

Vergaderjaar 2010–2011

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 326**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 10 juni 2011

#### **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 2011 op 1 april 2011 aan mij aangeboden. Het CVZ heeft het Pakketadvies begin april ook rechtstreeks aan Uw Kamer aangeboden.

In deze brief geef ik mijn reactie op het Pakketadvies 2011. Het CVZ gaat in zijn Pakketadvies 2011 nog niet concreet in op vragen die voortkomen uit de afspraken in het Regeer- en Gedoogakkoord. Daarover komt het CVZ met vervolgadvisen. Het eerste advies over de invulling van de taakstelling Stringent Pakketbeheer 2012 heeft het CVZ op 30 mei 2011 uitgebracht. De voorstellen in dat advies die betrekking hebben op de langdurige behandeling met fysiotherapie en oefentherapie zijn – evenals de maatregelen waartoe het kabinet in de voorjaarsbesluitvorming heeft besloten – meegenomen bij het ontwerpbesluit houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering, dat ik in het kader van de wettelijk voorgeschreven voorhangprocedure (artikel 124 van de Zvw) aan beide Kamers der Staten-Generaal zal voorleggen. Dit voor te hangen ontwerpbesluit zal alle maatregelen bevatten die per 1 januari 2012 worden ingevoerd en waarvoor wijziging van het Besluit zorgverzekering noodzakelijk is.

Het CVZ benadrukt in zijn advies dat standpunten, net als uitstroomadviezen, een reëel beperkend effect kunnen hebben op de kosten van de verzekerde zorg. Het CVZ geeft aan de hand van een aantal in het Pakketadvies 2011 opgenomen standpunten aan dat een beperking van de kosten(-stijging) met bruto € 100 tot € 135 miljoen per jaar mogelijk zou moeten zijn. Wel merkt het CVZ op dat deze besparingen, overigens net

als bij uitstroom uit het pakket, alleen gerealiseerd kunnen worden bij een sluitende invoering en adequaat toezicht. Slechts indien de naleving van een standpunt van het CVZ goed gemonitord wordt en daarop goed toezicht wordt uitgeoefend, kan duidelijk worden in hoeverre de standpunten van het CVZ ook daadwerkelijk de genoemde besparingen of wel beperking van de kostenstijgingen opleveren. Thans wordt nagegaan hoe deze monitoring en dit toezicht het best kunnen worden vormgegeven. Ik verwacht dat monitoring en toezicht per 2012 op een passende wijze vorm kunnen krijgen, zodat met ingang van 2013 deze besparing zichtbaar wordt.

## **Pakketadvies 2011**

### *Algemeen*

Het Pakketadvies 2011 van het CVZ is een bundeling van nieuwe en al uitgebrachte adviezen en standpunten op het terrein van de Zvw en AWBZ. In mijn reactie ga ik niet in op de al geïmplementeerde adviezen en standpunten.

Met innemen van een standpunt bepaalt het CVZ of een zorgvorm voldoet aan de wettelijke criteria zoals «stand van wetenschap en praktijk» en «plegen te bieden». Omdat een standpunt niet leidt tot een aanpassing van regelgeving op grond van de Zvw of AWBZ is geen verdere besluitvorming nodig over de vraag of de desbetreffende zorgvorm wel of niet in het pakket zit. Bij adviezen ligt dit anders. Het CVZ kan gevraagd en ongevraagd adviseren over de aard, inhoud en omvang van het te verzekeren pakket. Het besluit om deze adviezen al dan niet te volgen, wordt genomen door het kabinet.

In het Pakketadvies 2011 heeft het CVZ geen voorstellen gedaan voor de instroom van behandelingen in het pakket of voor uitstroom uit het pakket. Ik heb het CVZ verzocht in zijn advies over de invulling van stringent pakketbeheer 2012, voorstellen te doen om bepaalde behandelingen uit het Zvw-pakket te verwijderen. Zoals hiervoor vermeld heeft het CVZ dat advies inmiddels op 30 mei j.l. uitgebracht. Daarnaast zal het CVZ eind dit jaar zijn uitvoeringstoets over stringent pakketbeheer na 2012 uitbrengen.

