

*Rapport*

## **Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering**

Op 5 maart 2012 uitgebracht aan Minister van VWS

*Publicatienummer*

***Uitgave***

College voor zorgverzekeringen  
Postbus 320  
1110 AH Diemen  
Fax (020) 797 85 00  
E-mail [info@cvz.nl](mailto:info@cvz.nl)  
Internet [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

***Volgnummer***

2011070799

***Afdeling***

ZORG-OO

***Auteur***

Drs. C.H.F. Gimbrère

***Doorkiesnummer***

Tel. (020) 797 85 70

***Bestellingen***

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website ([www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer (020) 797 88 88.



## **Inhoud:**

1. Inleiding .....	4
2. Ziektelast en pakketbeheer .....	7
3. Maatschappelijke context .....	12
4. Ziektelast in de praktijk .....	17
5. Identificeren van aandoeningen met lage ziektelast .....	23
6. Pakketmaatregelen .....	29
7. Uitvoeringsconsequenties .....	30
8. Alternatieve besparingsmogelijkheden .....	34
9. Mening van geconsulteerde partijen .....	36
10. Advies van de ACP .....	42
11. Conclusies en aanbevelingen .....	43

## **Bijlagen:**

1. Verzoek Minister van VWS aan CVZ
2. Brief Minister van VWS aan Tweede Kamer
3. Notitie dr. E.A. Stolk (BMG/iMTA) over concept ziektelast
4. Bestuurlijke reacties geconsulteerde partijen

## **Totstandkoming rapport:**

Bij het CVZ is voor deze uitvoeringstoets de volgende projectgroep ingesteld:

Mr. B. Blekkenhorst  
Mr. J.M. van Diggelen  
Drs. J.J. Enzing  
Drs. C.H.F. Gimbrère  
Drs. L.A. van der Heiden  
Dr. R.D. Kooistra  
Mr. M.E. Kroes  
Dr. G. Ligtenberg  
M.K. Schutte, apotheker  
E.C.M. Visser

Bijdragen zijn geleverd door:

Drs. Y. Boff Tonella (De Argumentenfabriek)  
Dr. M. de Vries (De Argumentenfabriek)  
Dr. M.J. Poleij (BMG/iMTA)  
Drs. C. de Sonnevile-Koedoot (BMG/iMTA)  
Dr. E.A. Stolk (BMG/iMTA)  
Drs. L. van de Wetering (BMG/iMTA)

Het conceptrapport is op 20 januari 2012 besproken in de Adviescommissie Pakket van het CVZ.



## Samenvatting

<b><i>Aanleiding</i></b>	De stijgende kosten voor de zorg maken het noodzakelijk om maatregelen te treffen om de financiële houdbaarheid van het stelsel te waarborgen. In het Regeerakkoord is daarom de afspraak gemaakt om de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast uit het basispakket te halen.
<b><i>Medicalisering</i></b>	Door de toenemende medicalisering wordt dat wat vroeger hoogstens als ongemak of kwaaltje werd gezien, nu als ziekte benoemd en ervaren. Met andere woorden: de behoefte aan geneeskundige zorg wordt steeds groter. Wanneer een keus moet worden gemaakt om het basispakket in te perken, ligt het voor de hand dit te doen door eerst behandelingen voor de minst ernstige aandoeningen uit te sluiten.
<b><i>Uitvoeringstoets</i></b>	Om goed zicht te hebben op de gevolgen van de lage-ziektelastbenadering heeft de Minister het CVZ gevraagd om aan te geven op welke wijze deze pakketmaatregel kan worden uitgevoerd, aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan en met welke effecten rekening moet worden gehouden.
<b><i>Gefaseerde adviezen</i></b>	Vanwege het complexe en weerbarstige karakter van het vraagstuk zal het CVZ de vragen van de Minister gefaseerd beantwoorden. In het eerste, nu voorliggende rapport gaat het om onderzoek naar de bruikbaarheid van het ziektelastcriterium voor het nemen van pakketmaatregelen. In fase 2 zal het CVZ inventariseren welke concrete maatregelen mogelijk zijn.
<b><i>Ziektelast goed criterium</i></b>	De lage-ziektelastbenadering is een plausibel onderdeel van verantwoord pakketbeheer. Het is een eerlijk en ethisch verantwoord criterium om te kunnen bepalen of de ernst van de ziekte of aandoening een beroep op collectieve financiering rechtvaardigt.
<b><i>Aanpak problematisch</i></b>	In de praktische uitwerking van de lage-ziektelastbenadering doen zich echter verschillende problemen voor. Deze zijn van methodologische aard (er is geen onomstreden methodiek voor het meten van ziektelast en er zijn onvoldoende gegevens over de ziektelast van specifieke aandoeningen), van zorginhoudelijke aard (onder meer door de heterogeniteit van ziektebeelden), van uitvoeringstechnische aard (het bekostigingssysteem kan voor verkeerde prikkels zorgen) en van wetstechnische aard (de Zorgverzekeringswet is niet gericht op aandoening, maar op interventie).
<b><i>Besparing niet haalbaar zonder schadelijke effecten</i></b>	Het CVZ acht een besparing van 1,3 miljard euro via de lage-ziektelastbenadering niet haalbaar binnen de principes van pakketbeheer (noodzakelijke zorg moet verzekerd zijn) en uitgaand van de oorspronkelijke formulering in het regeerakkoord ("Aandoeningen...die

eerder als *ongemak* dan als ziekte worden gekenschetst, worden uit het pakket gehaald...”).

Met andere woorden: indien de lage-ziektelastbenadering zodanig wordt toegepast, dat daarmee de bezuinigingsdoelstelling wordt gehaald, zal de consequentie zijn dat ook behandeling van ziekten met een relatief hoge ziektelast niet meer wordt vergoed, met gezondheidsschade als waarschijnlijk gevolg.

***Behoedzame  
aanpak***

Hoewel het lage-ziektelastcriterium slechts beperkt toepasbaar is om specifieke zorgvormen uit te sluiten van vergoeding, kan het criterium wel worden toegepast om aan te geven voor welke *indicaties* de zorg niet zou moeten worden verzekerd.

Als vervolg op het voorliggende rapport stelt het CVZ voor om op kwalitatieve gronden een selectie te maken van aandoeningen die maatschappelijk als “ongemak” worden beschouwd en vervolgens te onderzoeken welke interventies, gericht op het wegnemen of verminderen van ongemakken, op dit moment tot het verzekerde pakket behoren. In de appraisalfase zal dan getoetst worden of, en zo ja onder welke voorwaarden, deze interventies kunnen worden uitgesloten van vergoeding uit de basisverzekering. Het aspect of de kosten van een interventie goed te dragen zijn voor het individu zal hierbij ook worden meegewogen.

***Alternatieve  
besparings-  
mogelijkheden***

Het CVZ onderkent de noodzaak van beheersing van de collectieve zorguitgaven, om ook in de toekomst een houdbaar pakket te kunnen waarborgen.

Daarom verkennen wij in het rapport, zoals in de brief van de minister verzocht, een aantal alternatieve besparingsmogelijkheden.

Het stimuleren van gepast gebruik van zorg is het beste alternatief. Het voorkomt overbodige en onnodige kosten door overbehandeling en levert daarnaast kwaliteitswinst op.

In het pakketadvies 2012 gaat het CVZ nader in op het onderwerp gepast gebruik.

Vanaf 2013 zal het Nederlands Zorginstituut een belangrijke taak krijgen bij het stimuleren van gepast gebruik.

***Tijdspad***

Het CVZ streeft er naar om de hierboven genoemde voorstellen (zowel de toepassing van de lage-ziektelastbenadering als de uitwerking van alternatieven) in de loop van 2012 op te stellen, zodat zij onderdeel kunnen vormen van het Pakketadvies 2013, dat begin april 2013 wordt uitgebracht. De kostenbesparingen kunnen dan in 2014 gerealiseerd worden.

## 1. Inleiding

### ***Aanleiding***

De minister van VWS heeft het CVZ bij brief van 7 maart 2011 (bijlage 1) gevraagd om een uitvoeringstoets over de lage-ziektelastbenadering. Het is de bedoeling van het kabinet om de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast uit het basispakket te halen. Vanaf 2015 moet deze maatregel leiden tot een structurele besparing van 1,3 miljard euro. Om goed zicht te hebben op de gevolgen van deze maatregel stelt de minister een aantal vragen aan het CVZ.

### ***Achtergrond***

In de brief van 26 januari 2011, met als motto “Zorg die werkt”, geeft de Minister een overzicht van de beleidsdoelstellingen voor de komende jaren. “De toenemende zorgvraag, het dreigende personeelstekort en de snel stijgende kosten maken het noodzakelijk om de zorg verder te verbeteren, veiliger en doelmatiger te maken. Wat betreft de financiële houdbaarheid van het stelsel is van belang de afspraak die in het Regeerakkoord is gemaakt over het uit het basispakket halen van aandoeningen met een lage ziektelast (kortweg: lage-ziektelastbenadering). Het kan dan gaan om verzekerde prestaties op het vlak van geneeskundige zorg, geneesmiddelen en GGZ-zorg. Vanaf 2015 moet deze maatregel leiden tot een structurele besparing van 1,3 miljard euro, waarbij rekening is gehouden met weglek, vervolgschade en substitutie”.

Ter toelichting op het bedrag: de beoogde netto besparing is 1,0 miljard euro. Bij de verwerking van het regeerakkoord is vastgesteld dat het op deze manier beperken van het verzekerd pakket langs drie wegen leidt tot besparingsverliezen, waardoor de beoogde besparing niet gehaald wordt. Samen leiden deze drie effecten naar verwachting tot € 0,3 miljard lagere macro-opbrengsten via het eigen risico.

Ten eerste maken patiënten minder gebruik van zorg die ten laste komt van de wettelijke verzekering. Een aantal patiënten zal daardoor het eigen risico niet langer volledig volmaken, waardoor de macro-opbrengsten van het eigen risico zullen dalen.

Ten tweede mag aangenomen worden dat de maatregel verschillend uitwerkt over bevolkingsgroepen. Het gemiddelde eigen risico van relatief gezonde verzekerden zal hierdoor dalen. Het eigen risico van chronisch zieken blijft (afgezien van het hierna te beschrijven effect) gelijk, omdat zij het eigen risico volmaken met andere behandelingen. Het verschil in eigen risico tussen chronisch zieke en relatief gezonde verzekerden neemt dus toe. Dat leidt tot een besparingsverlies via een verhoging van de Compensatie Eigen Risico (CER), de gedeeltelijke tegemoetkoming voor mensen met meerjarig voorspelbare hoge zorgkosten.

Ten derde zal het eigen risico relatief dalen als gevolg van lagere zorgkosten. Het maximale eigen risico (in

2011 € 170) is geïndexeerd met de ontwikkeling van de Zvw-uitgaven. De groei van die Zvw-uitgaven komt door de beoogde pakketbeperking via de lage-ziektelastbenadering in 2015 duidelijk lager uit. Samen leiden deze drie effecten naar verwachting tot € 0,3 miljard lagere macro-opbrengsten via het eigen risico (zie de brief hierover van de Minister aan de Tweede Kamer, bijlage 2).

### ***Vraagstelling***

Om goed zicht te hebben op de gevolgen van de lage-ziektelastbenadering heeft de Minister het CVZ gevraagd om aan te geven op welke wijze deze pakketmaatregel kan worden uitgevoerd, aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan en met welke effecten rekening moet worden gehouden.

Concreet stelt de Minister de volgende vragen:

- Geef aan welke aandoeningen met lage ziektelast gepaard gaan.
- Doe een voorstel voor te nemen pakketmaatregelen op basis van de lage-ziektelastbenadering die een bezuiniging van ten minste 1,3 miljard euro opleveren voor geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg en geneesmiddelen. Dit voorstel dient een dusdanige omvang te hebben dat keuzes gemaakt kunnen worden t.a.v. de te realiseren besparing. Hierbij kan, naast de drie genoemde terreinen, ook additioneel gekeken worden naar andere onderdelen van het basispakket.
- Wat zijn de noodzakelijke randvoorwaarden voor toepassing van de lage-ziektelastbenadering, rekening houdend met specifieke omstandigheden van respectievelijk geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg en geneesmiddelen?
- Is effectieve monitoring mogelijk?
- Op welke wijze dient het toezicht invulling te krijgen?
- In hoeverre is (technische) aanpassing van de Zvw-systematiek of de bekostigingssystematiek en daarop gebaseerde regelgeving noodzakelijk?
- Met welke (technische) uitvoeringsaspecten (bijvoorbeeld de ondeelbaarheid van DBC's) moet rekening worden gehouden om de pakketmaatregelen uit te voeren?
- Wat zijn de consequenties indien de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast niet langer deel uitmaakt van het basispakket?
- Wat betekent de maatregel voor de uitvoerbaarheid en voor de samenhang in het pakket?
- Is het mogelijk om vervolgschade (ook in aanpalende sectoren), weglek en upcoding in beeld te brengen?
- Hoe kan substitutie van zorg worden voorkomen?

### ***Fasering uitvoeringstoets***

Het CVZ pakt de uitvoeringstoets gefaseerd aan. In het eerste, nu voorliggende rapport gaat het om een verkenning van het begrip ziektelast, de relatie met de principes van pakketbeheer en de wetenschappelijke onderbouwing. Ook plaatst het CVZ de lage-



ziektelastbenadering in maatschappelijke context. In dit rapport geeft het CVZ een risico-analyse van het nemen van pakketmaatregelen op basis van de lage-ziektelastbenadering en beschrijft de problemen die zich in de uitvoeringspraktijk kunnen voordoen. In vervolgrapporten zal het CVZ voorstellen doen voor concrete pakketmaatregelen (uitstroomadviezen) en daarbij aangeven welke kostenbesparing hiermee kan worden bereikt.

## 2. Ziektelast en pakketbeheer

### *Principes van pakketbeheer*

Goed pakketbeheer moet resulteren in een verantwoord pakket. Dit houdt in een basispakket waarin alleen zorg is opgenomen die medisch noodzakelijk en effectief is, en waarvan duidelijk is dat zij niet voor eigen rekening van de burger kan komen.

Het huidige basispakket voldoet, deels vanuit de historie en deels door politieke besluitvorming, niet volledig aan deze omschrijving.

Ook hoort bij pakketbeheer dat de uit collectieve middelen gefinancierde zorg betaalbaar moet blijven.

Het CVZ wil bijdragen aan kostenbesparing door nog kritischer te kijken naar de samenstelling van het basispakket.

De criteria noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid zijn leidend voor de rol van CVZ als pakketbeheerder. De toepassing van deze criteria in het pakketbeheer is politiek gelegitimeerd. Ziektelast geeft een uitwerking aan het criterium noodzakelijkheid.

### *Kostenbeheersing*

De uitgaven in de zorg worden door een aantal variabelen beïnvloed, zoals het te verzekeren pakket, de prijs en het volume van de verzekerde zorg en centrale uitvoeringskosten. De minister heeft een aantal mogelijkheden om maatregelen te treffen om kosten te beheersen. Hiertoe zijn de volgende acht clusters van instrumenten voorhanden:

- Met beheer van het verzekerde pakket kan het volume van de verzekerde zorg beheerst worden;
- Kostenbeheersing kan ook bereikt worden door gepast gebruik van zorg: de patiënt krijgt precies die zorg waarop hij op grond van de Zvw en/of AWBZ is aangewezen, niet meer en niet minder;
- De prijs van de verzekerde zorg kan beheerst worden met zorgfinancieringsinstrumenten. Voorbeelden hiervan zijn de vaststelling van de maximale uurtarieven voor medisch specialisten en de maximale prijzen van geneesmiddelen;
- Beheersing van de zorgkosten kan bereikt worden door middel van de verzekeraarsfinanciering: door de risicoverevening verder te ontwikkelen en de correcties achteraf af te bouwen ontstaat er meer concurrentie op prijs;
- Met behulp van de stelsel financiering kan de collectieve financiering beheerst worden, bijvoorbeeld door een verandering van de financieringsverdeling tussen burgers en werkgevers of een aanpassing van het verplicht eigen risico;
- De overheid kan door middel van capaciteitsbeleid, met instrumenten als de numerus fixus regeling of de Wet bijzondere medische verrichtingen zorgkosten beheersen;
- Er zijn ook nog zorggerelateerde inkomensregelingen die van invloed zijn op het Budgettair Kader Zorg (BKZ);

- Beheersing van de zorgkosten kan ook bereikt worden door middel van wijzigingen in de organisatie van de publieke uitvoering van de zorg.

**Ziektelast als noodzakelijkheids criterium**

Het criterium noodzakelijkheid is in 1991 geïntroduceerd door de commissie Dunning. De commissie Dunning stelde expliciet dat voor pakketbeslissingen in de zorg de 'gemeenschapsgerichte benadering' voorop staat. Dit reflecteert de visie dat het doel van zorg niet is om alle afwijkingen van perfecte gezondheid op te lossen, maar om ieder gelijke kansen te geven om het leven zoveel mogelijk naar eigen goeddunken in te vullen. Noodzakelijkheid werd daarmee gedefinieerd als zorg die noodzakelijk is om deelname aan de samenleving mogelijk te maken. Prioriteit moet men dan geven aan behandeling van mensen van wie het functioneren het meest ernstig bedreigd is.

