

Vergaderjaar 2015–2016

**33 654**

## **Kostenbeheersing in de zorg**

**Nr. 18**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 oktober 2015

Patiënten hebben recht op goede, toegankelijk en betaalbare zorg. Nieuwe dure medicijnen en behandelmethoden zetten de collectieve betaalbaarheid van de zorg echter stevig onder druk en doen een steeds groter beroep op de solidariteit in het verzekeringsstelsel.

Tegen deze achtergrond wordt in toenemende mate gepleit voor het bestrijden van verspilling in de zorg, minder praktijkvariatie en meer gepast gebruik, en maatschappelijk verantwoorde prijzen van geneesmiddelen en behandelmethoden. Daartoe is het ook van belang om meer inzicht te krijgen in de effectiviteit van bepaalde zorg, de kosten ervan en de verhouding tussen beide.<sup>1</sup>

De discussie over deze kosten-effectiviteit wordt vaak verengd tot de vraag hoeveel een gewonnen levensjaar of sterker nog: een mensenleven mag kosten.

Dit is mij te beperkt. Ik voel me niet thuis bij een dergelijke benadering, laat staan bij een absolute norm voor kosteneffectiviteit als basis voor een besluit of een behandeling of een nieuw duur geneesmiddel al dan niet tot het basispakket van de Zorgverzekeringswet behoort; mijn streven is om nieuwe geneesmiddelen en innovatieve behandelingen beschikbaar te maken voor de patiënt tegen een maatschappelijk aanvaardbare prijs en binnen houdbare zorguitgaven, ook op de lange termijn.

Dat is ook niet de benadering die Zorginstituut Nederland («het Zorginstituut») kiest in zijn rapport «Kosteneffectiviteit in de praktijk», dat ik uw Kamer op 1 juli jl. heb toegestuurd (Kamerstuk 33 654, nr.15). Het

<sup>1</sup> De kosten-effectiviteit van een medische behandeling geeft aan wat de kosten en effecten van de ene behandeling zijn ten opzichte van de kosten en effecten van een alternatieve behandeling. Bij nieuwe dure geneesmiddelen of andere dure innovaties is er niet altijd een goede alternatieve behandeling om hetzelfde behandelresultaat te behalen. De kosten-effectiviteit wordt dan vastgesteld ten opzichte van de huidige standaardtherapie.

Zorginstituut wijst op de problemen om goed inzicht te krijgen in de kosteneffectiviteit, hanteert een breder palet aan referentiewaarden in plaats van één afkappunt en stelt uitdrukkelijk dat kosteneffectiviteit een relatief criterium is dat afgewogen moet worden tegen andere criteria in een deliberaat proces (bijvoorbeeld omdat sprake is van een zeldzame aandoening of een weesgeneesmiddel, of omdat een bepaalde aandoening risico's voor de volksgezondheid met zich brengt).

De centrale boodschap van het rapport aan de zorg en ook breder de samenleving is «hard op principe, zacht in proces»: het is belangrijk dat er meer aandacht komt voor kosteneffectiviteit als onderdeel van informatie voor een transparant en zorgvuldig besluitvormingsproces.

Wat mij betreft is het inderdaad gewenst om meer inzicht te krijgen in kosteneffectiviteit, met name bij zorg waarvoor alternatieve behandelingen bestaan. Niet om op basis daarvan automatisch beslissingen te nemen over het pakket, maar vanwege de signalerende functie van een dergelijk inzicht voor de verschillende verantwoordelijke partijen.

Inzicht in de kosten van bepaalde zorg, de effectiviteit en/of de relatie daartussen kan een signaal zijn voor partijen, een aanmoediging, om deze te verbeteren. Dit kan bijvoorbeeld door een lagere prijs overeen te komen, door prijsafspraken te relateren aan de uitkomst van de behandeling, de zorg alleen te vergoeden bij die aandoeningen waarbij de behandeling aantoonbaar het meest effectief is of meer te richten op gepast gebruik.

Het verkrijgen van meer inzicht in de kosteneffectiviteit van zorg is onder meer een verantwoordelijkheid van de zorgsector. Zorgaanbieders kunnen in hun richtlijnen inzicht geven in de kosten en effecten van daarin genoemde zorg, en dit gebeurt ook steeds vaker. Voorbeelden zijn het Koploperproject van de Federatie van Medisch Specialisten en richtlijnontwikkeling door het Netwerk GGz. Bij de ontwikkeling van zorgstandaarden zijn ook de zorgverzekeraars betrokken. Zij kunnen in dit kader aandacht vragen voor het onderbouwen van de effectiviteit van behandelingen, en voor het verzamelen van gegevens over de kosten en effecten van de zorg.