### *Gepast gebruik*

In aansluiting op het Pakketadvies 2010 benadrukt het CVZ het grote belang van gepast gebruik. Gepast gebruik betekent dat de verzekerde die zorg vergoed krijgt waarop hij, gelet op zijn indicatie, redelijkerwijs is aangewezen; er vindt dan geen onder- of overbehandeling plaats. Uitgangspunt hierbij is stepped care. Dit houdt in dat een bepaalde volgorde in de inzet van zorg wordt aangehouden. Een beperkte, eenvoudige behandeling wordt als eerste aangeboden en pas als deze niet (voldoende) effectief blijkt, wordt overgestapt op een meer ingrijpende behandeling.

Het CVZ geeft aan dat veel partijen betrokken zijn bij een gepaste uitvoering van de zorg. Omdat gepast gebruik van zorg alleen maar lukt als de betrokken partijen dat gezamenlijk doen, heeft het CVZ voor een gemeenschappelijke aanpak gekozen. Het CVZ trekt hierin op met een aantal belangrijke partijen in de zorg, bijvoorbeeld de NZa, DBC-Onderhoud, de Regieraad Kwaliteit van Zorg, de KNMG, de NPCF, ZonMW, ZN en mijn ministerie. Het is de bedoeling dat het CVZ met hen in de tweede helft van 2011 een gezamenlijk document presenteert met

concrete plannen voor gezamenlijk te ondernemen acties om gepast gebruik te bevorderen.

Evenals mijn ambtsvoorganger hecht ik aan het bevorderen van gepast gebruik. Met gepast gebruik kunnen zowel te weinig als te zware of overbodige behandelingen worden voorkomen. In die zin is gepast gebruik ook van belang voor de uitvoering van artikel 2.1, derde lid, van het Besluit zorgverzekering. Daarin is bepaald dat de verzekerde slechts recht heeft op een vorm van verzekerde zorg voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen. In dat licht is er ook een relatie tussen gepast gebruik en rechtmatige aanspraak op zorg.

Door gepast gebruik kan de kwaliteit van zorg en de doelmatigheid daarvan worden verbeterd. Ik ben me ervan bewust dat hiervoor de inzet van en draagvlak bij alle betrokken partijen noodzakelijk is. Ik waardeer de gezamenlijke aanpak die het CVZ heeft gekozen dan ook zeer. Ik kijk met grote belangstelling uit naar de uitkomsten waarover in de tweede helft van dit jaar zal worden gerapporteerd.

#### *Voorwaardelijke toelating tot het pakket*

Het kabinet acht het stringenter beheer van het verzekerde pakket van essentieel belang. Dit stringenter pakketbeheer heeft zowel betrekking op behandelmethoden die al tot het verzekerde pakket behoren maar waarvan de werkzaamheid en effectiviteit ter discussie zijn komen te staan, als op de toelating van nieuwe, innovatieve behandelmethoden. 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 hiervoor genoemde 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. Hiertoe is het CVZ bezig met een uitvoeringstoets stringenter pakketbeheer die eind dit jaar zal worden uitgebracht.

Voorwaardelijke toelating kan een goed instrument zijn om duidelijkheid te verkrijgen over het al dan niet effectief zijn van bestaande behandelmethoden, maar ook om te kunnen beslissen over de toelating van nieuwe behandelmethoden.

Het CVZ heeft in zijn rapport van 30 november 2009, het Pakketadvies 2010 en het Pakketadvies 2011 geadviseerd om jaarlijks vast te stellen of zorg in aanmerking komt voor voorwaardelijke toelating. Het gaat daarbij om zorg waarbij twijfel bestaat over de effectiviteit of waarvan de effectiviteit of kosteneffectiviteit niet of nog niet bewezen is. Deze zorg voldoet dan niet meer of nog niet aan het criterium «stand van de wetenschap en praktijk».

Voorwaardelijke toelating kan niet alleen ingezet worden voor nieuwe behandelmethoden die nog geen deel uitmaken van het pakket. Ook voor bestaande zorg maar waarover twijfel bestaat of is ontstaan, kan voorwaardelijke toelating worden gebruikt.