Sinds het jaar 1991 is er veel voortgang geboekt op het gebied van de operationalisatie van het principe noodzakelijkheid. Vanaf het rapport van de Ziekenfondsraad 'Toetsing Geneesmiddelenpakket' (1995) wordt het criterium ingekleed door de concepten 'ziektelast' en 'noodzakelijk te verzekeren zorg'. Noodzakelijkheid in de brede context van het woord heeft betrekking op het vraagstuk of de ziekte of benodigde zorg een claim op de solidariteit rechtvaardigt, gegeven de culturele context. De dimensie ziekte last heeft specifiek betrekking op de vraag: rechtvaardigt de ernst van de ziekte een beroep op collectieve financiering? Ziektelast is dus *een* manier om *een deel van* noodzakelijkheid te operationaliseren (Stolk: Concept uitwerking van het pakketprincipe noodzakelijkheid, 2010).

**Individuele versus maatschappelijke ziekte last**

Het idee achter het meenemen van de ziekte last dimensie is dat het rechtvaardig is om mensen voor wie behandeling 'noodzakelijker' is op een bepaalde manier 'voorrang' of 'prioriteit' te geven. Dit betekent dat ziekte last in deze context verwijst naar de *individuele* ziekte last. Prevalentie (het aantal gevallen in de bevolking) speelt hierbij geen rol. Het concept ziekte last zoals gebruikt binnen het pakketbeheer in Nederland onderscheidt zich hiermee van het begrip *maatschappelijke* ziekte last, zoals dat bijvoorbeeld wordt gebruikt door het RIVM en de WHO. Maatschappelijke ziekte last is een maat voor de hoeveelheid gezondheid die een populatie verliest door morbiditeit en mortaliteit als gevolg van specifieke indicaties. Bij maatschappelijke ziekte last speelt dus naast de last die een ziekte voor een individu veroorzaakt ook prevalentie een rol.

Een aandoening die op zichzelf niet ernstig is (en dus een lage individuele ziekte last kent) maar een hoge prevalentie heeft kan dus een hoge maatschappelijke

ziektelast opleveren. Het volgende voorbeeld kan dit verduidelijken. Varices (spataderen) geeft door zijn hoge prevalentie een hoge maatschappelijke ziektelast, maar kent geen hoge individuele ziektelast. Bij zogeheten weesziekten is het net andersom. Deze ziekten kennen op individueel niveau een hoge ziektelast, maar op maatschappelijk niveau is er, vanwege de lage prevalentie, sprake van een lage ziektelast. Voor het beoordelen van de noodzaak om een behandeling daadwerkelijk te verzekeren is het meten van de individuele ziektelast van belang, omdat ons solidariteitsgevoel niet wordt ingegeven door een hoge maatschappelijke ziektelast, maar door individuele ziektelast.

**Ziektelast:  
definitie en  
berekening**

Er bestaan verschillende definities van ziektelast, elk met specifieke voor- en nadelen. Het CVZ heeft in 2001 ziektelast gedefinieerd als *de relatieve hoeveelheid gezondheid die een persoon verliest gedurende zijn normaal verwachte levensduur als gevolg van een bepaalde aandoening wanneer hiervoor geen behandeling zou plaatsvinden*. Ziektelast is binnen deze definitie dus een relatieve maat; ziektelast meet welke *proportie* van de resterende gezondheid verloren dreigt te gaan. In andere woorden: naarmate er relatief meer gezondheid verloren gaat wanneer een bepaalde aandoening niet wordt behandeld is de ziektelast van die aandoening hoger.

Het is ook mogelijk om ziektelast in een absolute maat uit te drukken, namelijk in het absolute verlies aan gezonde levensjaren, uitgedrukt in zogeheten QALY's.

QALY staat voor 'Quality-Adjusted Life Years' (voor kwaliteit van leven gecorrigeerde levensjaren). Eén QALY staat gelijk aan 1 levensjaar in perfecte gezondheid. QALY's worden berekend door de tijd die iemand in een bepaalde gezondheidstoestand doorbrengt te vermenigvuldigen met een gewicht, ofwel een utiliteit, voor de betreffende gezondheidstoestand. Een utiliteit geeft kort gezegd de waardering voor een gezondheidstoestand weer. Utiliteiten kunnen worden verkregen met behulp van gevalideerde kwaliteit van leven onderzoeks-instrumenten of met behulp van methoden als 'standard gamble' of 'time trade off'. Een utiliteit ligt doorgaans tussen de waarde 0,0 (zeer slechte gezondheidstoestand of dood) en de waarde 1,0 (zeer goede gezondheidstoestand). Verschillende gezondheidstoestanden krijgen dus verschillende gewichten toegekend voor de kwaliteit van leven, waardoor het mogelijk wordt om gezondheidstoestanden in ernst te vergelijken.

**Weten-  
schappelijke  
onderbouwing**

Het uitgangspunt om een rechtvaardigheidsprincipe zoals ziektelast mee te laten wegen in de besluitvorming over vergoeding lijkt zowel in de wetenschappelijke literatuur als in nationale beleidsvorming steeds meer voeten aan de grond te krijgen. Het is echter nog geen

uitgemaakte zaak hoe dit rechtvaardigheidsprincipe nader moet worden ingekleed. Ziekte­last geeft een specifieke invulling aan noodzakelijkheid maar dit is niet de enig mogelijke invulling. Veel besproken alternatieven zijn 'fair innings' en 'prospective health'. De 'fair innings'-benadering streeft naar het gelijktrekken van de totale gezondheid van verschillende individuen, terwijl 'prospective health' prioriteit geeft aan de personen met de minst gunstige gezondheidsverwachting (ongeacht de ervaren gezondheid in het verleden). Het zal duidelijk zijn dat de verdeling­principes tot verschillende besluiten kunnen leiden. Zowel voor 'fair innings' als voor 'prospective health' blijkt een theoretisch grondslag en enige empirische maatschappelijke ondersteuning te bestaan. De empirische ondersteuning blijkt echter zeer contextgevoelig te zijn. Tot op heden is er daarom weinig bewijs dat het ene concept de maatschappelijke voorkeuren beter zou reflecteren dan het andere. We zouden voorzichtig kunnen stellen dat mensen voor beide principes wel iets lijken te voelen. Zo kan het zijn dat men jongeren prioriteit zou geven ten opzichte van ouderen wanneer voor beiden de gezondheidsverwachting hetzelfde is (ondersteuning voor de 'fair innings'-benadering), terwijl men gelijktijdig bij een gelijke leeftijd voorrang zou geven aan de mensen met de slechtste gezondheidsverwachting (ondersteuning voor de 'prospective health'-benadering).

Hoewel een ziekte­lastmeting niet altijd een perfecte weergave van de maatschappelijke voorkeuren geeft, levert het wel nuttige informatie op. Wanneer er discrepanties ontstaan tussen ziekte­last en de maatschappelijke preferenties, moeten er aanvullende normatieve keuzes worden gemaakt. Door ziekte­last hierbij als uitgangspunt te nemen worden deze voorheen impliciete keuzes inzichtelijk en komt er duidelijk in beeld wat voor keuzes er precies moeten worden gemaakt. Bovendien wordt daarmee inzichtelijk waar het ziekte­lastconcept afwijkt van de maatschappelijke preferenties. Deze kennis kan worden gebruikt voor een betere toepassing van ziekte­last in een volgende situatie. Op deze manier ontstaat er een incrementeel proces waarbij we steeds beter in staat zullen zijn om in te schatten hoe ziekte­last maatschappelijk relevant is en hoe we het ziekte­lastconcept het beste verder kunnen ontwikkelen.

***De rol (en beperkingen) van ziekte­last in het pakketbeheer***

Ziekte­last heeft als operationalisatie van het pakketcriterium noodzakelijkheid een structurele inbedding in het beleid omtrent pakketbeslissingen. Dit is in het verleden echter niet altijd consistent toegepast. Doordat ziekte­last een meetbare invulling geeft aan noodzakelijkheid, wordt noodzakelijkheid meer objectiveerbaar. Het criterium wint daardoor aan kracht. Het is hierdoor mogelijk om een afweging te maken

tussen de verschillende criteria van de trechter van Dunning in plaats van een ja/nee-toetsing per criterium. Ziektebelasting ligt zodoende in het verlengde van het noodzakelijkheids criterium zoals geïntroduceerd door de commissie Dunning.

Zoals ook voor ieder ander rechtvaardigheidsprincipe geldt, zal het criterium ziektebelasting niet noodzakelijkerwijs het betreffende rechtvaardigheidsprincipe (noodzakelijkheid) volledig dekken. Het is goed mogelijk dat er in specifieke situaties discrepanties ontstaan tussen ziektebelasting en de rechtvaardigheidsvoorwaarden van de maatschappij. Vanwege de meetbare invulling die ziektebelasting aan noodzakelijkheid geeft, biedt het echter wel een objectief startpunt voor de discussie rondom noodzakelijkheid en draagt zodoende bij aan de transparantie van pakketbeslissingen. Het is cruciaal om voor elke situatie goed te begrijpen wat de ziektebelastingmaat betekent en dat er duidelijk inzicht is in alle afzonderlijke meetelementen die gezamenlijk de ziektebelastingmaat vormen. Daarnaast zal er tijdens de appraisal-fase expliciet moeten worden gemaakt op welke gronden men precies tot een conclusie komt over de wenselijkheid van vergoeding. Daarbij geldt echter altijd dat er voldoende ruimte moet worden overgelaten voor mogelijke aanvullende noodzakelijkheidsargumenten die niet worden 'gedekt' door het kwantitatief gedefinieerde ziektebelastingconcept.

### ***Lage ziektebelasting***

Dit rapport richt zich op de toepassing van het ziektebelastingcriterium voor identificatie van aandoeningen met een lage ziektebelasting. Wanneer ziektebelasting geldt als een criterium voor pakketvergoedingen, dan is het goed voor te stellen dat er een ondergrens is waarbij er geen maatschappelijk draagvlak meer is voor een collectieve financiering van behandeling. Bij deze aandoeningen met een lage ziektebelasting kan men zich afvragen of er sprake is van een ziekte of van een 'ongemak' en of het daarom de verantwoordelijkheid is van de gemeenschap om behandeling van deze aandoening te vergoeden. Het gaat hierbij op het eerste gezicht om milde, niet-levensbedreigende, stabiele aandoeningen. Er zijn ook andere mogelijkheden om ziektebelasting in te zetten in het beleid omtrent pakketbeslissingen. Zo is het bijvoorbeeld denkbaar ziektebelasting in samenhang met het criterium kosteneffectiviteit toe te passen; men kan aan aandoeningen met een hoge ziektebelasting een relatief soepele doelmatigheidseis verbinden. Door het toekennen van gewichten op basis van ziektebelasting zullen aandoeningen met een grote ziektebelasting eerder in aanmerking komen voor vergoeding en aandoeningen met een lage ziektebelasting minder snel, ongeacht het feit dat ze misschien een gunstige kosten-effectiviteitsratio hebben. Dit rapport richt zich echter uitsluitend op de identificatie van aandoeningen met een lage ziektebelasting, en niet op mogelijke andere toepassingen van het ziektebelastingcriterium.

### 3. Maatschappelijke context

#### ***Stringent pakketbeheer***

De toegenomen mogelijkheden om ziekten te behandelen en de toenemende behoefte aan zorg leiden onvermijdelijk tot een toename van de kosten van gezondheidszorg. Om de kwaliteit van de zorg te kunnen handhaven, worden mogelijkheden gezocht om de uitgaven voor zorg te beperken. In het Regeerakkoord zijn twee maatregelen aangekondigd waarover aan CVZ is gevraagd een uitvoeringstoets uit te brengen: de lage-ziektelastbenadering en stringent pakketbeheer. Bij de lage-ziektelastbenadering gaat het in essentie om de vraag of behandeling van niet ernstige aandoeningen kan worden uitgesloten van vergoeding. Bij stringent pakketbeheer is de vraag of bij een strikter toepassen van de pakketcriteria bepaalde zorg van vergoeding kan worden uitgesloten. Bij de lage-ziektelastbenadering wordt dus de ernst van de aandoening als uitgangspunt genomen en bij stringent pakketbeheer is de vraag vooral of de zorg voldoet aan de daaraan te stellen eisen om voor vergoeding in aanmerking te komen. Via beide invalshoeken is het mogelijk om het pakket aan verzekerde zorg in te perken. Het begrip stringent pakketbeheer hanteren wij daarom als overkoepelend begrip.

#### ***Aandoening als basis voor pakketbeheer***

De vraag of de aandoening waarvoor de zorg een oplossing moet bieden, wel in aanmerking komt voor verzekering, wordt niet expliciet gesteld. Dit is begrijpelijk wanneer we naar de Zorgverzekeringswet kijken. In de Zvw wordt namelijk aangegeven dat “de behoefte aan geneeskundige, farmaceutische, etc zorg” uitgangspunt is voor de verzekering. Het begrip “de behoefte aan geneeskundige, etc zorg” is niet nader geformuleerd in de toelichting op de Zvw<sup>1</sup>. Via de weg van de indicatie wordt zorg gekoppeld aan de aandoening. Men mag op grond van onder andere de aanspraken zoals die zijn geformuleerd in het Besluit Zorgverzekeringswet wel afleiden dat er aan de behoefte aan zorg een schade ten grondslag dient te liggen. Zo kan men bijvoorbeeld uit de aanspraken op plastisch-chirurgische zorg opmaken dat de behoefte aan geneeskundige zorg alleen gecompenseerd wordt als er sprake is van een functiestoornis of verminking. Ook uit de formulering dat iemand redelijkerwijs op de zorg moet zijn aangewezen<sup>2</sup> kan men afleiden dat aan de behoefte aan zorg een ziekte of ander lichamenlijk gebrek ten grondslag moet liggen. Om de aandoening als uitgangspunt voor pakketbeheer te kiezen, is op grond

---

<sup>1</sup> Het begrip “de behoefte aan geneeskundige zorg” loopt in dit verband niet parallel aan het begrip “geneeskundige zorg” als genoemd in artikel 10 Zvw: Het krachtens de zorgverzekeringswet te verzekeren risico is de behoefte aan: a. geneeskundige zorg, waaronder de integrale eerstelijnszorg zoals die door huisartsen en verloskundigen pleegt te geschieden; b. mondzorg;.....etc. In artikel 10 betreft het een van de middelen, die onder de verzekering vallen.

<sup>2</sup> Art. 2.1, lid 3 van het Besluit Zorgverzekeringswet luidt: Onverminderd hetgeen is bepaald in de [artikelen 2.4 tot en met 2.15](#) heeft de verzekerde op een vorm van zorg of een dienst slechts recht voor zover hij daarop naar inhoud en omvang redelijkerwijs is aangewezen.

van deze redenering voor de hand liggend. Dit is ook in overeenstemming met het uitgangspunt van elke verzekering: om in aanmerking te komen voor vergoeding, moet er sprake zijn van schade.

***Wanneer is er sprake van een aandoening?***

De Wereldgezondheidsorganisatie (WHO 1948) heeft in 1948 een omvattende definitie gegeven van gezondheid: "Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijk gebreken." Onder welzijn wordt een bepaalde mate van materiële en immateriële tevredenheid begrepen. Om in de toestand van volledig welzijn te komen, zijn alle activiteiten van belang die daaraan kunnen bijdragen. Elke actie die erop is gericht om de kloof te overbruggen tussen de toestand van welzijn waarin iemand zich op een bepaald moment bevindt en de toestand van volledig welzijn, kan worden gezien als een actie die de gezondheid bevordert. Zorg voor de gezondheid omvat dus de zorg voor een gezond leefmilieu, veilig en voldoende voedsel en gunstige sociale omstandigheden. Alle culturele, sociale en economische activiteiten die bijdragen aan gezondheid zijn te beschouwen als zorg voor gezondheid. Vanuit het oogpunt van compensatie van schade is de WHO-definitie onwerkbaar. Ieder mens die niet in een staat van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn verkeert, heeft dan immers schade. Sinds enige tijd worden overigens initiatieven genomen om deze brede definitie van gezondheid in te perken<sup>3</sup>.

In de WHO-definitie wordt door de zinsnede "niet slechts de afwezigheid van ziektes of andere lichamelijke gebreken" wel duidelijk dat deze afwezigheid een noodzakelijke voorwaarde is voor gezondheid. Het voorkomen en behandelen van ziektes en lichamelijke gebreken hoort dan ook tot het domein van de gezondheidszorg. Het begrip gezondheidszorg is daarmee een beperkter begrip dan de zorg voor gezondheid.