De overheid stimuleert het doen van doelmatigheidsonderzoek en kosteneffectiviteitsbeoordelingen al geruime tijd. Sinds 1999 financiert de overheid via het ZonMw-programma DoelmatigheidsOnderzoek structureel wetenschappelijk onderzoek dat diagnostische procedures en medische behandelingen evalueert op effecten en kosten. De kennis uit dit programma draagt bij aan de onderbouwing van professionele richtlijnen, risicogericht pakketbeheer en overheidsbeleid gericht op gepast gebruik van zorg. Ik heb ruim 37 miljoen euro<sup>2</sup> beschikbaar gesteld voor het programma DoelmatigheidsOnderzoek voor de periode 2016 tot en met 2018. Daarnaast is het bij het pakketbeheer van de extramurale geneesmiddelen sinds 2005 verplicht om kosteneffectiviteitsgegevens van innovatieve geneesmiddelen aan te leveren bij het Zorginstituut. De uitkomsten van dit kosteneffectiviteitsonderzoek hebben in bepaalde gevallen geleid tot het treffen van extra waarborgen voor gepast gebruik en prijsonderhandelingen.

De komende maanden zal het Zorginstituut nader uitwerken hoe het specifiek bij pakketbeheer met kosteneffectiviteit wil omgaan. Zoals

<sup>2</sup> Hieronder valt ook de € 1 miljoen per jaar die ik extra heb geïnvesteerd in doelmatigheidsonderzoek naar aanleiding van het amendement Rutte (op de begroting van VWS voor het jaar 2015, Kamerstuk 34 000 XVI, nr. 39).

hierboven aangegeven geeft het Zorginstituut in zijn rapport al aan dat er verschillende redenen kunnen zijn om een relatief hoge prijs of hogere totaalkosten voor misschien weinig gezondheidswinst toch te accepteren, bijvoorbeeld omdat sprake is van een zeldzame aandoening of een weesgeneesmiddel, of omdat een bepaalde aandoening risico's voor de volksgezondheid met zich brengt. Samen met veldpartijen zal het Zorginstituut een afwegingenkader uitwerken waarin de verschillende criteria in onderlinge afweging tot hun recht kunnen komen. Ik zie dit afwegingenkader met belangstelling tegemoet.

Op dit moment vinden er verschillende ontwikkelingen plaats op het gebied van pakketbeheer. Zo kom ik later dit jaar met een visie op het geneesmiddelenbeleid en heb ik besloten een «sluis» in te stellen voor bepaalde dure intramurale geneesmiddelen. Mede gelet op die ontwikkelingen heeft het onderzoeken van de mogelijkheden voor het wettelijk verankeren van kosteneffectiviteit, waar het Zorginstituut in zijn advies ook een voorstel voor doet, meer tijd nodig. Ik zal de Kamer hier in het eerste kwartaal van 2016 nader over informeren.

In de motie Voortman (Kamerstuk 29 689, nr.400) word ik opgeroepen om te onderzoeken wat de mogelijkheden zijn van het gebruik van kosteneffectiviteit door gebruik van een systeem als de NICE guidelines. Het Zorginstituut heeft hieraan op mijn verzoek aandacht besteed in zijn rapporten over kosteneffectiviteit die eind 2013 en in juni 2015 zijn verschenen. Het Zorginstituut is niet onverdeeld positief over de werkwijze van NICE. De werkwijze van NICE, die in zijn beoordelingsproces afkapwaarden voor kosteneffectiviteit hanteert waarboven een interventie in beginsel niet wordt vergoed, is de afgelopen jaren onder vuur komen te liggen en NICE maakt nu de overstap naar een beoordelingsproces waarbij men ook andere argumenten gaat meewegen. Wel ziet het Zorginstituut met name de gedegenheid en transparantie van het proces en de systematische betrokkenheid van stakeholders bij de besluitvorming door NICE als voorbeeld. Met het genoemde afwegingenkader wil het Zorginstituut de gedegenheid en transparantie van zijn eigen besluitvormingsproces bevorderen. Met de beantwoording van de vraag uit de motie Voortman door het Zorginstituut beschouw ik de onderhavige motie als afgedaan.

Het rapport van het Zorginstituut levert een positieve bijdrage aan het maatschappelijk debat over kosteneffectiviteit in de zorg. Zelf heb ik al diverse keren maatschappelijk debat over gerelateerde onderwerpen geëntameerd of gefaciliteerd, bijvoorbeeld door middel van de «aanpak verspilling in de zorg» via een nationaal meldpunt. Ook de publicatie «De zorg verandert, verandert u mee» over innovaties in de zorg heeft hieraan bijgedragen. Daarnaast heb ik met het boekje «De zorg: hoeveel extra is het ons waard?» het maatschappelijke debat over de betaalbaarheid van de zorg willen stimuleren. Ten slotte juich ik het debat over het recente rapport van de Commissie Kaljouw («Naar nieuwe zorg»), met meer aandacht voor het voorkomen van dure zorg en het beter op maat snijden van de zorg, toe. Ik hoop dat dit alles bijdraagt aan het aanboren van de maatschappelijke creativiteit voor een naar ik hoop gedeeld doel: meer en betere zorg per euro premie, zodat de zorg én beter wordt én ook betaalbaar blijft.

De motie van het lid Krol (Kamerstuk 29 477, nr. 340) die mij oproept tot het organiseren van maatschappelijk debat over de grenzen aan en de betaalbaarheid van onze zorg sluit aan bij de genoemde activiteiten. Ik zal de discussie terzake blijven voeren en wijs ook in dit kader op de

activiteiten van beroepsgroepen en patiëntenbewegingen in de zorg die dit thema periodiek voeden met hun opinies en projecten. Ook zal het Zorginstituut deze materie verder uitwerken.

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