Voorwaardelijke toelating dient er toe de zorg ten laste van de zorgverzekering te laten komen gedurende een periode van maximaal vier jaar. In die periode moeten de noodzakelijke gegevens worden verzameld voor een beslissing over de vraag of de zorg definitief in het pakket wordt opgenomen dan wel eruit wordt verwijderd.

Voorwaardelijke toelating kan ook leiden tot een beslissing om een bepaalde behandelmethode in zijn geheel uit het verzekerde pakket te verwijderen, dan wel tot aanscherping in de aanspraken van de indicatievoorwaarden voor een behandelmethode. Bij volledige uitstroom uit het verzekerde pakket of aanscherping in de aanspraken van de indicatievoorwaarden hebben de zorgverzekeraars als taak er op toe te zien dat dit in de praktijk ook daadwerkelijk plaatsvindt. Dit past in het kabinetsbeleid dat zorgverzekeraars en NZa meer aandacht moeten besteden aan de toetsing op rechtmatigheid van de vergoeding voor verleende zorg. Over de inpassing van dit instrument in de AWBZ wordt in 2012 besloten.

Het CVZ heeft in zijn rapport van november 2009 verschillende opties genoemd, te weten voorwaardelijke toelating vanuit de basisverzekering, subsidie vanuit de Zvw/AWBZ of subsidie vanuit de Rijksbegroting. Het CVZ spreekt in dat rapport de voorkeur uit voor subsidie vanuit Zvw/AWBZ. Daarvoor is echter niet gekozen.

Subsidieregelingen op het terrein van zorg worden in de praktijk als belastend en complex in de uitvoering ervaren. Bovendien sluiten ze niet aan op de gebruikelijke wijze van financiering. Daarbij hebben subsidieregelingen veelal als (neven)effect dat ze vooral als verantwoordelijkheid van de overheid worden gezien, waardoor de verantwoordelijkheid van de veldpartijen zelf minder wordt.

Vernieuwing van zorg en uitvoering van het verzekerde pakket zijn niet alleen de verantwoordelijkheid van de minister en het CVZ. Naast de minister en het CVZ ligt hier ook een duidelijke verantwoordelijkheid bij het veld. De zorgaanbieders, zorgverzekeraars zijn samen met patiëntenorganisaties in staat, door het maken van gerichte afspraken, te bereiken dat de juiste gegevens beschikbaar komen zodat een oordeel over de effectiviteit van de zorg op een goede wijze kan worden gevormd. Met voorwaardelijke toelating worden veldpartijen ertoe aangezet om mee te werken aan het noodzakelijk onderzoek ten einde bewijs voor werkzaamheid en effectiviteit te verzamelen. Indien veldpartijen hun verantwoordelijkheid niet oppakken en niet in staat zijn om tot afspraken te komen voor het verkrijgen van voldoende gegevens om de werkzaamheid en effectiviteit van een bepaalde zorgvorm te kunnen beoordelen, kan er geen sprake van zijn dat die betreffende zorgvorm voor voorwaardelijke toelating tot het pakket in aanmerking komt. Dit moet de zorgaanbieders en zorgverzekeraars voldoende prikkel geven hun verantwoordelijkheid op dit punt te nemen.

Voorwaardelijke toelating wordt in 2012 gestart als een pilot voor dure geneesmiddelen en injectie- en denervatietechnieken bij chronische specifieke lage rugklachten. Continuering en bredere toepassing van voorwaardelijke toelating zal worden gezien in samenhang met de uitwerking van de in het Regeerakkoord opgenomen maatregel stringent pakketbeheer. Hierbij wordt ook de uitvoeringstoets betrokken die het CVZ eind dit jaar over stringent pakketbeheer zal uitbrengen.