Gezondheidszorg kan zich richten op de bevolking of bevolkingsgroepen. We spreken dan van volksgezondheid. Hier richten wij ons op gezondheidszorg waar een individuele zorgvraag aan ten grondslag ligt. Dit is de gezondheidszorg in engere zin. Gezondheidszorg in engere zin veronderstelt een (toekomstige) aandoening die medisch wordt behandeld. Het medische karakter betreft de diagnose, behandeling en preventie van ziektes, verwondingen en andere fysieke of geestelijke aandoeningen. Wanneer we het hebben over "de behoefte aan

---

<sup>3</sup> In de British Medical Journal is een artikel gewijd aan de discussie over een nieuwe definitie van gezondheid. Dit artikel is mede gebaseerd op de uitkomsten van een door de Gezondheidsraad en ZonMw georganiseerde internationale bijeenkomst eind 2009. Het voorstel is om gezondheid te definiëren als "the ability to adapt and self manage" in het licht van sociale, lichamelijke en emotionele uitdagingen. *BMJ* 2011; 343:d4817 (Published 27 July 2011)



geneeskundige, etc zorg”, dan vatten we dit hier op als de behoefte in het kader van de gezondheidszorg. Met andere woorden: het domein van de behoefte aan geneeskundige zorg wordt beperkt tot zorg gericht op het voorkomen of behandelen (inclusief verpleging) van lichamelijke of geestelijke aandoeningen van het individu.

***Moeten alle aandoeningen verzekerd worden?***

Het woord medicalisering verwijst naar de neiging om bepaalde zaken in ons dagelijks leven in medische termen te gieten. Je zou bijvoorbeeld kunnen zeggen dat ons eten gemedicaliseerd raakt (“Bevat dit eten niet te veel cholesterol?”). Medicaliseren is bijvoorbeeld ook van normale levensprocessen, zoals veroudering en seksualiteit, medische problemen maken. In Van Dale wordt medicalisering als volgt gedefinieerd: “Overmatige bemoeienis van de geneeskunde met het menselijk leven”. De gezondheidseconoom Alain Enthoven (bekend van “managed competition”<sup>4</sup>) stelt dat toenemende medicalisering op den duur contraproductief zal zijn en meer gaat kosten dan opleveren.

In de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV) 2010 wordt gerapporteerd dat het aantal mensen in Nederland dat zegt wel “iets” te hebben, toeneemt. “Eén van de oorzaken zou kunnen liggen bij de veranderende eisen die de samenleving stelt. Enerzijds is dit een logische en redelijke ontwikkeling. Beschaving gaat niet alleen gepaard met hogere eisen, maar het is ook een vorm van beschaving als de samenleving aan die eisen tegemoetkomt. Anderzijds is er ook een tendens dat mensen minder makkelijk ongemak en tegenslag accepteren, en daarvoor ook professionele hulp inroepen. Gezondheidsklachten kunnen zo als het ware gaan functioneren als een breekijzer om gehoord te worden.”<sup>5</sup> De VTV noemt ook het fenomeen dat variaties in gedrag en gezondheid steeds minder getolereerd lijken te worden. De auteurs schrijven dat dit deels komt omdat preventie en behandeling in onze maatschappij steeds vaker gezien worden als oplossing: “Er is immers ‘objectief’ gezien helemaal geen noodzaak dat mensen roken, drinken en te dik te zijn.”<sup>6</sup> Ook zien ze dat gezondheid steeds verder wordt opgerekt in de richting van wellness en vitaliteit. Dit oprekken van zowel ziekte als gezondheid leidt ertoe dat steeds meer gedragingen, ervaringen en verlangens in de categorie van gezondheid en ziekte worden ondergebracht. Dan is het niet vreemd dat zowel in de eigen ervaring als in de medische sector het aantal zieken toeneemt. De enkele jaren geleden overleden Gentse filosoof/ethicus Hugo

---

<sup>4</sup> The Netherlands has become the first nation to inaugurate a system of universal health insurance based on regulated competition in the private sector. Their program draws extensively on a plan first proposed in 1978 by Stanford Graduate School of Business Professor Alain Enthoven, who coined the term “managed competition.” ([http://www.gsb.stanford.edu/news/headlines/enthoven\\_dutch\\_healthcare.shtml](http://www.gsb.stanford.edu/news/headlines/enthoven_dutch_healthcare.shtml))

<sup>5</sup> VTV 2010, Van gezond naar beter, pag. 29 (RIVM)

<sup>6</sup> VTV 2010, Van gezond naar beter, pag. 29

Van den Enden zegt hierover: "Dat we zoveel onder de term gezondheid zijn beginnen vatten, is de weerspiegeling van een luxemaatschappij waarin voldoende welvaart is op economisch vlak en voldoende zekerheid op sociaal vlak om allerlei waarden over onze lichamelijke en ons psychosociaal evenwicht en functioneren naar voren te gaan schuiven en te gaan 'opeisen'. Die eisen rond gezondheid zijn zodanig dat we er enkel naar kunnen streven en in een opwaartse spiraal altijd meer gaan willen."<sup>7</sup>

De VTV noemt ook het commerciële belang van hulpverleners en de farmaceutische industrie dat medicalisering in de hand werkt: "Vanwege commerciële belangen bij een zo groot mogelijke afzetmarkt proberen zij alledaagse klachten te medicaliseren. Dit fenomeen van medicalisering wordt in het Engels aangeduid als 'disease mongering', een verwijzing naar het ongepast oprekken van de grenzen van 'behandelbare aandoeningen'.

De Consumentenbond noemt dit 'symptoomreclame' en heeft de strijd aangeboden tegen reclamespotjes voor schimmelnagels, 'restless legs' en een overactieve blaas, die een onnodige medicalisering van dagelijkse ongemakken in de hand werken."<sup>8</sup> Ook patiënten – en hun vertegenwoordigers – kunnen belang hebben bij het definiëren van een aandoening als ziekte. Daar kunnen namelijk financiële en psychologische voordelen aan verbonden zijn.<sup>9</sup>

Volgens de VTV draagt ook de kenniseconomie een steentje bij: er worden steeds andere en hogere eisen gesteld aan het functioneren van mensen, waardoor bepaalde bevolkingsgroepen steeds meer moeite hebben om aan al die eisen te voldoen. "Dit zien we vooral terug op het terrein van de psychische aandoeningen. Kinderen die vroeger als druk werden getypeerd, maar prima een ambacht konden uitoefenen, hebben nu ADHD en lopen het risico om in de Wajong te belanden. Ook een leerstoornis als dyslexie wordt steeds meer als een ziekte benaderd."<sup>10</sup> In de woorden van Van den Enden: "Het is dus net deze vernieuwde bepaling van gezondheid die ons van de weeromstuit 'ziek maakt'. Zij maakt ziek omdat het zoveel omvat dat nagestreefd moet worden. We leggen de lat zo hoog dat we gefrustreerd raken telkens (als) we iets voelen – lichamenlijk, psychisch of sociaal – dat in strijd is met ons streven naar welbevinden ... We creëren dus een toestand waarin steeds meer mensen, niettegenstaande

---

<sup>7</sup> Van Den Enden, Hugo. "Het Ziekte en Gezondheidsbegrip in de Hedendaagse Maatschappij". *Mores*, mei 2004, p. 108.

<sup>8</sup> VTV 2010, Van gezond naar beter, pag. 29

<sup>9</sup> Leibovici L, Lièvre M. Medicalisation: peering from inside a department of medicine. *BMJ*. 2002;324:866.

<sup>10</sup> VTV 2010, Van gezond naar beter, pag. 29

<sup>11</sup> Van Den Enden, Hugo. "Het Ziekte en Gezondheidsbegrip in de Hedendaagse Maatschappij". *Mores*, mei 2004, p. 108.

de vooruitgang van de geneeskunde en van de gemiddelde fysico-medische gezondheid van de bevolking, toch steeds 'zieker' zijn."<sup>11</sup>

Medicalisering is dus een proces dat er onder andere toe leidt dat wat vroeger hoogstens als ongemak of kwaaltje werd gezien, nu als ziekte wordt benoemd en ervaren. Met andere woorden: de "opwaartse spiraal" zorgt ervoor dat de behoefte aan geneeskundige zorg steeds groter wordt. Wanneer een keus moet worden gemaakt om het basispakket in te perken, ligt het voor de hand dit te doen door eerst behandelingen voor de minst ernstige aandoeningen uit te sluiten.

## 4. Ziekte­last in de praktijk

### *Het bepalen van ziekte­last in de praktijk*

Zoals geldt voor elke meting, kan de meting van ziekte­last in de praktijk niet los worden gezien van de beschikbaarheid van informatie. De mogelijkheden van de ziekte­lastberekening zullen dus per geval verschillen. De operationalisatie zal dan tot stand komen door een terugkoppelingsproces tussen de in eerste aanleg gewenste operationalisatie en wat daarover te vinden is aan informatie. Overigens is het in dit verband goed om te beseffen dat het in sommige gevallen relatief eenvoudig is om intuïtief aan te voelen hoe hoog of laag de ziekte­last voor een individu is. Het is immers gemakkelijk om een idee te genereren over welk deel van de resterende gezondheid verloren gaat. Niettemin zal men doorgaans niet alleen op deze intuïties willen vertrouwen, maar deze willen onderbouwen met onderzoek. De benadering kan dan zowel ‘diep’ als ‘breed’ zijn. Het resultaat van de ziekte­lastbepaling kan zodoende variëren van een precieze berekening (voor één of enkele aandoeningen) tot een globale inschatting (voor een grote hoeveelheid verschillende aandoeningen).

Omdat bij het meten van effectiviteit en ziekte­last gebruik wordt gemaakt van dezelfde uitkomstmaten, zal vaak de nodige informatie voor de berekening van ziekte­last beschikbaar zijn. Een ziekte­lastbepaling is meestal niet expliciet opgenomen in publicaties, maar kan worden gemaakt op basis van de verzamelde gegevens. Indien er geen gegevens voorhanden zijn, kan men op basis van secundaire gegevensbronnen een schatting maken van de ziekte­last. Het verlies aan levensjaren kan men berekenen op basis van bekende gezondheidsstatistieken, zoals mortaliteit, incidentie en prevalentie. Het verlies aan kwaliteit van leven bij specifieke ziektebeelden kan worden ontleend aan gepubliceerde studies of empirisch worden vastgesteld.

### *Bijzondere situaties*

Zoals hierboven is uitgelegd, richt deze uitvoeringstoets zich op één bepaalde toepassing van het ziekte­lastcriterium, namelijk de identificatie van aandoeningen met een lage ziekte­last. In dit kader kan een aandoening met een lage ziekte­last worden aangeduid als een aandoening met een “disability-weight” die ligt onder een gekozen drempelwaarde. Een sterk punt van deze toepassing is de relatieve eenvoud ervan. Er zijn evenwel verschillende situaties denkbaar waarin zo’n eenduidige toepassing van het ziekte­lastcriterium problematisch lijkt te zijn. Het is, voor een goed begrip, van belang deze ‘bijzondere situaties’ (ofwel: ‘uitzonderingssituaties’) goed voor ogen te houden, en daarnaast is het van belang om deze verschillende situaties onderling van elkaar te onderscheiden.

Hieronder wordt nader ingegaan op de volgende vijf

bijzondere situaties:

- a) Aandoeningen die in subgroepen van patiënten een verschillend verloop (sequelae) vertonen ('heterogeniteit');
- b) Aandoeningen met een episodisch (ofwel niet-chronisch) verloop;
- c) Aandoeningen met een progressief verloop;
- d) Aandoeningen waarvan de behandeling kan worden aangemerkt als preventie;
- e) 'Vage klachten/symptomen/aandoeningen' die niet kunnen worden gezien als een voldoende duidelijk omschreven aandoening voor de ziektelastbepaling.

***Aandoeningen met in subgroepen een verschillend verloop (heterogeniteit)***

De ziektelast van een aandoening kan van individu tot individu verschillen, bijvoorbeeld omdat de aandoening bij sommige patiënten gepaard gaat met complicaties of doordat de aandoening zich op verschillende leeftijden voordoet. Tegen de achtergrond van macrobeslissingen over de vergoeding van een medische interventie, wordt de ziektelastberekening in heterogene populaties in principe gebaseerd op de ziektelast van de subgroep met de hoogste ziektelast. Een uitzondering hierop is de situatie waarin subgroepen op voorhand (op het moment waarop men beslist tot inzet van de behandeling) zijn te onderscheiden. In dat geval kan de aandoening in bepaalde subgroepen worden aangemerkt als 'lage ziektelast' en in andere subgroepen niet. Vanzelfsprekend kan de aandoening in algemene zin als een aandoening met een lage ziektelast worden aangemerkt als hij in alle subgroepen tot een lage ziektelast leidt.

Een alternatief zou kunnen zijn dat de ziektelastberekening in heterogene populaties wordt gebaseerd op het groepsgemiddelde van de doelgroep die voor behandeling in aanmerking komt. Een ieder krijgt de behandeling om gezondheid te bevorderen. De gemiddelde ziektelast, het gemiddelde effect en de gemiddelde kosten zouden dan meetellen bij een pakketbeoordeling.

***Voorbeeld van heterogeniteit***

Als voorbeeld van een aandoening met in subgroepen een verschillend verloop kan hier de kalknagel worden genoemd. Zo hebben de meeste patiënten met kalknagels (onychomycose) geen last van de aandoening en is het voornamelijk een cosmetisch probleem. Echter, bij patiënten met vasculaire problemen en patiënten met een verlaagde weerstand, zoals hoogbejaarden en HIV-patiënten, kunnen de infecties op den duur tot ernstige complicaties leiden. Vaakgenoemde complicaties zijn: erysipelas (wondroos), unguis incarnatus (ingegroeide teennagel), impetigo (krentenbaard), abcesvorming en tyloomvorming (eelt). In enkele gevallen is er zelfs een teenamputatie nodig. Bij een kalknagel kunnen de meeste huisartsen vooraf aangeven bij welke subgroepen de complicaties zich voordoen. Voor deze aandoening kunnen er zodoende verschillende ziektelastgewichten worden aangemerkt voor

verschillende subgroepen.

***Aandoeningen met een episodisch (oftewel niet-chronisch) verloop (kort en hevig)***

Analoog aan de beschreven discussie over de gemiddelde ziektelast in een heterogene populatie, kunnen we ons afvragen wat de relevante ziektelast is bij aandoeningen met een episodisch verloop. Stel dat we ziektelast meten voor een patiënt van 25 jaar met een normale levensverwachting, maar die gedurende de rest van zijn leven een of meerdere korte, hevige episodes van een ziekte ervaart waarin de kwaliteit van leven zeer beperkt is. De ziektelast gemeten over het totale leven is dan laag. Dit past echter intuïtief niet in het beeld dat wij hebben wanneer wordt gesproken over lage of minimale ziektelast. Het is derhalve de vraag of op dit punt de uitkomst van een ziektelastberekening aansluit bij onze intuïties over de noodzaak van behandeling. Wanneer een minimale ziektelast geconstateerd is voor ziekten die korte, heftige episodes veroorzaken met zware ziektelast en overige levensjaren in goede gezondheid worden doorgebracht, ontstaat wellicht een discrepantie tussen noties van rechtvaardigheid en de uitwerking in ziektelast. In zo'n geval kan men er bij de berekening (en vervolgens bij besluitvorming) rekening mee houden dat ziektelast hier wordt onderschat. Een mogelijkheid is bijvoorbeeld om een aandoening met een episodisch verloop uitsluitend als aandoening met een lage ziektelast aan te merken indien de kwaliteit van leven tijdens een episode niet lager is dan een bepaalde drempelwaarde (die lager zou kunnen zijn dan de 'normale' drempelwaarde om de ziektelast van aandoeningen als laag aan te merken)...

***Voorbeeld van episodisch verloop***

Een goed voorbeeld van dergelijke aandoeningen vormt epilepsie. Over een jaar (of zelfs de gehele levensverwachting van de patiënt) gezien, kan men wellicht met goede reden stellen dat epilepsie een lage ziektelast teweegbrengt. Zo krijgt de ziekte in de Global Burden of Disease-studie van de World Health Organization een tamelijk laag disability-gewicht, namelijk 0,11. In het geval van therapieresistente epilepsie, bij patiënten die met regelmaat (bijv. maandelijks) last hebben van epileptische insulten, is echter geen sprake van een lage ziektelast, zoals ook blijkt uit de wetenschappelijke literatuur op dit terrein.

***Aandoeningen met een progressief verloop***

Een ander type aandoeningen waarvan de ziektelast zich lastig eenduidig laat bepalen zijn aandoeningen met een progressief verloop. Hieronder wordt verstaan aandoeningen die onbehandeld altijd ernstiger zullen worden, waarbij zich periodes kunnen voordoen waarin de situatie stabiliseert of zelfs tijdelijk verbetert maar de 'neerwaartse spiraal' vroeg of laat weer zal worden voortgezet. Men zou dit soort aandoeningen uitsluitend als een aandoening met een lage ziektelast kunnen aanmerken indien de aandoening in elk stadium een lage ziektelast (onder de drempelwaarde) heeft.

