

Vergaderjaar 2017–2018

**29 689**

## **Herziening Zorgstelsel**

**Nr. 914 HERDRUK<sup>1</sup>**

### **BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 19 juni 2018

In 2015 en 2016 heeft mijn ambtsvoorganger uw Kamer geïnformeerd<sup>2</sup> over de rol van zorgverzekeraars bij het duiden van het verzekerde pakket van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Aanleiding voor deze brieven was een meningsverschil dat destijds was ontstaan over de toenmalige werkwijze van verzekeraars ten aanzien van het gezamenlijk duiden van het verzekerde pakket.

Met het oog op snelle instroom van nieuwe vormen van zorg in het basispakket is het van belang dat het pakket niet te rigide door de overheid wordt vastgesteld. We hebben in Nederland daarom een basispakket met open instroom van zorg tot het pakket, met als wettelijk uitgangspunt dat zorgverzekeraars in eerste instantie zelf op grond van de wettelijke kaders de concrete inhoud van het verzekerde pakket vaststellen. Om de uniformiteit van het basispakket te waarborgen mogen zorgverzekeraars over het duiden van zorg ook gezamenlijk overleg voeren. Daarnaast is het Zorginstituut belast met het pakketbeheer, wat inhoudt dat deze de Minister gevraagd en ongevraagd adviseert over behandelingen indien daar aanleiding toe is.

De zorgverzekeraars hebben destijds ingestemd met een praktische werkwijze ten aanzien van het gezamenlijk duiden, zoals ook is toegelicht in de eerdere brieven hierover aan uw Kamer. Tevens hebben zij destijds aangegeven dat de werkwijze waarbij ze bij het duiden gezamenlijk op kunnen trekken zullen evalueren. Kamerlid Van den Berg heeft in het Algemeen Overleg Zorgverzekeringswet, Mondzorg, Pakketbeheer en Medische Zorg op 1 februari 2018 gevraagd om deze evaluatie aan uw Kamer toe te zenden (Kamerstuk 29 689, nr. 890). Bijgaand doe ik u de evaluatie toekomen van zorgverzekeraars, waarin zij hun gezamenlijke

<sup>1</sup> I.v.m. toevoegen van een voetnoot

<sup>2</sup> Kamerstuk 29 689 en 29 477, nr. 660 en Kamerstuk 29 689, nr. 781.

werkwijze om het basispakket te duiden hebben geëvalueerd<sup>3</sup>. Tevens geef ik in deze brief mijn reactie op de evaluatie van de zorgverzekeraars.

Samengevat zijn de hoofdpunten in deze brief:

- Zorgverzekeraars geven aan, mede op basis van de uitkomsten van de evaluatie, de huidige werkwijze ten aanzien van het gezamenlijk duiden voort te zetten. Wel geven zij aan het duiden van het pakket ten principale een taak van de overheid te vinden.
- Ik ben verheugd over de inzet van zorgverzekeraars om deze werkwijze voort te zetten. Daarnaast heb ik in het Hoofdpijnenakkoord Medisch Specialistische Zorg afspraken met partijen gemaakt met als doel om de medische sector in staat te stellen op grotere schaal zorg te blijven evalueren. Doel hiervan is dat er steeds meer inzicht komt te bestaan in de (kosten)effectiviteit van zorg in het basispakket.

#### *Kernpunten evaluatie*

De belangrijkste boodschap is dat de zorgverzekeraars concluderen dat zij de afgelopen jaren geen problemen hebben ondervonden bij het gezamenlijk duiden van het verzekerd pakket. Uit de evaluatie blijkt dat de zorgadviestrajecten zorgvuldig en in goede afstemming hebben plaatsgevonden. Wel blijven zorgverzekeraars van mening dat de duiding van het gehele pakket verzekerde zorg ten principale een verantwoordelijkheid is van de overheid. Zij geven aan dat zij vooralsnog de huidige werkwijze ten aanzien van het gezamenlijk duiden zullen voortzetten.

In de evaluatie wordt een aantal leerpunten en aanbevelingen naar voren gebracht. De zorgverzekeraars constateren met name dat door het systeem van open instroom van zorg in het basispakket, er volgens hen een beperkt zicht is op de mate waarin behandelingen (kosten)effectief zijn. Zij geven hierbij aan dat de beroepsgroep primair aan zet is als het gaat om het aantonen of zorg voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Het advies aan beroepsgroepen is om actiever vast te stellen of zorg voldoet aan de pakketeisen. Tevens doen zij de oproep aan de overheid om meer inzicht op te doen in nieuwe en bestaande zorg waarover twijfels zijn.