Indien besloten wordt tot continuering en bredere toepassing van het instrument voorwaardelijke toelating zal het kabinet op basis van het Pakketadvies van het CVZ jaarlijks bezien of, en zo ja, voor welke interventies het komende verzekeringsjaar met voorwaardelijke toelating zal worden gestart. Het CVZ zal bij zijn voorstellen voor voorwaardelijke toelating per afzonderlijk voorstel een raming van het financieel beslag geven. Aan de hand daarvan kan bezien worden of een voorstel voor voorwaardelijke toelating in het Budgettair Kader Zorg is in te passen. Dit betekent dat er een hoofdbesluitmoment is waarbij tegelijkertijd de financiële ruimte wordt getoetst. Dit gebeurt jaarlijks bij de voorjaarsbesluitvorming over de financiële ruimte voor het komende jaar.

Het CVZ zal een belangrijke rol vervullen bij het onderzoeksvoorstel en het opzetten daarvan. Van belang is immers dat het uit te voeren onderzoek relevante gegevens oplevert, namelijk gegevens op basis waarvan het CVZ tot een beoordeling of een herbeoordeling kan komen en de minister daarover kan adviseren. De minister moet expliciet besluiten over de voorwaardelijke toelating en over de uiteindelijke uit- en instroom van zorg uit het pakket. Er is dus geen sprake van een open-eindregeling.

Wil een behandelmethode voor voorwaardelijke toelating in aanmerking komen, dan moet ten minste aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- de interventie is het experimentele stadium ontstegen;
- er bestaat duidelijkheid over de ontbrekende gegevens, bijvoorbeeld blijkend uit een systematische review;
- er is een conceptonderzoeksvoorstel op hoofdlijnen dat erop gericht is om binnen een termijn van maximaal vier jaar de vraag te kunnen beantwoorden of voldaan wordt aan het criterium «de stand van de wetenschap en praktijk»;
- er is een prestatiebeschrijving en tarief of er zal worden voorzien in een prestatiebeschrijving en tarief waarmee de voorwaardelijk toe te laten zorg kan worden afgerekend;
- andere mogelijkheden om de zorg waarvoor gegevens verzameld moeten worden, gefinancierd te krijgen zijn niet mogelijk gebleken;
- er moet ruimte zijn binnen het Budgettair kader zorg voor de voorwaardelijke toelating van de interventie.

In het Besluit zorgverzekering zal met ingang van 1 januari 2012 de mogelijkheid van voorwaardelijke toelating worden opgenomen. Daarmee wordt de bevoegdheid geregeld dat bij ministeriele regeling zorg of diensten kunnen worden aangewezen als voorwaardelijk toegelaten tot het pakket die niet voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. Anders dan het Besluit zorgverzekering kent het Besluit zorgaanspraken AWBZ het criterium «stand van de wetenschap en praktijk» nu niet. Bij de pakketbeoordeling door het CVZ wordt dit criterium in feite wel gehanteerd. Daarom zal dit criterium ook in het Besluit zorgaanspraken AWBZ worden opgenomen. Zoals hiervoor is aangegeven wordt de voorwaardelijke toelating in de AWBZ niet per 1 januari 2012 geïntroduceerd.

#### *Voorstellen voorwaardelijke toelating 2012*

In het Pakketadvies 2011 heeft het CVZ de volgende vier onderwerpen aangegeven om als pilot te dienen voor voorwaardelijke toelating per 2012:

- injectie- en denervatie technieken bij chronische aspecifieke lage rugklachten;
- renale denervatie bij therapieresistente hypertensie;
- bilateraal cochleair implantaat bij jonge kinderen met congenitale doofheid, en
- dure en weesgeneesmiddelen.

Bij injectie- en denervatie technieken bij chronische aspecifieke lage rugklachten gaat het om pijnbehandelingen die meestal worden uitgevoerd door een anesthesioloog. Het gaat hierbij om zorg die wordt toegepast maar waarvoor een degelijke onderbouwing wat betreft de effectiviteit ontbreekt. Het lijkt mogelijk om patiënten te identificeren die wel baat zullen hebben bij deze behandelingen, mits zorgvuldig geselecteerd en de behandeling is ingebed in een multidisciplinair traject. Het gaat hierbij om behandelingen die al worden toegepast maar die onvoldoende evidence-based zijn.