**Voorbeeld van  
progressief  
verloop**

Een voorbeeld van dit type aandoeningen is astma. In veel gevallen (in vroege stadia) kan deze aandoening een lage ziektelast veroorzaken. Dit lijken we bijvoorbeeld terug te zien in het disability-gewicht dat aan astma is toegekend in de Global Burden of Disease-studie van de World Health Organization, namelijk 0,043. Het betreft hier een milde vorm van astma (GBD 2003). Studies uit de wetenschappelijke literatuur leren echter dat astma een progressief verloop kan hebben (dat wil zeggen dat de kwaliteit van leven-scores variëren) (zie bijv. Tarride et al., 2010). Op basis hiervan kan de aandoening dus niet zo maar als lage ziektelast worden beschouwd (bijvoorbeeld niet bij mensen bij wie de ziekte niet goed onder controle is te krijgen). Nota bene: astma is in het Vervolgonderzoek Breedte Geneesmiddelenpakket uit 2002 weggefallen van de lijst van aandoeningen met mogelijk een lage ziektelast, juist omdat het werd beschouwd als een 'progressieve aandoening' (aanvankelijk mogelijk een lage ziektelast, maar uiteindelijk een zwaardere ziektelast).

**Preventie**

Het geval van aandoeningen (in feite risicofactoren) waarvan de behandeling kan worden aangemerkt als preventie levert een bijzondere situatie op wat betreft het gebruik van het ziektelastcriterium. Dit kan als volgt worden uitgelegd.

Ten eerste gaat het op het moment van preventief behandelen om aandoeningen met geen of een geringe ziektelast die pas later kunnen uitmonden in een ernstiger gezondheidsprobleem (ofwel 'event'). Aangezien ziektelast gemeten wordt als de relatieve verandering in QALY-vooruitzichten betekent dit dat de ziektelast lager wordt wanneer er meer tijd tussen de preventie en het event zit. Wanneer ziektelast gemeten wordt vanaf het moment van behandeling zullen preventieve behandelingen snel gepaard gaan met een relatieve lage ziektelast ten opzichte van curatieve behandelingen. Toch lijkt dit legitiem aangezien het gevoel van urgentie bij preventieve ingrepen over het algemeen lager is dan bij curatieve ingrepen, omdat gezondheidsproblemen zich nog niet voordoen. De kern van ziektelast is dat het een afweging maakt tussen urgentie en omvang van het gezondheidsverlies. Dat het tijdstip van behandeling beginpunt is voor de ziektelastberekening is hiermee consistent (Pomp et al, 2007).

Ten tweede kan men zich afvragen in welke groep ziektelast berekend moet worden. Iedereen die de preventieve behandeling krijgt of alleen de subgroep hiervan die zonder de preventieve behandeling daadwerkelijk met het event wordt geconfronteerd? Het motief bij preventie is om gezondheidsverlies in een deel van de behandelde populatie te voorkomen, niet om de gezondheid van iedereen die wordt behandeld te bevorderen. Het wegnemen van de relevante ziektelast

---

vormt dus het motief voor de preventieve behandeling, en op dat motief is de solidariteitsgedachte van toepassing. Voor de berekening van ziektelast gaan we daarom uit van de volgende methode: de ziektelast wordt berekend in dat deel van de populatie die het event krijgt dat men wil vermijden. We noemen dit de relevante ziektelast. Dat meer mensen dan de doelgroep de preventieve behandeling ondergaan, wordt hier gezien als een (onaantrekkelijk, maar onvermijdelijk) kenmerk van preventieve behandeling, wat de kosteneffectiviteit negatief beïnvloedt, maar niet ook nog de evaluatie van ziektelast.

***Voorbeeld van preventie***

Een voorbeeld: stelt u zich voor dat er een preventief bloeddruk verlagend medicijn wordt verstrekt aan iedereen van 40 jaar met een hoge bloeddruk. Zonder dit medicijn zal 20% van deze doelgroep op zijn 60<sup>ste</sup> vroegtijdig sterven als gevolg van acuut hartfalen. Zoals zojuist beschreven, is het moment van behandeling het startpunt van de ziektelastberekening. Bovendien gaat het hier om een preventieve interventie en dient zodoende de vermijdbare ziektelast als uitgangspunt. We zullen dus alleen de ziektelast berekenen voor de 20% die zonder preventieve behandeling vroegtijdig zal sterven. Uitgaande van een normaal verwachte levensduur van 80 jaar is de ziektelast dan te berekenen door het QALY verlies (20) te delen door het aantal anders geleefde QALY's (40), hetgeen een ziektelast impliceert van 0,5.

***Vage klachten en aandoeningen***

Bepaalde aandoeningen laten zich beter typeren als 'vage klachten/symptomen/aandoeningen' dan als diagnoses. Aan deze klachten kunnen verschillende oorzaken ten grondslag liggen. Deze 'aandoeningen' worden in de regel niet als aandoeningen met een lage ziektelast aangemerkt, aangezien het erg lastig is om een schatting te geven van de ziektelast omdat er te veel onzekerheid is over het verloop en eventuele complicaties van de klacht. Dit gaat ten koste van de validiteit van de ziektelastmeting. Een uitzonderingsgeval waarin deze aandoeningen wel als aandoeningen met een lage ziektelast kunnen worden aangemerkt is de situatie waarin alle mogelijke onderliggende oorzaken een lage ziektelast hebben.

***Voorbeeld vaag symptoom***

Een voorbeeld van een 'vaag symptoom' is hoesten. Hoesten kan verschillende oorzaken hebben waardoor het verloop en eventuele complicaties moeilijk zijn in te schatten. Om deze reden kan deze 'aandoening' niet zonder meer als lage ziektelast worden aangemerkt.

***Van aandoening naar behandeling***

Het achterliggende idee van deze uitvoeringstoets is de mogelijkheden te onderzoeken van pakketmaatregelen op basis van de lage-ziektelastbenadering. Nadat dus aandoeningen met een lage ziektelast zijn geïdentificeerd, is de volgende stap om na te gaan welke behandelingen voor deze aandoeningen worden



---

gebruikt. Met andere woorden: de aandoeningen met een lage ziektelast moeten worden gekoppeld aan behandelingen, waar pakketmaatregelen zich op kunnen richten. Hierbij maakt het in beginsel niet uit 'in welke sector' de behandeling plaatsheeft, zoals medisch-specialistische zorg, huisartsenzorg, geestelijke gezondheidszorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen of verpleging. De koppeling moet dus niet worden beperkt tot één bepaalde sector.

De vraag is dan ook of een eenduidige, 1 op 1-koppeling kan worden gemaakt. Hierbij kunnen zich bijvoorbeeld de volgende vragen voordoen:

- Wordt een bepaalde aandoening met een lage ziektelast mogelijk in verschillende sectoren van de gezondheidszorg behandeld, met verschillende registratie- en financieringssystemen (bijvoorbeeld zowel huisartsenzorg als hulpmiddelensector), en kan daardoor de koppeling wel goed worden gemaakt?
- Wordt een bepaalde behandeling, die kan worden gekoppeld aan een aandoening met een lage ziektelast, exclusief voor die aandoening gebruikt, of ook voor andere aandoeningen (met een hoge ziektelast)?
- Worden er mogelijk bepaalde behandelingen (therapeutische, of ook diagnostische), die in aanmerking zouden kunnen komen voor een pakketmaatregel op basis van lage ziektelast, volledig 'gemist' door uit te gaan van aandoeningen/indicaties?
- Speciale aandacht vraagt de berekening van ziektelast bij 'add-on' therapieën. Een 'add-on' therapie is bijvoorbeeld het toedienen van erythropoetine (EPO) om bloedarmoede tegen te gaan bij patiënten die nierdialyse ondergaan. De ziektelast hangt nu niet samen met de dreigende gevolgen van compleet nierfalen (de indicatie voor dialyse). Ziektelast hangt alleen af van het verschil in gezondheidsvooruitzichten voor patiënten die dialyse ondergaan met en zonder het optreden van bloedarmoede.

## 5. Identificeren van aandoeningen met lage ziektelast

### **Methoden: achtergrond**

De uitvoering van de lage ziektelast maatregel vereist dat zowel de aandoeningen die een lage ziektelast veroorzaken als de bijbehorende behandelingen eenduidig kunnen worden geïdentificeerd. De uitvoerbaarheid van deze maatregel hangt daarom sterk samen met de beschikbaarheid van informatie. Over ziektelast is in beginsel al bepaalde informatie beschikbaar. De Global Burden of Disease (GBD)-studie van de World Health Organization is bijvoorbeeld een belangrijke bron voor het bepalen van ziektelast.

Het gebruik van de data van het Global Burden of Disease-project heeft als belangrijkste voordeel dat gewichten door middel van een gestandaardiseerde, uniforme methode zijn verzameld. Dit maakt vergelijkbaarheid van de ziektelast van uiteenlopende aandoeningen mogelijk. Bovendien is binnen dit project de ziektelast onderzocht van een grote hoeveelheid aandoeningen.

Een alternatief voor het bepalen van ziektelast is het gebruikmaken van kwaliteit van leven-gewichten die in de wetenschappelijke literatuur bekend zijn. Hier kleven evenwel een aantal belangrijke nadelen aan. Dit werd bijvoorbeeld zichtbaar toen het iMTA voor een viertal door het CVZ geselecteerde casussen het CVZ geassisteerd heeft bij het vergaren van informatie over ziektelast. Het betrof casuïstiek over varices (spataderen), xerostomie (droge mond syndroom), plagiocephaly (asymmetrie van de schedel) en urine-incontinentie. Het iMTA heeft in de wetenschappelijke literatuur gezocht naar utiliteitswaarden voor deze aandoeningen. Ondanks dat dit informatie heeft opgeleverd over ziektelast van de betreffende aandoeningen, bracht deze exercitie de volgende twee beperkingen aan het licht betreffende het gebruik van utiliteiten voor ziektelastbepaling. Allereerst kwam naar voren dat voor deze aandoeningen in het geheel genomen slechts summier gegevens over utiliteiten (kwaliteit van leven) beschikbaar waren in de literatuur. Dit is waarschijnlijk inherent aan het feit dat het aandoeningen betreft die als niet zo ernstig beschouwd worden en dus tot een lage ziektelast leiden. Dit maakt duidelijk dat juist het classificeren van aandoeningen met een lage ziektelast lastig kan zijn. Een tweede probleem dat naar voren kwam is dat het gebruik van utiliteiten uit de literatuur kan leiden tot vergelijkbaarheidsproblemen, aangezien utiliteiten in verschillende studies niet uniform gemeten zijn. Dit punt heeft al sinds de operationalisatie van ziektelast de aandacht: in het rapport Breedte Geneesmiddelenpakket was destijds (2002) een van de vragen over de toepasbaarheid van ziektelast of van voldoende aandoeningen uniform gemeten en representatieve kwaliteit van leven-gewichten beschikbaar zijn. Dit kan

als volgt worden uitgelegd: utiliteiten zijn gebaseerd op studies waarin verschillende kwaliteit van leven-instrumenten zijn gebruikt. Het is bekend dat dit kan leiden tot andere utiliteitswaarden, zelfs wanneer deze instrumenten worden toegepast bij een en dezelfde aandoening. Dit is onder meer het gevolg van het feit dat kwaliteit van leven-instrumenten, ondanks onderlinge overeenkomsten, kunnen zijn opgebouwd uit (deels) verschillende gezondheidsdomeinen. Een andere reden voor een verschil in utiliteitswaarden kan gelegen zijn in opzet en uitvoering van de studies waaruit de gegevens zijn verkregen (bijvoorbeeld wat betreft grootte van de onderzoekspopulatie, representativiteit van de populatie voor de doelgroep waarvoor de ziektelastmeting bedoeld is, representativiteit van de gemeten waarden voor de situatie in ons land, etc.).

Het bovenstaande betekent dat grote voorzichtigheid moet worden betracht bij het interpreteren van utiliteitswaarden verkregen uit verschillende studies wanneer men een uitspraak over ziektelast wil doen. Het is dus belangrijk om te streven naar uniformiteit in eenheid om ziektelast te kwantificeren, zoals mogelijk is door bijvoorbeeld gebruik te maken van de GBD-data. Het zou (althans in het kader van deze uitvoeringstoets) in de praktijk ondoenlijk zijn om empirisch onderzoek op te zetten naar de ziektelast van in beginsel alle aandoeningen die mogelijk een lage ziektelast veroorzaken.

### **Bronnen**

Voor het bepalen welke aandoeningen een lage ziektelast hebben, gebruikt het CVZ de volgende bronnen, die hierna worden toegelicht:

- Global Burden of Disease (GBD)
- Wegingsfactoren voor Ziekten in Nederland (WZN)
- Mild Diseases & Ailments Study (MiDAS)

### ***The Global Burden of Disease (GBD)***

De GBD-studie is in 1992 opgezet door de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) met een drieledig doel:

- Het mogelijk maken dat andere gezondheidsuitkomsten dan sterfte kunnen worden meegenomen in discussies over internationaal gezondheidsbeleid;
- Het ontwikkelen van zo objectief mogelijke schattingen van mortaliteit of disability die het gevolg zijn van een bepaalde conditie;
- Het kwantificeren van de 'burden of disease' met behulp van een maat die tevens zou kunnen worden gebruikt voor kosten-effectiviteitsanalyses.

De GBD gebruikt de term 'disability' om te verwijzen naar het verlies van gezondheid, waarbij gezondheid wordt opgevat in termen van de capaciteit om te functioneren op een aantal domeinen zoals mobiliteit, cognitie, gehoor en zicht. Het concept 'disability' kan derhalve worden omschreven als een 'gemiddeld

handicapniveau'. Het maakt het mogelijk om de gevolgen van verschillende aandoeningen met elkaar te vergelijken. De tijd die iemand leeft met gezondheidsverlies wordt aangeduid met de term 'years lived with disability' (YLD).

Zogenoemde 'disability weights' geven een gewicht aan het verlies van gezondheid dat als gevolg van een aandoening ontstaat. Er is analogie met de kwaliteit van leven-gewichten die gebruikt worden om QALY's te bepalen (kvl-gewicht x levensjaren). Een kwaliteit van leven-gewicht geeft aan hoe de gemiddelde gezondheidstoestand behorende bij een bepaalde aandoening is. Een 'disability weight' geeft als het ware het tegenovergestelde aan: het gemiddelde gezondheidsverlies behorende bij een bepaalde aandoening.

Disability-gewichten zijn binnen de GBD-studies gebruikt om de 'burden of disease' op populatieniveau weer te geven. Het begrip 'burden of disease' wordt omschreven als het gat tussen de gezondheidstoestand van een bevolking en een bepaalde referentiestandaard. Een 'burden of disease' van 0,0 wil zeggen dat er in het geheel geen 'disability' is gedurende dat levensjaar, terwijl een rating van 1,0 gelijk staat aan dood. Hogere waarden betekenen dus een hogere 'disability' (en een lagere kwaliteit van leven). Deze ratings hebben het voordeel dat, vanuit het perspectief van een populatie, de burden van fatale en niet-fatale aandoeningen kan worden vergeleken. Overigens worden bij deze berekeningen alleen leeftijd en geslacht meegenomen als non-health characteristics.

De WHO maakt wat de disability-gewichten betreft een onderscheid in 7 klassen, oplopend in ernst:

- 1) 0,00-0,02 (bijv. verminderde groei door ondervoeding, schistosomiase-infectie);
- 2) 0,02-0,12 (bijv. astma, stressincontinentie);
- 3) 0,12-0,24 (bijv. angina, reumatoïde artritis);
- 4) 0,24-0,36 (bijv. geamputeerde arm, ziekte van Parkinson);
- 5) 0,36-0,50 (bijv. bipolaire affectieve stoornis, milde verstandelijke retardatie);
- 6) 0,50-0,70 (bijv. Alzheimer en andere vormen van dementie, blindheid);
- 7) 0,70-1,00 (bijv. ernstige depressie, quadriplegie).

Van de GBD disability weights zijn sinds 1992 een aantal updates gepubliceerd, het meest recent in 2004. Omdat binnen de GBD voor een groot aantal aandoeningen disability-gewichten ontwikkeld zijn, lijkt dit een bruikbare basis te vormen voor de lage-ziektelastbenadering. Er dient wel een opmerking te worden geplaatst met betrekking tot de methode die gebruikt is om tot de disability-gewichten te komen. Deze is namelijk niet gelijk aan de methode om tot kwaliteit van leven-gewichten te komen. Dit hangt ook

samen met het doel waarvoor de disability-gewichten ontwikkeld zijn: voor de 'burden of disease' worden 'disability weights' gecombineerd met levensjaren om tot 'disability adjusted life years' (DALY's) te komen- een summary measure op populatieniveau.

De GBD-studie heeft gebruik gemaakt van de zogeheten 'person trade-off' (PTO)-techniek om de disability-gewichten te bepalen. Bij deze methode wordt aan respondenten gevraagd om te kiezen tussen een kleinere gezondheidsopbrengst voor een groter aantal mensen en een grotere gezondheidsopbrengst voor een kleiner aantal mensen. De respondenten in de GBD-studies hadden allen affiniteit met de gezondheidszorg ('health care providers'). Hiervoor is gekozen vanwege de voorkennis van deze groep (zodat minder tijd nodig zou zijn om alle gezondheidstoestanden toe te lichten), níét omdat de GBD-ontwikkelaars dit als betere beoordelaars beschouwden. Ondanks dat de PTO-methode buiten de GBD-studies niet veel is gebruikt, lijkt de methode methodologisch verantwoord (oa. Erik Nord). De uniformiteit binnen de GBD-studie en de hiermee samenhangende mogelijkheid tot onderlinge vergelijking van de ziektelast van diverse aandoeningen biedt zoals eerder gezegd een groot voordeel voor toepassing in deze uitvoeringstoets.

