een middel thuishoort, stelt het Zorginstituut vast wat de waarde van het middel is ten opzichte van de bestaande therapieën. Opname op de ene of op de andere lijst heeft financiële gevolgen: staat een middel op bijlage 1A, dan wordt de maximale vergoeding gebaseerd op de gemiddelde prijs van vergelijkbare middelen. Een verzekerde die een middel heeft dat op bijlage 1A staat maar waarvoor de fabrikant een hogere prijs rekent dan de clusterprijs, zal het verschil zelf moeten bijbetalen. Voor medicijnen op bijlage 1B geldt doorgaans wel een hogere vergoeding.

Beoordeling ziekenhuisgeneesmiddelen

Het Zorginstituut brengt regelmatig duidingen uit over ziekenhuisgeneesmiddelen. Het gaat dan vaak om nieuwe medicijnen voor ernstige aandoeningen waar soms weinig mensen aan lijden. Bij zulke middelen zijn over de effectiviteit vaak nog onvoldoende gegevens beschikbaar, en ook over de kosteneffectiviteit kan nog onduidelijkheid zijn. In zulke gevallen kan de minister op advies van het Zorginstituut kiezen voor een vorm van voorwaardelijke toelating. Het middel wordt dan tijdelijk vergoed en na vier jaar opnieuw beoordeeld. Het Zorginstituut kijkt dan of er nieuwe onderzoeken zijn gedaan naar de (kosten)effectiviteit van deze middelen en beoordeelt de onderzoeksresultaten in de wetenschappelijke literatuur zijn weergegeven. Deze herbeoordeling moet uitsluitend geven over de vraag of het middel definitief voor vergoeding in aanmerking kan komen.

6. Een gedeelde verantwoordelijkheid

Het doel van pakketbeheer is toegang garanderen tot kwalitatief goede en betaalbare zorg voor het individu én de samenleving. Kortom: het pakket moet eraan bijdragen dat elke Nederlander nu en in de toekomst van goede zorg verzekerd is. Het wettelijk verzekerde pakket krijgt pas vorm in de praktijk. Hierbij hebben alle belanghebbenden in de samenleving hun eigen rol: de verzekerde/patiënt, de zorgverlener en de verzekeraar. Hun inbreng, én die van de medische wetenschap, is onontbeerlijk om tot adviezen te komen die goed onderbouwd zijn en waarbij rekening wordt gehouden met alle relevante aspecten.

Gepast gebruik

De pakketbeheerder kan met zijn duidingen en adviezen niet tot in detail vastleggen welke zorg in welke situatie het meest passend is. Wat de meest gepaste zorg is, wordt door zorgverlener en patiënt bepaald, in de spreekkamer. Daar wordt dus bepaald hoe het verzekerde pakket in de praktijk wordt gebruikt. Dat gaat vaak goed, maar niet altijd. Mensen krijgen niet altijd precies de zorg die ze nodig hebben, of ze krijgen te veel of juist te weinig zorg.

Het Zorginstituut heeft daarom de afgelopen jaren veel aandacht geschonken aan de bevordering van het gepast gebruik van zorg. Dat is in het belang van de individuele patient en van de samenleving als geheel. Want als er sprake is van gepaste zorg, krijgt de patient precies de zorg die hij nodig heeft, en maken we tegelijkertijd optimaal gebruik van het geld dat we gezamenlijk bijdragen aan de zorg. Waardoor de kans groter is dat we ingrepen in het basispakket kunnen voorkomen.

Bij zorgverlener en patiënt ligt dus de morele verantwoordelijkheid om gepast gebruik te maken van de zorg in het basispakket. Zorgverzekeraars nemen op hun beurt de verantwoordelijkheid bij het behartigen van de belangen van hun verzekerden door kwalitatief goede, doelmatige en gepaste zorg in te kopen. Goed omgaan met de zorg is zo een verantwoordelijkheid van iedereen.

Keuzes

Duidelijk is ook dat er soms moeilijke keuzes moeten worden gemaakt over welke zorg wel, en welke niet in het pakket thuishoort. Zeker ook omdat de vraag naar zorg blijft stijgen, als gevolg van vergrijzing en vooruitgang in de medische mogelijkheden. Daardoor ontkomen we er niet aan om steeds goed te kijken of we ook in de gezondheidszorg waar voor ons geld krijgen. En ook vanuit de politiek klinkt de roep om de uitgaven aan zorg te beheersen steeds luider.

Dan speelt de kwestie van solidariteit: hoe ver gaan we in onze samenleving om elkaar te helpen? Bij schaarste, onder meer wanneer de vraag naar zorg harder stijgt dan de middelen ervoor, lopen we sneller tegen dit soort ethische kwesties aan. De vraag is dan eens te meer hoe de beschikbare middelen verdeeld moeten worden, wat dilemma's oproept. Welke zorg kan voor eigen rekening komen? Is het ethisch verantwoord om mensen met ongezond en risicovol gedrag meer premie te laten betalen? Waar liggen de grenzen van de vergoeding van heel dure geneesmiddelen als ze weinig soelaas bieden? Wat verstaan we onder kwaliteit van leven? Is het terecht als een patiënt dure zorg niet meer krijgt?

Deze vragen beantwoorden is niet eenvoudig. Zorginstituut Nederland zet deze kwesties op de agenda. Het probeert in het krachtenveld van maatschappelijke, ethische en geneeskundige kwesties zulke adviezen te geven dat goede zorg betaalbaar blijft voor iedereen.



Dit is een uitgave van
Zorginstituut Nederland

mei 2015