Renale denervatie bij therapieresistente hypertensie is een innovatieve behandeling die veelbelovend, eenmalig en mogelijk kosteneffectief is. Het gaat om een behandeling die potentieel vaak zal plaatsvinden. Het CVZ stelt deze behandeling voor om snel duidelijkheid over de effectiviteit te kunnen verkrijgen. Ook is volgens het CVZ een beheerste introductie aangewezen, aangezien er zeker een risico bestaat op niet-passend gebruik. Het probleem is dat er geen zorgproduct voor de behandeling bestaat en deze behandeling niet herkenbaar is in de DBC's en dus mogelijk onterecht gedeclareerd wordt.

Het bilateraal cochleair implantaat betreft de plaatsing van een tweede cochleair implantaat bij jonge kinderen met bilaterale congenitale doofheid. Er zijn aanwijzingen dat een tweede cochleair implantaat het richtinghoren verbetert, maar daarvoor ontbreekt voldoende en degelijke onderbouwing. Om die reden behoort het thans niet tot de verzekerde Zvw-zorg.

Bij behandeling met dure geneesmiddelen gaat het om geneeskundige behandelingen als bedoeld in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekering. In dat geval betreft het geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten plegen te bieden. Op dit moment vindt extra bekostiging plaats op basis van een beleidsregel van de NZa. Het CVZ beoordeelt of behandeling met dit middel voor aanvullende bekostiging in aanmerking komt. Voorwaarde hierbij is dat er onderzoek plaatsvindt naar kosteneffectiviteit. De beleidsregel van de NZa vervalt per 2012.

Voorwaardelijke toelating zal worden ingezet teneinde te bewerkstelligen dat de gewenste kosteneffectiviteitsgegevens gegenereerd worden. In een aantal gevallen is bij deze behandeling al sprake van reeds voldoen aan de stand van wetenschap en praktijk. De behandeling zit dan automatisch in het pakket. Is dat het geval en is onderzoek naar kosteneffectiviteit gewenst om te beoordelen of definitieve handhaving in het pakket aangewezen is, dan zal gebruik gemaakt worden van de bevoegdheid in artikel 2.4, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering om vormen van geneeskundige zorg uit te sluiten. De desbetreffende zorg zal dan worden uitgesloten voor zover er geen sprake is van behandeling volgens de voorwaarden van het onderzoek. Overigens kan het instrument voorwaardelijke toelating ook ingezet worden voor andere medisch-specialistische zorg dan behandeling met (dure) geneesmiddelen. Het kan zich bijvoorbeeld voordoen dat er een duidelijke connectie bestaat tussen behandeling met een duur geneesmiddel of weesgeneesmiddel en bepaalde diagnostiek, waardoor het in de rede ligt om zowel de behandeling met het geneesmiddel en de desbetreffende diagnostiek onder de voorwaardelijke toelating te brengen.

Over de voorwaardelijke toelating van geneesmiddelen heb ik uw Kamer geïnformeerd bij brief van 19 mei 2011.

Ik neem het voorstel van het CVZ over om de injectie- en denervatietechnieken bij chronische aspecifieke lage rugklachten en dure en weesgeneesmiddelen per 2012 voorwaardelijk toe te laten. Het gaat bij deze twee onderdelen om behandelingen en geneesmiddelen die al ten laste van de Zvw worden uitgevoerd resp. vergoed – de laatste via het ziekenhuisbudget en de beleidsregel dure geneesmiddelen. Voorwaardelijke toelating van deze zorgvormen legt daarom geen additioneel beslag op de beschikbare financiële ruimte en kan dus zonder meerkosten plaatsvinden.

Die meerkosten zouden wel optreden bij voorwaardelijke toelating van de renale denervatie en bij het bilateraal cochleair implantaat. Gelet op de budgettaire krapte in de zorg kan ik voor deze twee voorstellen met



ingang van 2012 geen financiële dekking vinden. Zoals hiervoor vermeld doet zich bij de renale denervatie bovendien nog het probleem voor dat er geen zorgproduct voor de behandeling bestaat en deze behandeling niet herkenbaar is in de DBC's en dus mogelijk onterecht gedeclareerd wordt.