***Wegingsfactoren  
voor ziekten in  
Nederland (WZN)***

In navolging van de GBD is in 1996 het project 'Wegingsfactoren voor Ziekten in Nederland (WZN)' opgezet. De doelstelling van dit project was onder andere om te onderzoeken of de methoden van de GBD ook bruikbaar zijn in Nederland en om tot 'disability weights' te komen die meer specifiek zijn voor Nederland (zoals chronische aandoeningen), daar waar de GBD 'disability weights' geeft voor de volksgezondheid op wereldpopulatie-niveau (denk aan ondervoeding of tropische ziekten). Verder was het doel de lijst uit te breiden met 'disability weights' voor de ziektebeelden uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning studie uit 1997 (VTV-97).

De 52 aandoeningen uit de VTV-97 zijn onderverdeeld in verschillende ziektestadia. Reden hiervoor was dat de meeste ziekten een beloop hebben met sterk wisselende gevolgen voor het functioneren, waardoor het onwenselijk lijkt om een ziekte van één wegingsfactor te voorzien. Bij elk diagnostische ziektelabel is er met behulp van de EuroQol een generieke beschrijving toegevoegd. Er is gekozen om de vijf dimensies (mobiliteit, zelfzorg, dagelijkse activiteiten, pijn/andere klachten, angst/depressie) uit te breiden met een zesde: cognitie. Evenals in de GBD zijn de wegingsfactoren bepaald door medische experts met behulp van de PTO-methode én de VAS (Visueel Analoge Schaal). Op deze manier zijn 16 van 175 ziektestadia beoordeeld. Deze 16 ziektestadia fungeerden als ijkpunten; de overige ziektestadia zijn door de medische experts beoordeeld op basis van interpolatie. Daar waar vergelijking tussen

de WZN-wegingsfactoren en de 'disability weights' van de GBD mogelijk was, leken de gewichten goed vergelijkbaar (Stouthard et al).

### ***MiDAS***

In 2003 heeft de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC in opdracht van het CVZ onderzocht of de ziektelast van aandoeningen met veronderstelde lage ziektelast op een betrouwbare en reproduceerbare wijze is vast te stellen: de Mild Diseases & Ailments Study (MiDAS). In dit onderzoek zijn de Visueel Analoge Schaal (VAS) en de Time-trade-off (TTO) methode gebruikt. Omdat de studie specifiek is uitgevoerd om aandoeningen met een lage ziektelast te identificeren, stelt het CVZ voor om in de vervolgrapporten eerst deze bron te gebruiken als basis voor de appraisalfase. In dit onderzoek zijn de volgende ziekten geïdentificeerd met een zeer lichte ziektelast:

- Verkoudheid
- Folliculitis (ontsteking van haarzakjes)
- Eenmalige blaasontsteking
- Kalknagels
- Conjunctivitis (oogontsteking)
- Voetschimmel
- Erythrasma (bacteriële huidontsteking)
- Pityriasis versicolor (schimmelinfectie van huid)
- Vaginale candidiasis

### ***Niet uitsluitend kwantitatief benaderen***

Het CVZ is van mening dat er bij pakketbeslissingen niet uitsluitend kan worden afgegaan op een kwantitatieve benadering, of dit nu de kosten per QALY betreffen of de berekende ziektelast. Dit is het gevolg van de inherente beperkingen van de systematiek om QALY's te berekenen. Bovendien kunnen er situaties zijn waarin een discrepantie bestaat tussen de berekende ziektelast en de maatschappelijke wenselijkheid van behandeling. Daarom acht het CVZ het noodzakelijk zijn adviezen en duidingen aan een appraisal te onderwerpen.

### ***Belang appraisal***

Situaties om alert te zijn op een eventuele onderschatting van ziektelast is bij preventieve ingrepen, en bij jonge mensen die veel gezondheid dreigen te verliezen. Andersom is het denkbaar dat ziektelast overschat wordt bij oude mensen die ongeacht de aandoening waarvoor nu behandeling wordt overwogen, toch nog maar kort te leven hebben. In deze situaties is er een hevig conflict tussen het streven een ieder het maximale uit zijn of haar totale leven te laten halen, of juist een ieder het maximale te laten halen uit zijn of haar resterende levensduur. In genoemde gevallen is de prioriteit volgens de ene opvatting hoog, en volgens de ander juist laag. Omdat voor beide opvattingen over rechtvaardigheid draagvlak bestaat, is het in deze situaties niet evident dat ziektelast een optimale invulling geeft aan noodzakelijkheid. Men zal moeten trachten op maatschappelijke opvattingen hieromtrent te sturen in de appraisalfase.

Omdat nu nog geen duidelijkheid bestaat over maatschappelijke opvattingen, is het van belang dat in de appraisal expliciet gemaakt wordt op welke gronden men tot een conclusie komt over de wenselijkheid van vergoeding. Dan wordt toetsbaar of er draagvlak voor beleid bestaat en of het beleid consistent is. Naarmate men minder zeker is over het eigen oordeel zal het lastiger zijn om aan de eis van transparantie te voldoen, omdat men zich meer en meer realiseert hoe kwetsbaar het ingenomen standpunt is (Stolk et al, 2009). Om recht te doen aan deze gevoelens van onzekerheid is open discussie van belang.

### ***Fasering***

Het CVZ adviseert een geleidelijke invoering van de lage-ziektelastbenadering in het pakketbeheer. In de loop van 2012 zal worden geïdentificeerd welke aandoeningen “veilig” en “gemakkelijk” uit het verzekerde pakket kunnen worden verwijderd. Met veilig bedoelt het CVZ dat het aandoeningen betreft die daadwerkelijk als ongemak kunnen worden beschouwd en waarbij ook het afzien van behandeling niet tot gezondheidsschade zal leiden. Met gemakkelijk doelt het CVZ op geringe consequenties in de uitvoeringspraktijk.

### ***Haalbaarheid***

Het is een politieke keuze om te bepalen onder welke grens van de ziektelast behandelingen niet meer voor vergoeding in aanmerking komen. Echter, uitgaand van de oorspronkelijke formulering in het regeerakkoord (“Aandoeningen...die eerder als *ongemak* dan als ziekte worden gekenschetst, worden uit het pakket gehaald...”) zal deze grens niet zo hoog kunnen worden gesteld dat een besparing van 1,3 miljard haalbaar is. Met andere woorden: indien de grens wordt verhoogd tot daarmee de bezuinigingsdoelstelling is gehaald, zal de consequentie zijn dat ook behandeling van ziekten met een relatief hoge ziektelast niet meer wordt vergoed. Dit zal gezondheidsschade veroorzaken als zeer waarschijnlijk gevolg. Het past ook niet bij het uitgangspunt van pakketbeheer dat noodzakelijke zorg toegankelijk en betaalbaar moet zijn. Daarom zal het CVZ ook alternatieve bezuinigingsmogelijkheden binnen de mogelijkheden van het pakketbeheer verkennen.

## 6. Pakketmaatregelen

<b><i>Selectie</i></b>	Het CVZ adviseert om in eerste instantie uitsluitend te onderzoeken of de behandeling van aandoeningen met minimale ziektelast, zoals geïdentificeerd in het MiDAS-onderzoek, kan worden uitgesloten van vergoeding vanuit de basisverzekering. Dit uiteraard onder voorbehoud dat ook in de appraisalfase de geselecteerde aandoeningen worden aangemerkt als niet ernstig genoeg om een beroep op collectieve middelen voor de behandeling te rechtvaardigen. Hiermee wil het CVZ aansluiting vinden bij het in het regeerakkoord genoemde begrip “ongemak” en voorkómen dat bij heterogeniteit ook stadia met hoge ziektelast worden uitgesloten van vergoeding.
<b><i>Unieke behandelingen uitsluiten</i></b>	In deze eerste fase dienen bij voorkeur behandelingen/geneesmiddelen/hulpmiddelen te worden uitgesloten die uitsluitend worden toegepast bij aandoeningen met minimale ziektelast. Dit beperkt de administratieve lasten en verkleint de kans op substitutie en upcoding. Bovendien kunnen deze maatregelen bij ministerieel besluit worden genomen en kunnen deze dus al vanaf 2014 ingaan.
<b><i>Huisarts buiten schot laten</i></b>	Het CVZ adviseert om de huisartsenzorg in alle situaties vanuit de basisverzekering te blijven vergoeden. De functie van poortwachter is juist bij aandoeningen met lage ziektelast van groot nut gebleken in het “afremmen” van overbehandeling. De huisarts is bovendien de eerst aangewezen zorgverlener om te beoordelen of er wel sprake is van een aandoening en zo ja, hoe ernstig deze (mogelijk) is. Vergoeding zou bij aandoeningen met een lage ziektelast dan wel beperkt moeten worden tot consult en diagnostiek; een door de huisarts voorgeschreven of uitgevoerde behandeling van een aandoening met lage ziektelast zou niet meer voor vergoeding in aanmerking komen.
<b><i>Vergoeding diagnostiek</i></b>	Wat diagnostische tests en verrichtingen betreft adviseert het CVZ om deze onderdeel van het verzekerde pakket te laten blijven. De diagnostiek gaat namelijk vooraf aan het bepalen van de ziektelast. Een systeem waarin de vergoeding van een test/verrichting pas achteraf aan de hand van de uitslag kan worden bepaald is onwenselijk en zal op veel uitvoeringsproblemen stuiten.



## 7. Uitvoeringsconsequenties

### *Juridische aspecten*

In het algemeen kan worden gesteld dat als het criterium ziektelast wordt gehanteerd resp. ingevoerd het transparant, niet-discriminatoir en objectief moet worden (kunnen) toegepast. Ook moet het criterium voldoende onderscheidend zijn. Het is daarmee van belang om stil te staan bij de unieke definitie van ziektelast.

Het toepassen van de lage-ziektelastbenadering kan op verschillende manieren juridisch worden vormgegeven. Elke keuze kent uiteraard zijn eigen voor- en nadelen en beperkingen.

Er zijn drie mogelijke opties voor toepassing resp. introductie van het begrip ziektelast in de Zvw:

- het toepassen van het begrip ziektelast als pakketprincipe;
- het toevoegen van het begrip ziektelast als algemeen criterium, waaraan alle te verzekeren prestaties moeten voldoen;
- het toevoegen van het begrip ziektelast aan het individuele indicatie criterium 'redelijkerwijs aangewezen zijn op'.

Deze drie opties worden hieronder besproken.

### *Pakketcriterium*

Ziektelast is onderdeel van de vier pakketcriteria. Deze pakketcriteria worden gebruikt ter onderbouwing of een bepaalde zorgvorm wel of niet onderdeel moet zijn van het verzekerde pakket.

Gesteld dat sprake is van het begrip ziektelast als een op zichzelf staand pakketcriterium, dan kan dit voor een aandoening met lage ziektelast leiden tot een advies aan de minister om de behandeling(en) van die aandoening geen deel uit te laten maken van het verzekerde basispakket. Zo komt men, afhankelijk van de wijze waarop de zorgvorm in de regelgeving is vormgegeven (open of gesloten) tot een negatieve lijst van uitgesloten interventies (voor aandoeningen met minimale ziektelast) of tot een positieve lijst van interventies die wel deel uitmaken van het verzekerde basispakket (interventies voor aandoeningen met hogere dan minimale ziektelast).

Dit alternatief geeft duidelijkheid voor zowel de verzekerden als de uitvoeringspraktijk. Voordelen zijn dat hiervoor geen wetswijziging nodig is en dat over elke voorgestelde pakketmaatregel politieke afweging plaats vindt. Dat laatste aspect kan natuurlijk ook als een nadeel worden opgevat, omdat het proces daarmee tijdrovend wordt.

### *Algemeen wettelijk criterium*

Als ziektelast moet gaan fungeren als toetssteen voor de vraag of een zorgvorm wel of niet tot de te verzekeren prestaties behoort, zal ziektelast, gelijk effectiviteit (stand van de wetenschap en praktijk), een wettelijke basis moeten krijgen. Het gevolg daarvan zal zijn dat elke zorgvorm slechts verzekerd is indien de aandoening waarvoor de zorgvorm wordt ingezet geen

lage ziektelast heeft.

Het begrip ziektelast vergt, wil het op die manier kunnen worden toegepast, specifieke invulling.

Als ziektelast als algemeen criterium wordt ingevuld, geldt het vervolgens voor alle onderdelen van de zorg. De vertaling van het criterium naar pakketmaatregelen geschiedt vervolgens door het CVZ, in zijn rol als “duider” van het pakket.

Dit alternatief vergt een wettelijke aanpassing, waarbij van belang is dat het criterium dusdanig duidelijk is dat de rechtszekerheid van de verzekerden niet in het geding komt.

***Redelijkerwijs  
aangewezen op***

Het criterium ‘redelijkerwijs aangewezen zijn op’ heeft betrekking op de individuele indicatie. Als hierbij ook de ziektelast van een aandoening in beschouwing wordt genomen, heeft dit als consequentie dat weliswaar een interventie tot het verzekerde basispakket behoort, maar dat een verzekerde er in het individuele geval niet op aangewezen is. De individuele indicatie is dan alleen van toepassing, als vast staat dat de interventie een onderdeel is van het te verzekeren pakket.

Het ziektelastcriterium als onderdeel van de individuele indicatie houdt het volgende in. De zorgverzekeraar volgt bij zijn toets of een verzekerde vanuit medisch perspectief individueel is aangewezen op zorg in beginsel de afwegingen van de medische behandelaar. Een onderdeel van goede medische zorg is dat de keuze voor een interventie wordt gebaseerd op bijvoorbeeld richtlijnen. Indien een zorgverzekeraar hierbij vraagtekens heeft, dan kan hij de interventie op die grond weigeren.

Op dit moment valt onder het criterium ‘redelijkerwijs zijn aangewezen op’ dat mensen een passende behandeling vergoed krijgen (stepped care). De zorgverzekering is op dit moment niet bedoeld om aan de individuele verzekerde alleen zorg voor een aandoening met een voldoende hoge ziektelast te vergoeden. Beperking van de individuele aanspraak tot uitsluitend situaties met hoge ziektelast, vergt daarom eveneens een wijziging van regelgeving.

Ook in dit scenario geldt dat het begrip ziektelast op dit moment onvoldoende ingevuld is. Het is wel zo dat bij deze optie rekening gehouden kan worden met comorbiditeit en andere individuele omstandigheden.

Dit alternatief vergt een afweging op individueel niveau in de spreekkamer gepaard gaande met een uitgebreide vorm van machtiging of toezicht achteraf.

***Bekostiging***

Sommige behandelingen zullen niet uniek zijn voor de aandoening met lage ziektelast, maar ook worden toegepast bij andere diagnoses, waarbij sprake is van een hoge(re) ziektelast. De vergoeding vanuit de basisverzekering is in dat geval afhankelijk van de indicatie.

Binnen het vernieuwde DBC-systeem (DOT) is de aanspraak (kleuring) gekoppeld aan een zorgactiviteit.

Een zorgactiviteit kan een consult zijn maar ook een operatie of andersoortige interventie. Momenteel zijn vooral operaties voorzien van een aanspraakbeperking. Bij die systematiek aanhaken in het geval van lage-ziektelast is dan ook mogelijk. Indien consult en diagnostiek niet resulteren in het uitvoeren van een interventie, dan is er in principe geen probleem met de bekostiging. In het algemeen zal dan een “conservatieve” DBC worden gecodeerd. Er is wel een probleem indien de interventie bij lage-ziektelast wordt uitgevoerd. De interventie zit niet in het pakket, maar de diagnostiek en consulten wel. Omdat bij de beschrijving van de prestatie volgens het principe ‘DBC’ diagnose en behandeling gecombineerd zijn vormgegeven, zal in het geval van deze interventies bij lage-ziektelast, binnen de prestatie (DBC/zorgproduct) een deel verzekerde en een deel onverzekerde zorg zijn. Verder kan nog als punt van aandacht worden genoemd dat de geopperde uitsluiting inbreuk kan maken op de rechtszekerheid en de toegankelijkheid van zorg. Voor een verzekerde zal niet altijd direct duidelijk zijn dat zijn zorgvraag, die hij uit bij het eerste consult, een behandeling tot gevolg kan hebben die niet onder de verzekeringsdekking valt. Het kan zelfs zo zijn dat pas na uitgevoerde diagnostiek komt vast te staan dat de vervolgzorg die de arts aangewezen acht, niet onder de verzekeringsdekking valt. Dan pas wordt voor de verzekerde duidelijk dat als hij de voorgestelde behandeling ondergaat, hij ook de voorafgaande kosten (van consulten/diagnostiek) niet vergoed krijgt. Gevolg van de geopperde uitsluiting van verzekerde zorg kan ook zijn dat verzekerden terughoudender worden en minder snel met bepaalde klachten een arts bezoeken, hetgeen tot ongewenste situaties zou kunnen leiden.