#### *Reactie*

Graag spreek ik mijn waardering uit voor de wijze waarop de verzekeraars het gezamenlijk duiden van het verzekerde pakket de afgelopen jaren hebben opgepakt.

Met deze zorgadviestrajecten wordt actief invulling gegeven aan het uitgangspunt van de Zorgverzekeringswet dat de zorgverzekeraars in eerste instantie zelf, op grond van wettelijke kaders, de inhoud en omvang van het verzekerde pakket vaststellen. Omdat zorgverzekeraars onderling niet mogen concurreren op inhoud en omvang van het basispakket, kan de uniformiteit van het basispakket vergen dat zorgverzekeraars onderling en indien nodig met zorgverleners en patiëntenorganisaties de *stand van de wetenschap en praktijk* uitleggen. Vanwege het belang van een uniform basispakket voor alle verzekerden, heeft de ACM aangegeven dat gezamenlijk overleg van zorgverzekeraars over de stand van wetenschap en praktijk niet in strijd is met de mededingingsregels. Uiteraard blijft de werkwijze dat indien verzekeraars onderling niet tot een standpunt komen, het Zorginstituut de uiteindelijke partij is die duidelijkheid verschaft omtrent specifieke duidingsvraagstukken. Mijn opstelling ten opzichte van

---

<sup>3</sup> Raadpleegbaar via [www.tweedekamer.nl](http://www.tweedekamer.nl)

deze uitgangspunten en de praktische werkwijze die hieruit voortvloeit is niet anders dan die van mijn ambtsvoorganger.<sup>4</sup>

Hoewel zorgverzekeraars aangeven dat meer grip op het basispakket gewenst is, onderstreep ik hierbij het belang van een open basispakket. Een open basispakket maakt het mogelijk dat – zonder tussenkomst van de overheid – nieuwe vormen van zorg snel tot het basispakket kunnen toetreden.

Tegelijk deel ik met de verzekeraars de bevinding dat het wenselijk is dat er meer zicht komt op de effectiviteit en kosteneffectiviteit van verzekerde zorg. Het is de verantwoordelijkheid van de zorgprofessional om goed aan te tonen dat zowel nieuwe als bestaande behandelingen aantoonbare meerwaarde hebben en zo doelmatig mogelijk worden ingezet. Om het inzicht op de (kosten)effectiviteit en doelmatigheid van zorg in het verzekerde pakket te vergroten zijn er diverse trajecten in gang gezet.

Zo heb ik recent in het Hoofdlijnenakkoord MSZ met partijen afspraken gemaakt over het belang van het continu blijven onderzoeken van nieuwe en bestaande zorg. Het Zorginstituut werkt hiertoe komende maanden een nieuwe aanpak uit met de partijen uit het Hoofdlijnenakkoord, met als doel om door zorgevaluatie meer zicht te krijgen op welke behandeling wel of niet werkt. Tevens is de recent aangekondigde subsidieregeling Veelbelovende Zorg Sneller bij de Patiënt<sup>5</sup> erop gericht om zorgprofessionals en commerciële partijen te faciliteren bij het goed onderzoeken van de pakketwaardigheid van zorginnovaties. Ten slotte werkt het Zorginstituut met de medische sector sinds 2013 aan de doorlichting van het verzekerde pakket, in het Programma Zinnige Zorg. De kern van dit programma is het identificeren en het tegengaan van niet-effectieve en/of onnodige zorg, zodat de kwaliteit van de zorg voor de patiënt verbetert, de gezondheidswinst toeneemt en onnodige kosten worden vermeden.

Met al deze trajecten worden zorgprofessionals, beroepsgroepen en zorgverzekeraars steeds meer in staat gesteld om vast te stellen of zorg wel of niet voldoet aan de eisen van het verzekerde pakket.

Ten slotte stellen zorgverzekeraars in hun brief voor om met mij en het Zorginstituut in gesprek te gaan over de evaluatie en eventuele vervolgstappen. Uiteraard ben ik bereid om hierover in gesprek te gaan, tegen de context van bovengenoemde activiteiten en met inachtneming van de uitgangspunten in de Zorgverzekeringswet ten aanzien van collectieve duiding van het verzekerd pakket.

Mijn verwachting is dat met zowel de inzet van verzekeraars ten aanzien van het collectief duiden (met ondersteuning van het Zorginstituut) en de inspanningen van medische professionals om zorg actiever te evalueren de effectiviteit en doelmatigheid van de zorg in het verzekerde pakket in toenemende mate zal verbeteren.

De Minister voor Medische Zorg,  
B.J. Bruins

---

<sup>4</sup> Kamerstuk 29 689 en 29 477, nr. 660 en Kamerstuk 29 689, nr. 781.

<sup>5</sup> Kamerstukken 29 689 en 32 620, nr. 905.