### *Preventie en gecombineerde leefstijlinterventie*

De laatste jaren is er oog voor dat een niet onbelangrijk deel van de uitgaven aan preventieve middelen cholesterolverlagers, bloeddrukverlagers en maagzuurremmers het gevolg zijn van een ongezonde leefstijl. In veel richtlijnen en standaarden voor medische professionals is daarom aandacht gekomen voor advisering en begeleiding naar een gezondere leefstijl.

Het CVZ heeft in 2007 geduid welke preventieve zorg in principe ten laste van de Zvw komt. Samengevat is dat het geval als er sprake is van een persoonlijke indicatie van een hoog gezondheidsrisico en als de interventie om het risico te verlagen voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Voor preventieve zorg die aan deze criteria voldoet heeft het CVZ de term «geïndiceerde preventie» geïntroduceerd. Om dit begrip geïndiceerde preventie concreet te maken heeft het CVZ een aantal speerpunten benoemd, waaronder de risicofactoren tabaksverslaving en de combi van te weinig beweging en ongezonde voeding.

De conclusie van het CVZ bij deze speerpunten is dat het signaleren van de gezondheidsrisico's in de spreekkamer aan de hand van indicatiecriteria en het vervolgens adviseren en begeleiden van betrokkenen om de risico's te verkleinen, preventieve zorg is zoals huisartsen, eerstelijnspsychologen, verloskundigen etc. die plegen te bieden en dat deze inspanningen tot de verzekerde prestaties van de Zvw behoren.

Dit betekent dat, naast de genoemde medicinale middelen, al de nodige preventie maatregelen tot het Zvw-pakket behoren..

In het licht van de voorgaande duiding heeft het CVZ in augustus 2010 geadviseerd de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) integraal in de regelgeving op te nemen als extra ondersteunende maatregel bij de laatstgenoemde risicofactor. Het CVZ heeft in het Pakketadvies 2011 gewezen op het onderzoek naar het saldo van de kosten en opbrengsten van de GLI op korte en middellange termijn. Daaruit blijkt dat bij opname in het pakket van de GLI de eerste vier jaren sprake zou zijn van afnemende kosten (van € 51 miljoen in jaar 1, aflopend naar € 9 miljoen in jaar 4), en dat eerst na vier jaren sprake is van een batig saldo. In het tiende jaar na eventuele opname in het pakket zou er sprake zijn van een positief saldo van kosten en opbrengsten binnen de zorg, te weten circa € 50 mln.

Gelet op de aanzienlijke kosten die de eerste vier jaren gemoeid zijn met opname van de GLI in het Zvw-pakket, is er binnen het BKZ geen ruimte om de GLI als verzekerde aanspraak op te nemen.

Bij mijn afweging speelt ook een rol dat ik van mening ben dat het in de eerste plaats de eigen verantwoordelijkheid van het individu is om gezond met zijn lichaam om te gaan. Hij heeft daar immers ook als eerste profijt van in de vorm van een aanmerkelijk grotere kans op een betere gezondheid en op een hogere kwaliteit van leven. Naar mijn oordeel moet de overheid deze primaire individuele verantwoordelijkheid niet van het individu overnemen door de GLI in het Zvw-pakket op te nemen. Doordat, zoals het CVZ heeft gesignaleerd, al de nodige preventie maatregelen als onderdeel van de reguliere zorg deel uitmaken van het Zvw-pakket, zijn naar mijn mening voldoende preventie-onderdelen opgenomen in het basispakket van de Zvw.

Ik zal het voorstel van het CVZ om de GLI als aanspraak in het Zvw-pakket op te nemen, niet overnemen.

### *Visie op langdurige zorg*

In het Pakketadvies 2011 heeft het CVZ de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg uitgeschreven. Daarbij heeft het CVZ zich toegespitst op de kernvraag namelijk wat noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte is.

Op 1 juni jl. heeft de staatssecretaris de Programmabrief Hervorming Langdurige Zorg aan uw Kamer gezonden. In die brief wordt uitgebreid ingegaan op de overwegingen die het kabinet daarbij heeft betrokken. Gelet daarop achten de staatssecretaris en ik het niet opportuun om in het kader van deze reactie op het Pakketadvies 2011 op de door het CVZ genoemde elementen in te gaan.

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