***Administratieve lasten***

Om bij behandelingen te kunnen beoordelen of het om verzekerde zorg gaat, zal vaker dan nu het geval is de indicatie moeten worden vermeld. Dit betekent een extra handeling voor de zorgverlener. De controle of een interventie terecht of ten onrechte ten laste van de Zorgverzekeringswet wordt gedeclareerd zal de administratieve lasten van zorgverzekeraars vergroten.

***Upcoding en substitutie***

Zeker bij aandoeningen die afhankelijk van het stadium een lage of hoge ziektelast kennen bestaat het risico op ‘upcoding’ naar het hogere stadium, dat wel voor vergoeding uit de basisverzekering in aanmerking komt. Controle hierop is lastig, omdat de stadiëring een onderdeel is van de diagnostiek. Omdat bij de lage-ziektelastbenadering in eerste instantie de ernst van de aandoening als uitgangspunt wordt genomen is de kans op substitutie (het kiezen van een alternatieve interventie die wel tot de verzekerde zorg behoort) kleiner. Immers, het is niet primair de behandeling die is uitgesloten, maar de ziekte. Wel bestaat het risico op het aanvragen van aanvullende diagnostiek en het verzoeken om een second opinion,

om op die manier een 'zwaardere' diagnose te kunnen krijgen.

***Overige effecten***

De belangrijkste gewenste effecten zijn;

- een toename van de bewustwording van de ziektelast van aandoeningen bij zowel patiënten als zorgverleners;
- een besparing op de collectieve uitgaven.

Een zeer belangrijk ongewenst effect is de kostenstijging voor individuele patiënten, vooral in de groep met veel comorbiditeit.

## 8. Alternatieve besparingsmogelijkheden

**Kostenbeheersing** In Hoofdstuk 2 is ingegaan op de mogelijkheden om de uitgaven in de zorg te beperken. In de hieronder volgende paragrafen geeft het CVZ aan welke mogelijkheden er zijn voor kostenbeheersing binnen het beheer van het verzekerde pakket.

**Noodzakelijk te verzekeren** De noodzaak tot het opnemen van zorg in de basisverzekering kan kritisch onder de loep worden genomen. In principe kunnen alle interventies, hulpmiddelen en geneesmiddelen voor aandoeningen die voorzienbaar zijn, die een groot deel van de bevolking zullen aangaan, en die geen groot individueel kostenbeslag hebben, voor eigen rekening komen. Men kan daarvoor sparen of een aanvullende verzekering afsluiten. De kosten zijn immers te voorzien. Een bekend voorbeeld hiervan is de rollator.

**Effectiviteit** De effectiviteit van interventies kan structureler dan nu het geval is worden getoetst. De eisen voor wat betreft effectiviteit zijn weliswaar strikt, maar door de open omschrijving van met name de geneeskundige zorg (waar ook de medisch-specialistische zorg onder valt) is een groot deel van deze zorg niet door het CVZ getoetst op dit criterium. Het is goed mogelijk hier structureler dan nu gebeurt op te toetsen.

**Voorwaardelijke toelating** Het instrument van voorwaardelijke toelating is een belangrijk hulpmiddel bij het afdwingen van effectiviteitsonderzoek (zie CVZ-advies). Door voorwaardelijke toelating toe te passen kan instroom in het pakket voorkomen worden totdat de effectiviteit afdoende is aangetoond. Door voorwaardelijke toelating kan dit effectiviteits-onderzoek ook worden bevorderd, waardoor zorg die mogelijk meerwaarde heeft boven de bestaande zorg snel kan instromen. Ook zorg die nu vanuit de basisverzekering wordt vergoed maar waarover twijfel bestaat zou aan voorwaardelijke toelating moeten worden onderworpen. De financiële ruimte die ziekenhuizen nu hebben om (innovatieve) zorg te financieren (academische component en lokale productiegebonden toeslag) zou ook alleen onder voorwaarde van het doen van onderzoek gericht op de pakketcriteria moeten worden benut.

**Kosten-effectiviteit** De kosten-effectiviteit van interventies kan structureler dan nu het geval is worden getoetst. Er zijn nu geen expliciete afkapwaarden voor kosten-effectiviteit vastgesteld. Alleen voor preventieve interventies, zoals vaccinatieprogramma's, wordt stilzwijgend een bovengrens van € 20.000/QALY gehanteerd. Om dit criterium te kunnen gebruiken voor de in-/uitstroom van geneeskundige zorg in de basisverzekering is wel een wetwijziging nodig. Nu speelt dit criterium immers, als gevolg van de open omschrijving van deze zorgvorm, geen rol. Wel kan een ongunstige kosten-

effectiviteitsratio aanleiding zijn voor het CVZ om te adviseren tot een actieve verwijdering van de interventie uit het basispakket, zulks ter beoordeling van de minister van VWS.

***Gepast gebruik***

Een van de partijen die invloed kan uitoefenen op het beter benutten van bestaande zorg is de zorgaanbieder. Het CVZ heeft het stimuleren van dit streven betiteld als gepast gebruik.

Al enige jaren benadrukt het CVZ het belang van gepast gebruik als instrument om de balans tussen betaalbaarheid, kwaliteit en toegankelijkheid van het basispakket te bewaren. Dat is een belangrijk instrument om optimaal rendement te verkrijgen uit ons zorgstelsel. Overigens is de reikwijdte van gepast gebruik breder dan de verzekerde zorg. Zelfzorg en andere niet-verzekerde zorg kunnen ook onderwerp zijn van bevordering van gepast gebruik.

Gepast gebruik betekent het gericht inzetten van zorg om te bereiken dat de gezondheidstoestand van patiënten optimaal verbetert of stabiliseert, tegen zo laag mogelijke kosten. De zorgverlening vindt plaats op basis van professionele en evidence-based richtlijnen en standaarden, principes van stepped care en professionele inschatting van de behoefte van de patiënt. Gepast gebruik heeft betrekking op het vermijden van zowel onder- als overbehandeling.

***Voorbeelden  
gepast gebruik***

Een patiënt die niet tijdig wordt behandeld voor diabetes kan later te maken krijgen met veel ernstiger klachten (onderbehandeling). Een patiënt die te maken heeft met fertiliteitsproblematiek heeft soms in een periode van afwachten net zoveel kansen om zwanger te raken dan met een ingrijpende ivf-behandeling (overbehandeling).

## 9. Meningen van geconsulteerde partijen

- Brede consultatie** Gezien de impact van het systeemadvies en de maatschappelijke consequenties heeft het CVZ een groot aantal organisaties geconsulteerd. Onderstaand een korte samenvatting van de ontvangen bestuurlijke reacties. De volledige reacties zijn bij dit rapport gevoegd (bijlage 4).
- Bogin** De Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland constateert dat er nog geen eenduidige criteria bestaan om een pakketbeslissing op te baseren. Daarom moeten keuzes goed worden afgewogen, zowel vanuit gezondheidsbelang als vanuit solidariteit, subsidiariteit en toegankelijkheid. Er zou volgens de Bogin meer aandacht moeten zijn voor een doelmatige inzet van zorg en een beter gebruik van richtlijnen. Gezien de problemen van de lage-ziektelastbenadering zou een andere mogelijkheid de benadering middels “lage lasten” kunnen zijn, waarbij het uitgangsprincipe is dat lage kosten voor rekening van de patiënt zelf komen.
- BRT Advies** Bougie Revalidatie Technologie Adviesbureau heeft aan het CVZ gevraagd om ook een reactie te kunnen geven. BRT Advies heeft, gezamenlijk met het Nederlands Paramedisch Instituut, een uitvoerige analyse gemaakt over het gebruik van de lage-ziektelastbenadering als parameter voor hulpmiddelenzorg. Hun conclusie is dat lage ziektelast alleen een bruikbare parameter voor hulpmiddelenzorg (hulpmiddelen voor langdurig gebruik) is als in de omschrijving van ziektelast wordt uitgegaan van een brede definitie van gezondheid. Hierbij moet rekening worden gehouden met de functioneringsproblemen die met de ziekte gepaard gaan en moet “ziekte” ruim worden gezien, zodat ook aangeboren aandoeningen ertoe behoren.
- CG-Raad** De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland heeft met de patiëntenorganisaties CSO, LPGGz, NPCF en PlatformVG een gezamenlijke bestuurlijke reactie gegeven. De patiëntenorganisaties onderschrijven de noodzaak van maatschappelijke afwegingen over de wenselijkheid van behandeling en geven aan dat deze afweging inclusief de inbreng van patiënten- of gebruikersgroepen moet geschieden. Zij zijn van mening dat de discussie over lage-ziektelastbenadering veel meer gekoppeld moet worden aan het noodzakelijkheidsbeginsel in het pakketbeheer en niet aan het tegengaan van oplopende zorgkosten. De organisaties hebben zorgen over de toepassing van de lage-ziektelastbenadering. Deze zorgen worden in het rapport onderkend, maar in de vervolgfase zal moeten blijken of hiermee voldoende rekening wordt gehouden. De effecten van een lage-ziektelastbenadering op het zorgproces en de reële

opbrengsten moeten eerst nader in kaart gebracht worden voordat het CVZ met uitstroomadviezen komt. De geschetste alternatieve besparingsmogelijkheden vergen om een verdere verkenning, waarbij het initiatief rondom gepast gebruik als meest kansrijk wordt gezien. De conclusie van de patiëntenorganisaties luidt dat de lage-ziektelastbenadering een bijna onbegaanbare weg is, dat de zorg hiermee niet beter of patiëntvriendelijker wordt en dat het nog maar de vraag is of de zorg er goedkoper van wordt.

- CIZ** Het Centrum indicatiestelling zorg geeft, gezien het onderwerp van het rapport, geen bestuurlijke reactie. Wel geeft het CIZ als beleidsmatige opmerking mee vraagtekens te hebben bij de toepasbaarheid van het lage-ziektelastcriterium binnen de AWBZ.
- CSO** De koepel van ouderenorganisaties CSO heeft met de patiëntenorganisaties CG-raad, CSO, LpGGz, NPCF en PlatformVG een gezamenlijke bestuurlijke reactie gegeven. De samenvatting hiervan staat bij het kopje CG-Raad.
- DBC-Onderhoud** DBC-Onderhoud stelt dat om redenen van uitvoerbaarheid en beheersbaarheid van administratieve lasten een benadering die is te relateren aan specifieke diagnoses en behandelingen is te prefereren boven een individuele benadering. Wat de ondeelbaarheid van een DBC-zorgproduct betreft stelt DBC-Onderhoud dat er bij afronding van diagnostiek nog een keuzemoment is voor de patiënt om al dan niet tot behandeling over te gaan. Indien de patiënt de behandeling voortzet is de vraag in hoeverre de diagnostiek dan niet óók door de patiënt zelf betaald zou moeten worden. In het algemeen is het van belang om duidelijke keuzes te maken welke zaken moeten worden opgelost in de techniek van het systeem en welke zaken meer samenhangen met verantwoord en gepast gebruik van de beschikbare middelen en zorg.
- GGZ Nederland** De brancheorganisatie voor de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg geeft als punt van aandacht dat de lage-ziektelastbenadering op gespannen voet kan komen te staan met de ontwikkeling en toepassing van zorgpaden en zorgstandaarden. Ziekten met een lage ziektelast krijgen een passend zorgpad, dat rekening houdt met het feit dat ziekten met een lage ziektelast zich kunnen ontwikkelen tot ziekten met een hoge ziektelast. De uitzondering die het CVZ wil maken voor huisartsenzorg dient naar de mening van GGZ Nederland breder te zijn en moet ook gelden voor samenwerkingsverbanden waarin de huisarts een plaats heeft. Deze uitzondering moet dan ook gelden voor behandeling door de huisarts en/of POH-ggz. Tot slot stelt GGZ Nederland dat het bepalen van



disability weights voor psychische of psychiatrische aandoeningen niet altijd goed mogelijk is.

**IGZ**

De Inspectie voor de Gezondheidszorg concludeert dat het rapport wat ver af staat van de toezichthoudende taak en onthoudt zich daarom van commentaar.

**KNMG**

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst verbaast zich erover dat de genuanceerde verkenning van het CVZ, die weinig ruimte laat voor concrete voorstellen, toch uitmondt in een advies om een negental aandoeningen uit te sluiten van vergoeding. Het gaat hierbij om klachten die door de huisarts effectief worden verholpen. Het KNMG vindt het daarom een onbegaanbare weg om behandeling door de huisarts van deze kwalen niet meer te vergoeden, omdat niet altijd op voorhand duidelijk is of de behandeling wel betrekking heeft op de ongecompliceerde aandoening uit de lijst. De KNMG is van mening dat het vooralsnog ontbreekt aan betrouwbare instrumenten om de lage-ziektelastbenadering goed onderbouwd en zonder nadelen voor velen generiek in te voeren. De KNMG acht de alternatieve besparingsmogelijkheden daarom realistischer dan de lage-ziektelastbenadering. Gepast gebruik is een in beginsel effectieve methode om ondoelmatige of kwalitatief ondermaatse interventies te identificeren.

**LHV**

De Landelijke Huisartsen Vereniging vindt dat er momenteel geen grond is voor invoering van de lage-ziektelastbenadering. Ten aanzien van de voorstellen die de huisartsenzorg raken maakt de LHV de volgende opmerkingen:

- De patiënt-huisartsrelatie wordt negatief beïnvloed.
- De huisarts wordt gepositioneerd op de stoel van de zorgverzekeraar.
- De huisarts wordt belast met extra administratieve taken.
- De huisarts loopt kans in juridische procedures terecht te komen.

De LHV concludeert dat het vooralsnog ontbreekt aan betrouwbare instrumenten om de maatregelen goed onderbouwd en zonder grote nadelen door te voeren.

**LPGGz**

Het Landelijk Platform GGz heeft met de patiëntenorganisaties CG-raad, CSO, NPCF en PlatformVG een gezamenlijke bestuurlijke reactie gegeven. De samenvatting hiervan staat bij het kopje CG-Raad.

**Nefarma**

De vereniging innovatieve geneesmiddelen Nederland zou graag zien dat het CVZ bij de alternatieve besparingsmogelijkheden aangeeft bij welke andere interventies dan geneesmiddelen de (kosten)effectiviteit getoetst zal worden. Nefarma vindt dat pakketkeuzes dienen te worden gemaakt op basis van de bijdrage aan

de gezondheidszorg vanuit maatschappelijk perspectief en gewogen tegen de investering die daarvoor nodig is, in plaats van het gebruiken van afkappunten die slechts leiden tot schijnzekerheid. Nefarma merkt op dat in geval van uitsluiting deze plaats dient te vinden op indicatieniveau en niet op behandelingsniveau om substitutie te voorkomen.

Tot slot vraagt Nefarma zich af waarom de eigen betaling bij alle vormen van zorg niet is meegenomen als alternatieve besparingsmogelijkheid.

***Nefemed***

De Nederlandse Federatie van producenten, importeurs en handelaren van medische producten stelt vraagtekens bij de onderbouwing van de keuze voor het MiDAS-onderzoek om daarmee 9 ziekten met zeer lage ziektelast te selecteren. Ook vindt Nefemed dat te weinig aandacht wordt besteed aan comorbiditeit en stapeling van aandoeningen.

Nefemed vraagt verduidelijking over de beschrijving van ziektelast als op zichzelf staand pakketcriterium.

De conclusie luidt dat er slechts beperkte mogelijkheden zijn tot operationalisering van het begrip lage ziektelast en dat er geen realistisch bezuinigingsbedrag kan worden genoemd. Ook is het onduidelijk waarop de lijst van uitstroombmogelijkheden wordt gebaseerd.

***NPCF***

De Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie heeft met de patiëntenorganisaties CG-raad, CSO, LpGGz en PlatformVG een gezamenlijke bestuurlijke reactie gegeven. De samenvatting hiervan staat bij het kopje CG-Raad.

***NPI***

Het Nederlands Paramedisch Instituut heeft met BRT-Advies een gezamenlijke reactie gegeven. De samenvatting hiervan staat bij het kopje BRT-Advies.

***NVLF***

De Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie vindt het, door het ontbreken van concrete pakketmaatregelen, lastig om een beeld te vormen van de consequenties voor de logopedist en de patiënt. Voor de NVLF is het belangrijk dat de zorg op een transparante wijze gefinancierd wordt. De nu beschreven voorstellen kunnen tot veel discussie in de behandelkamer leiden, waarbij patiënt en zorgverlener niet gebaat zijn.

***NVOS-Orthobanda***

De Vereniging van Orthopedisch Schoentechici en de Nederlandse Vereniging van Orthopaedisten en Bandagisten kan zich voorstellen dat de lage-ziektelastbenadering een rol kan spelen bij de geneeskundige zorg. Echter bij hulpmiddelenzorg gaat het om de stoornissen en beperkingen die mogelijk het gevolg kunnen zijn van ziekte en niet om de ziekte zelf. De protocollen van NVOS-Orthobanda zijn gebaseerd op functiegerichte omschrijving en aanspraak van hulpmiddelen. Het is bijzonder complex om een eenduidige relatie te leggen tussen ziekte en

functioneringsproblemen in relatie tot hulpmiddelen. De beschreven lage-ziectelastbenadering zal voor NVOS-Orthobanda grote bezwaren en uitvoeringsproblemen met zich meebrengen.

**NVZ**

De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen stelt dat ingrepen in het basispakket volgens zorgvuldige procedures, op basis van heldere criteria en met zo groot mogelijk draagvlak in de samenleving moeten gebeuren. De NVZ kan nu nog niet beoordelen of de gekozen benadering hiervoor de meest adequate is. Belangrijke aandachtspunten die de NVZ noemt zijn:

- Voldoende differentiatie naar subgroepen van patiënten en het verloop van het ziektebeeld in de tijd;
- Samenhang van pakketmaatregelen met bekostiging van overige activiteiten;
- Geen conflictering met andere regelgeving en richtlijnen of met internationale verdragen;
- Geleidelijke proefondervindelijke introductie.

**Platform VG**

De koepelorganisatie voor collectieve belangenbehartiging van mensen met een verstandelijke beperking, hun ouders en vertegenwoordigers heeft met de patiëntenorganisaties CG-raad, CSO, LpGGz en NPCF een gezamenlijke bestuurlijke reactie gegeven. De samenvatting hiervan staat bij het kopje CG-Raad.

**Revalidatie Nederland**

Revalidatie Nederland kan zich vinden in de aanbeveling voor de eerste fase, maar verwacht niet dat deze methode verdergaand kan worden toegepast. Ook merkt Revalidatie Nederland op dat de problematiek die gepaard gaat met chronische aandoeningen niet alleen leidt tot kosten in het ziekenhuis, maar ook tot maatschappelijke kosten. Besparing op het eerste (korte termijn) zal een toename van maatschappelijke kosten tot gevolg hebben (lange termijn) die waarschijnlijk groter is dan de besparing op korte termijn.

**VGN**

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland merkt op dat bekend is dat zijn cliënten relatief vaak te maken hebben met allerlei aandoeningen. Het is dan ook gewenst dat in de overwegingen om behandelingen uit het pakket te halen wordt gekeken naar subgroepen waarbij de individuele ziektelast niet laag is. Door de in het algemeen lage inkomenspositie van gehandicapten is zelf financieren van behandeling vaak niet mogelijk. Daarnaast maakt VGN zich zorgen over de relatie tussen de behandeling in de AWBZ en het Zvw-pakket. Cliënten met een indicatie voor een zorgzwaartepakket met behandeling hebben recht op onder andere geneeskundige zorg en farmaceutische zorg. VGN vraagt dan ook of een wijziging in het Zvw-pakket consequenties heeft voor de AWBZ-aanspraken.

**VvOCM**

De Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck stelt dat alleen een arts of specialist kan

bepalen wat de ziektelast is. Het is essentieel dat in het vervolgonderzoek duidelijk wordt welke meetinstrumenten gebruikt worden om de ziektelast te bepalen. De VvOCM vindt dat onvoldoende wordt benadrukt dat preventieve maatregelen een hoge ziektelast op termijn kunnen voorkomen. Ook merkt de VvOCM op dat bij de gepresenteerde definitie leeftijd een grote invloed heeft op de uitkomst. In het vervolgonderzoek zal duidelijk moeten worden op welke wijze hiermee rekening wordt gehouden. Tot slot zet de VvOCM vraagtekens bij de praktische uitwerking van de mogelijkheid om het criterium "redelijkerwijs aangewezen zijn op" toe te passen, omdat hiervoor een uitgebreide vorm van machtiging of toezicht achteraf nodig zijn.

**ZN**

Zorgverzekeraars Nederland kan zich vinden in de aanpak en analyse van het begrip lage ziektelast, ook in relatie tot een goed pakketbeheer. ZN vindt echter het uitgangspunt dat diagnostiek vergoed moet blijven aanvechtbaar, omdat diagnostiek altijd in relatie tot een veronderstelde diagnose wordt verricht. Over het ontzien van de huisarts is ZN van mening dat in brede zin gekeken moet worden naar de rol van de huisarts met inbegrip van de financiering van deze zorg. Wat betreft de uitvoeringsconsequenties ziet ZN bezwaren in alle voorgestelde juridische mogelijkheden, omdat deze in alle gevallen tot een toename van administratieve lasten of arbeidsintensief toezicht leiden.

**Antwoord CVZ**

De meeste geconsulteerde partijen hebben waardering voor de zorgvuldige en behoedzame wijze waarop het CVZ met de lage-ziektelastbenadering omgaat. Niettemin acht een aantal partijen (met name de patiënten- en artsenorganisaties) de lage-ziektelastbenadering een (vrijwel) onbegaanbare weg. De alternatieve besparingsmogelijkheden kunnen op meer steun rekenen, waarbij vooral gepast gebruik als kansrijk wordt beschouwd. In veel reacties komt naar voren dat de veldpartijen opnieuw betrokken willen worden in de consultatiefase van de vervolgrapporten. Het CVZ zal bij de verdere uitwerking van zowel de lage-ziektelastbenadering als de alternatieve besparingsmogelijkheden graag opnieuw gebruik maken van de expertise bij de stakeholders en wederom een brede consultatie organiseren. Aan de in de reacties genoemde specifieke aandachtspunten zal het CVZ in de vervolgrapporten aandacht schenken.

## 10. Advies van de ACP

- Discussie ACP** De Adviescommissie Pakket (ACP) besprak het conceptrapport in de vergadering van 20 januari 2012. Hierna volgt een korte weergave van de bespreking en het daaraan gekoppelde advies van de ACP.
- Definitie** De ACP plaatst kanttekeningen bij de gehanteerde definitie van ziektelast. De keuze voor “proportional shortfall” heeft als belangrijk nadeel dat de leeftijd een te grote rol kan spelen bij de uiteindelijke uitkomst. In dit model zal de ziektelast van een 80-jarige die de helft van zijn resterende levensverwachting dreigt te verliezen als gevolg van ziekte gelijk zijn aan de ziektelast van een 10-jarig kind dat de helft van zijn levensverwachting dreigt te verliezen door ziekte. Dat lijkt niet te stroken met de maatschappelijke intuïties hierover. Bovendien is dit niet consistent met het gebruik van absolute QALY's in doelmatigheidsanalyses van het CVZ. De commissie beveelt aan om de verschillende methodes evenwichtig weer te geven en de voor- en nadelen van de verschillende methodes ten opzichte van elkaar te laten zien. Los daarvan stelt de ACP voor om de waarde van de kwantitatieve benaderingen sterk te relativeren, zoals in het ontwerp rapport ook al gebeurt.
- Uitvoeringsproblemen** De problemen van een kwantitatieve benadering zijn goed beschreven: naast uitvoeringsproblemen zijn er ook belangrijke zorgeffecten waarmee rekening moet worden gehouden. In dat licht bezien moet de conclusie, dat met toepassing van de lage-ziektelastbenadering de beoogde kostenbesparing niet realistisch is, meer worden benadrukt.
- Aandoeningen** Over een aantal van de genoemde aandoeningen met minimale ziektelast zal waarschijnlijk wel maatschappelijke consensus bestaan, maar zelfs hier geldt dat er in individuele situaties ernstig verlies van kwaliteit van leven kan ontstaan. Daarom is terughoudendheid bij het voorstellen van pakketmaatregelen geboden.
- Advies ACP** De ACP adviseert de Raad van Bestuur om de in het conceptrapport gehanteerde definitie van ziektelast niet meer te gebruiken in het pakketbeheer. Ook adviseert de ACP om de conclusie, dat met de lage-ziektelastbenadering de in het Regeerakkoord vermelde bezuiniging niet realistisch is, meer te benadrukken. Tot slot onderschrijft de ACP de noodzaak om het lage-ziektelastcriterium altijd als onderdeel van een bredere afweging toe te passen en dat daarbij een appraisal essentieel is.

## 11. Conclusies en aanbevelingen

<b><i>Ziektelast goed criterium</i></b>	De lage-ziektelastbenadering is een plausibel onderdeel van verantwoord pakketbeheer. Het is een eerlijk en ethisch verantwoord criterium om te kunnen bepalen of de ernst van de ziekte of aandoening een beroep op collectieve financiering rechtvaardigt.
<b><i>Aanpak problematisch</i></b>	In de praktische uitwerking van de lage-ziektelastbenadering doen zich echter verschillende problemen voor. Deze zijn van methodologische aard (er is geen onomstreden methodiek voor het meten van ziektelast en er zijn onvoldoende gegevens over de ziektelast van specifieke aandoeningen), van zorginhoudelijke aard (onder meer door de heterogeniteit van ziektebeelden), van uitvoeringstechnische aard (het bekostigingssysteem kan voor verkeerde prikkels zorgen) en van wetstechnische aard (de Zorgverzekeringswet is niet gericht op aandoening, maar op interventie).
<b><i>Besparing niet haalbaar zonder schadelijke effecten</i></b>	Het CVZ acht een besparing van 1,3 miljard euro via de lage-ziektelastbenadering niet haalbaar binnen de principes van pakketbeheer (noodzakelijke zorg moet verzekerd zijn) en uitgaand van de oorspronkelijke formulering in het regeerakkoord (“Aandoeningen...die eerder als <i>ongemak</i> dan als ziekte worden gekenschetst, worden uit het pakket gehaald...”). Met andere woorden: indien de lage-ziektelastbenadering zodanig wordt toegepast, dat daarmee de bezuinigingsdoelstelling wordt gehaald, zal de consequentie zijn dat ook behandeling van ziekten met een relatief hoge ziektelast niet meer wordt vergoed, met gezondheidsschade als waarschijnlijk gevolg.
<b><i>Behoedzame aanpak</i></b>	Hoewel het lage-ziektelastcriterium slechts beperkt toepasbaar is om specifieke zorgvormen uit te sluiten van vergoeding, kan het criterium wel worden toegepast om aan te geven voor welke indicaties de zorg niet zou moeten worden verzekerd. Als vervolg op het voorliggende rapport stelt het CVZ voor om op kwalitatieve gronden een selectie te maken van aandoeningen die maatschappelijk als “ongemak” worden beschouwd en vervolgens te onderzoeken welke interventies, gericht op het wegnemen of verminderen van ongemakken, op dit moment tot het verzekerde pakket behoren. In de appraisalfase zal dan getoetst worden of, en zo ja onder welke voorwaarden, deze interventies kunnen worden uitgesloten van vergoeding uit de basisverzekering. Het aspect of de kosten van een interventie goed te dragen zijn voor het individu zal hierbij ook worden meegewogen.
<b><i>Geen kwantitatieve</i></b>	Mede gelet op de reacties van de geconsulteerde partijen en het advies van de ACP stelt het CVZ dat een

<b><i>benadering</i></b>	<p>strikt kwantitatieve benadering niet geschikt is om een afgewogen advies over de lage ziektelast te kunnen geven. Er zijn zoals geschetst problemen met operationalisatie en uitvoering voorzien, maar vooral ook schadelijke effecten ten aanzien van de kwaliteit van zorg.</p> <p>Stepped care, gebaseerd op het inzetten van zo eenvoudig mogelijke behandelingen in het beginstadium van ziekte, met opschaling naar zwaardere interventies als dit onvoldoende effect heeft, komt in het gedrang wanneer de “lichte” behandeling uit het verzekerde pakket zou verdwijnen.</p>
<b><i>Alternatieve besparingsmogelijkheden</i></b>	<p>Het CVZ onderkent de noodzaak van beheersing van de collectieve zorguitgaven, om ook in de toekomst een houdbaar pakket te kunnen waarborgen.</p> <p>Daarom verkennen wij in het rapport, zoals in de brief van de minister verzocht, een aantal alternatieve besparingsmogelijkheden.</p> <p>Het stimuleren van gepast gebruik van zorg is het beste alternatief. Het voorkomt overbodige en onnodige kosten door overbehandeling en levert daarnaast kwaliteitswinst op.</p> <p>In het pakketadvies 2012 gaat het CVZ nader in op het onderwerp gepast gebruik.</p> <p>Vanaf 2013 zal het Nederlands Zorginstituut een belangrijke taak krijgen bij het stimuleren van gepast gebruik.</p>
<b><i>Tijdspad</i></b>	<p>Het CVZ streeft er naar om de hierboven genoemde voorstellen (zowel de toepassing van de lage-ziektelastbenadering als de uitwerking van alternatieven) in de loop van 2012 op te stellen, zodat zij onderdeel kunnen vormen van het Pakketadvies 2013, dat begin april 2013 wordt uitgebracht. De kostenbesparingen kunnen dan in 2014 gerealiseerd worden.</p>

## **College voor zorgverzekeringen**

*Voorzitter Raad van Bestuur*

Arnold Moerkamp



Ministerie van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter Raad van Bestuur  
College voor Zorgverzekeringen  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

**Directie  
Zorgverzekeringen**

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Inlichtingen bij  
mr.dr.s.P.H.M.Thewissen**

T 070 3406042

**Ons kenmerk**  
Z-VU 3052198

**Bijlagen**

**Uw brief**

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum **7 MRT 2011**

Betreft **Uitvoeringstoetsen stringent pakketbeheer en lage-ziektelastbenadering**

Geachte heer Hermans,

**Aanleiding**

Het Regeerakkoord voorziet in een aantal wijzigingen in het collectief verzekerde pakket die leiden tot een financiële ombuiging in de komende jaren. Naast enkele pakketwijzigingen zijn de belangrijkste maatregelen hierbij stringent pakketbeheer en (met name) het uit het collectief verzekerde pakket halen van behandelingen gericht op aandoeningen met een lage ziektelast. Van belang is dat de pakketmaatregelen betrekking hebben op aanspraken. Middels deze brief verzoek ik u om mij door middel van twee uitvoeringstoetsen te adviseren over de toepassing van zowel stringent pakketbeheer, als lage-ziektelastbenadering.

Alvorens in te gaan op specifieke aandachtspunten voor beide uitvoeringstoetsen ga ik in op mijn beleidsdoelstellingen voor de komende jaren en op het hierbij relevante achtergrondkader. Ook behandel ik enkele algemene randvoorwaarden voor de uitvoeringstoetsen.

**Beleidsdoelstelling, achtergrondkader**

*Beoogd beleid*

In de brief van 26 januari 2011, met als motto *Zorg die werkt*, heb ik een overzicht gegeven van mijn beleidsdoelstellingen voor de komende jaren. De toenemende zorgvraag, het dreigend personeelstekort en de snel oplopende kosten dwingen ons om de zorg nog verder te verbeteren, veiliger en doelmatiger te maken. Van belang is dat zorg ook in de toekomst betaalbaar en voor iedereen beschikbaar blijft. Wat betreft de financiële houdbaarheid van het stelsel zijn mede van belang de afspraken die in het Regeerakkoord zijn gemaakt over stringent pakketbeheer en het uit het basispakket halen van de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast (kortweg: lage-ziektelastbenadering). In het Regeerakkoord is vastgelegd dat het verzekerde pakket stringenter beheerd zal worden, waarbij toelating van innovaties tot het verzekerde pakket meer eenduidig, samenhangend en consequent worden beoordeeld, verouderde behandelingsmethoden uit het pakket worden verwijderd en behandelingen die afwijken van richtlijnen vooraf toestemming krijgen van de zorginkoper. Het is de bedoeling dat op basis van noodzakelijkheid, (kosten)effectiviteit en





uitvoerbaarheid expliciet vooraf wordt besloten over de toelating tot het collectief verzekerde basispakket en dat verouderde behandelingsmethoden die niet voldoen aan de gestelde criteria uit basispakket worden verwijderd. Stringent pakketbeheer beoogt de toekomstige groei van de zorguitgaven te beperken. Dat levert € 0,030 mld op in 2012, € 0,040 mld in 2013, € 0,050 mld in 2014 en vanaf 2015 structureel € 0,070 mld.

Daarnaast is het de bedoeling van het kabinet om de behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast uit het basispakket te halen. Het kan dan gaan om verzekerde prestaties op het vlak van geneeskundige zorg, geneesmiddelen en GGZ-zorg. Vanaf 2015 moet deze maatregel leiden tot een structurele besparing van € 1,3 mld, waarbij rekening is gehouden met weglek, vervolgschade en substitutie.

**Directie  
Zorgverzekeringen**

**Ons kenmerk  
Z-VU 3052198**

#### *Huidige situatie pakketbeheer*

Het CVZ beheert het pakket en adviseert de minister over samenstelling en samenhang van een verantwoord pakket. Dit houdt in een basispakket waarin alleen die zorg is opgenomen die medisch noodzakelijk en effectief is en waarvan duidelijk is dat zij niet voor eigen rekening van de burger kan komen. Van dat pakket dient op gepaste werkwijze gebruik gemaakt te worden. Gepast gebruik kan door het CVZ worden bevorderd, maar ligt voor een belangrijk deel op het terrein van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa werkt inmiddels aan aanscherping van de toetsing verscherpt op rechtmatigheid van vergoedingen conform de Zvw, in navolging van de afspraak in het Regeerakkoord. Het gaat hier om zorg die ten laste van het collectief wordt gebracht, maar niet behoort tot het verzekerde basispakket.

De RVZ ging in 2006 in het advies *Zinnige en duurzame zorg* in op het vraagstuk van lage ziektelasten. De RVZ was van mening dat de burger kosten verbonden aan een lage ziektelast voor eigen rekening kan nemen. In 2010 is ook de werkgroep Heroverweging curatieve zorg op de lage-ziektelastbenadering ingegaan. Vanuit het noodzakelijkheids criterium steide de werkgroep zich daarbij de vraag wanneer ziekte/benodigde zorg een claim op solidariteit rechtvaardigt. Daarbij werd een onderscheid gemaakt in vijf niveaus van ziektelast. In een haalbaarheidstoets heeft het CVZ geconcludeerd dat het toepassen van lage ziektelast een kansrijke methode is. Wel zijn mogelijk nadelige gevolgen voor de verzekerde en voor het systeem onderscheiden. Ook heeft het CVZ nadruk gelegd op de therapeutische fase van de zorg en op de verbinding van ziektelast met kosten-effectiviteitsgegevens.

#### *Systematiek pakketbeheer*

Aanspraken in de Zorgverzekeringswet (Zvw) zijn op twee wijzen omschreven. Geneeskundige zorg is een voorbeeld van open omschreven zorg, terwijl farmaceutische zorg gesloten is omschreven. Beide vormen kennen zowel voor- als nadelen en om die reden is het noodzakelijk om na te gaan voor welke zorgvormen welke methodiek de juiste is. Bij de uitvoeringstoets lange termijn geneesmiddelenvoorziening heeft mijn voorganger<sup>1</sup> u gevraagd te onderzoeken of en onder welke condities een dubbel systeem mogelijk is waarbij sommige interventies vooraf en andere slechts incidenteel achteraf worden getoetst. Met betrekking tot stringent pakketbeheer zou de mogelijkheid bezien kunnen worden of voor andere delen van de zorg een meer gesloten omschrijving kan

<sup>1</sup> Brief aan voorzitter CVZ inzake uitvoeringstoets geneesmiddelen d.d. 13 april 2010



worden gebruikt. Aanscherping van de pakketcriteria bij open omschreven zorg kan mogelijkheden bieden om mogelijk ondoelmatig gebruik tegen te gaan. Stringent pakketbeheer, kan bijdragen aan kostenbeheersing in de zorg door te ijveren voor een rationeel pakket: in beginsel wordt alleen zorg die in voldoende mate evidence based is uit collectieve middelen vergoed, tenzij het innovatieve zorg betreft waarover nog onvoldoende data beschikbaar zijn. Voor deze vorm is voorwaardelijke financiering een instrument voor tijdelijke toelating, in afwachting van nadere gegevens over effectiviteit en doelmatigheid.

Wat betreft stringent beheer heeft het CVZ overigens al eerder aangegeven dat dit thema in de vaste pakketcyclus een nadrukkelijker rol zal innemen. Naar ik heb begrepen is de invulling van in het Regeerakkoord vastgelegde besparing 2012 nog niet meegenomen in het pakketadvies 2011, dat verschijnt op 1 april a.s. Bij brief van 18 januari 2011 is het CVZ daarom verzocht om in het late voorjaar 2011 een aanvullend uitstroomadvies uit te brengen. Op grond daarvan kan de voor 2012 voorziene financiële besparing uit het Regeerakkoord worden ingevuld.

Directie  
Zorgverzekeringen

Ons kenmerk  
Z-VU 3052198

#### *Beleidsontwikkelingen*

Aanpalende beleidsontwikkelingen zijn eveneens van invloed op de doelmatige verstrekking van het basispakket. Het instrument voorwaardelijke financiering zal gebruikt worden om de uitstroom van niet-adequate zorg uit het pakket te bevorderen, evenals de toelating van nieuwe, innovatieve zorg. Het CVZ heeft al eerder een rapport uitgebracht over de toepassing van voorwaardelijke financiering. Ook wordt de samenhangende sturing op kwaliteit, richtlijnconformiteit, verzekerde aanspraak en pakketbeheer voortgezet en verankerd middels een samenvoeging van relevante instituties op dit terrein in een Kwaliteitsinstituut.

#### **Vraag om uitvoeringstoetsen**

Ik ben voornemens om zowel stringent pakketbeheer als de lage-ziektelastbenadering voortvarend ter hand te nemen. Van belang is dat de pakketmaatregelen gaan om aanspraken. In dat kader verzoek ik het CVZ voor beide maatregelen in een uitvoeringstoets aan te geven op welke wijze deze uitgevoerd kunnen worden, aan welke randvoorwaarden dient te worden voldaan en met welke effecten rekening moet worden gehouden.

#### *Uitvoeringstoets stringent pakketbeheer*

In het Regeerakkoord is voor stringent pakketbeheer vanaf 2012 jaarlijks een besparing voorzien. U bent gevraagd om in het late voorjaar met het oog hierop een aanvullend pakketadvies uit te brengen met maatregelen voor 2012. Voor de jaren daarna verwacht ik dat het CVZ jaarlijks in het reguliere pakketadvies zal ingaan op stringent beheer en voorstellen zal doen voor te nemen maatregelen om de voorziene besparingen te kunnen invullen. Het gaat daarbij in brede zin over het stringenter toelaten van nieuwe medische behandelingen tot het verzekerde pakket en om het verwijderen van wat in het Regeerakkoord zijn genoemd verouderde behandelingsmethoden en de toelating van innovaties, waarbij kosteneffectiviteit een rol speelt.

Daarnaast wil ik u vragen om in een uitvoeringstoets rondom de systematiek van stringent pakketbeheer in te gaan op de volgende vragen:

- *Expliciete besluitvorming over pakket.* Op welke wijze kunnen de criteria van noodzakelijkheid, (kosten)effectiviteit en uitvoerbaarheid bij de besluitvorming over de toelating tot het pakket expliciet vooraf worden toegepast? Welke



mogelijkheden zijn er voor expliciete besluitvorming en draagt een gesloten systeem van omschrijven daar meer aan bij dan het huidige systeem? Hoe passen aanpalende beleidsvoornemens daarin zoals die rond de lange termijnbeleid geneesmiddelenvoorziening?

Directie  
Zorgverzekeringen

Ons kenmerk  
Z-VU 3052198

- *Kosteneffectiviteitscriterium*. Op welke wijze kan het criterium kosteneffectiviteit expliciet worden toegepast bij stringent pakketbeheer? Kan CVZ adviseren over grenzen of kosten-bandbreedtes per QALY?
- *Toestemming bij afwijking*. In welke situaties is het noodzakelijk om vooraf toestemming te verkrijgen van de zorginkoper voor behandelingen die afwijken van richtlijnen? Hoe verhoudt zo'n toestemmingsvereiste zich tot Europese regelgeving? Wat betekent dit voor de professionele autonomie van de zorgverlener en voor keuzemogelijkheden voor de patiënt?
- *Uitvoerbaarheid*. Voor beide bovenstaande punten verzoek ik u in te gaan op de uitvoerbaarheid en noodzakelijke randvoorwaarden voor effectieve werking.

Ik verzoek u deze uitvoeringstoets uit te brengen voor 1 november 2011. Inhoudelijk zijn er overigens raakvlakken met de uitvoeringstoets lange termijnbeleid geneesmiddelenvoorziening die het CVZ momenteel voorbereidt.

#### *Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering*

De besparing voor de lage-ziektelastbenadering is voorzien vanaf 2015, maar heeft een dusdanige omvang dat de invoering zorgvuldig en tijdig dient te worden voorbereid. Ook hier stel ik het oordeel van het CVZ in een uitvoeringstoets op prijs. In reactie op de (gewijzigde) motie Van der Veen c.s. (32 500 XVI, nr. 28; begrotingsbehandeling VWS) heb ik toegezegd voor 1 maart 2012 aan de Tweede Kamer een voorstel te zullen presenteren voor de uitvoering van de aanpassing van het pakket op basis van het criterium lage ziektelast. Ik ben voornemens daarin ook in te gaan op de vraag welke aandoeningen met lage ziektelast gepaard gaan.

In een uitvoeringstoets over de lage-ziektelastbenadering verzoek ik u in te gaan op de volgende vragen:

- *Voorstel invulling besparing*. Kan het CVZ een voorstel doen voor te nemen pakketmaatregelen met een lage ziektelast van ten minste € 1,3 mld voor geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg en geneesmiddelen? Het voorstel dient een dusdanige omvang te hebben zodat keuzes gemaakt kunnen worden t.a.v. de besparing uit het Regeerakkoord die een gegeven is. Hierbij kan naast de drie genoemde terreinen ook additioneel worden gekeken naar andere onderdelen van het basispakket, rekening houdend met maatregelen die reeds onderdeel zijn van lopend en/of voorgenomen beleid.
- *Randvoorwaarden*. Wat zijn noodzakelijke randvoorwaarden voor toepassing van de lage-ziektelastbenadering, rekening houdend met specifieke omstandigheden van respectievelijk geneeskundige zorg, geestelijke gezondheidszorg en geneesmiddelen? Is effectieve monitoring mogelijk en op welke wijze dient het toezicht (NZa, CVZ) invulling te krijgen?
- *Uitvoeringsaspecten*. In hoeverre is (technische) aanpassing van de Zvw-systematiek of de bekostigingssystematiek en daarop gebaseerde regelgeving noodzakelijk? Met welke (technische) uitvoeringsaspecten moet rekening worden gehouden om de pakketmaatregelen uit te voeren, bijvoorbeeld de ondeelbaarheid van dbc's?



- *Neveneffecten*. Wat zijn de consequenties indien aandoeningen met een lage ziektelast niet langer deel uitmaken van het basispakket? Wat betekent dat voor de uitvoerbaarheid en voor de samenhang in het pakket? Is het mogelijk om vervolgschade (ook in aanpalende sectoren), weglek en upcoding in beeld te brengen? Hoe kan substitutie van zorg worden voorkomen?

**Directie  
Zorgverzekeringen**


**Ons kenmerk  
Z-VU 3052198**

Ik verzoek u in de uitvoeringstoets ook aandacht te besteden aan mogelijk andere aandachtspunten die relevant zijn voor een effectieve toepassing. Ik verzoek u om de uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering uiterlijk in januari 2012 uit te brengen, zodat ik uw advies kan betrekken bij het plan van aanpak lage-ziektelastbenadering dat ik in maart 2012 aan het parlement wil sturen.

*Randvoorwaarden, planning*

Voor beide uitvoeringstoetsen verzoek ik u bovendien om stil te staan bij de gevolgen van beide maatregelen op de werking van het stelsel, op de keuzevrijheden en verantwoordelijkheden van partijen in de zorg. Nadrukkelijke aandachtspunten zijn ook de uitvoerbaarheid van de voorstellen (waaronder administratieve lasten), oplossingen voor ongewenste neveneffecten, de monitoring en de rollen van toezichthouders daarbij.

Met vriendelijke groet,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

  
mw. ds. E.I. Schippers



## Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

> Retouradres Postbus 20350 2500 EJ Den Haag

De Voorzitter van de Tweede Kamer  
der Staten-Generaal  
Postbus 20018  
2500 EA DEN HAAG

Bezoekadres:  
Parnassusplein 5  
2511 VX Den Haag  
T 070 340 79 11  
F 070 340 78 34  
www.rijksoverheid.nl

**Ons kenmerk**  
Z/VU-3052579

**Bijlagen**

**Uw brief**  
17 februari 2011

*Correspondentie uitsluitend  
richten aan het retouradres  
met vermelding van de datum  
en het kenmerk van deze  
brief.*

Datum 22 maart 2011  
Betreft verwijdering lage ziektelast uit het pakket

Geachte voorzitter,

Naar aanleiding van de beantwoording van schriftelijke Kamervragen van de Leden Pechtold (D66), Cohen (PvdA), Roemer (SP), Halsema (GL), Rouvoet (CU) en Thieme (PvdD) heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport gevraagd aan te geven waar de verhoging van € 300 miljoen voor de structurele bezuiniging lage ziektelast vandaan komt, welke alternatieven zijn gezocht en hoe de invulling kan plaatsvinden.

In het regeerakkoord is besloten om verzekerde prestaties gericht op behandeling van aandoeningen met een lage ziektelast uit het basispakket te lichten. Dit dient te leiden tot een structurele besparing van € 1 miljard netto.

Bij de verwerking van het regeerakkoord is vastgesteld dat het beperken van het verzekerd pakket langs drie wegen leidt tot besparingsverliezen, waardoor de beoogde besparing niet gehaald wordt.

Ten eerste maken patiënten minder gebruik van zorg die ten laste komt van de wettelijke verzekering. Een aantal patiënten zal daardoor het eigen risico niet langer volledig volmaken, waardoor de macro-opbrengsten van het eigen risico zullen dalen.

Ten tweede mag aangenomen worden dat de maatregel verschillend uitwerkt over bevolkingsgroepen. Het gemiddelde eigen risico van relatief gezonde verzekerden zal hierdoor dalen. Het eigen risico van chronisch zieken blijft (afgezien van het hierna te beschrijven effect) gelijk, omdat zij het eigen risico vol maken met andere behandelingen. Het verschil in eigen risico tussen chronisch zieke en relatief gezonde verzekerden neemt dus toe. Dat leidt tot een besparingsverlies via een verhoging van de Compensatie Eigen Risico (CER), de gedeeltelijke tegemoetkoming voor mensen met meerjarig voorspelbare hoge zorgkosten. Ten derde zal het eigen risico relatief dalen als gevolg van lagere zorgkosten. Het maximale eigen risico (in 2011 € 170) is geïndexeerd met de ontwikkeling van de Zvw-uitgaven. De groei van die Zvw-uitgaven komt door de beoogde pakketbeperking via de lage-ziektelastbenadering in 2015 duidelijk lager uit. Samen leiden deze drie effecten tot € 0,3 miljard lagere macro-opbrengsten via het eigen risico. Deze lagere opbrengsten staan vermeld op regel I 7 van de BKZ-tabel in Bijlage 3 bij de Startnota (TK 2010-2011, 32500 nr. 29).

Omdat de structurele besparing van de pakketbeperking vanaf 2015 netto € 1 miljard dient te bedragen, zal de pakketbeperking bruto € 1,3 miljard moeten bedragen. In die zin is er geen sprake van alternatieven.

**Ons kenmerk**  
Z/VU-3052579

In reactie op de (gewijzigde) motie Van der Veen c.s. (32 500 XVI, nr. 28; begrotingsbehandeling VWS) heb ik toegezegd voor 1 maart 2012 aan de Tweede Kamer een voorstel te zullen presenteren voor de uitvoering van de aanpassing van het pakket op basis van het criterium lage ziektelast. In dat plan van aanpak zal ik ook ingaan op de invulling van de maatregel.

Hoogachtend,  
de Minister van Volksgezondheid,  
Welzijn en Sport,

mw. drs. E.I. Schippers

## ***Uitwerking van het pakketprincipe noodzakelijkheid; dimensie Ziektelast***

Elly Stolk, 27 February 2009

### **Inhoudsopgave**

<b>Samenvatting</b> .....	<b>2</b>
<b>1. Inleiding</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Afbakening noodzakelijkheid</b> .....	<b>5</b>
2.1. Twee dimensies van noodzaak.....	5
2.2. Waarom kent noodzaak twee dimensies?.....	6
2.3. Nadelige pluriformiteit.....	7
2.4. Hoe verder met noodzaak?.....	8
<b>3. Ziektelast: Assessment</b> .....	<b>10</b>
3.1. Definitie van ziektelast.....	10
3.2. Assessment methodiek.....	10
3.3. Relatie met kosteneffectiviteit.....	12
3.4. Noodzakelijkheid in de care sector: zorgbehoefte.....	14
<b>4. Verkenning consequenties ziektelast</b> .....	<b>16</b>
4.1. Leeftijd.....	16
4.2. Preventie.....	17
4.3. Heterogene populaties.....	18
4.4. Korte en hevige aandoeningen.....	19
<b>5. Discussie over ziektelast</b> .....	<b>21</b>
5.1. Voor- en nadelen van ziektelast .....	21
5.2. Bruikbare alternatieven? .....	21
5.3. Doorontwikkeling van ziektelast?.....	23
<b>6. Ziektelast: Appraisal</b> .....	<b>25</b>
<b>Referenties</b> .....	<b>26</b>



## **Samenvatting**

Dit rapport heeft tot doel aan te geven wat de rol van 'ziektelast' is in besluitvorming over vergoeding van medische technologie. Ziektelast geeft een uitwerking aan het criterium noodzakelijkheid dat naast de criteria effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid gebruikt wordt voor pakketbeheer. Discussies over vergoeding van medische technologie ondervonden in het verleden veel hinder van pluriforme opvattingen over de vraag of een voorziening wel of niet noodzakelijk is. Het idee achter ziektelast is, dat behandeling noodzakelijker is naarmate de ziektelast groter is. Doordat ziektelast een meetbare invulling geeft aan noodzakelijkheid, wordt noodzakelijkheid meer objectiveerbaar. Het criterium wint daardoor aan kracht.

In een ziektelast berekening wordt bepaald hoe goed of slecht de gezondheid van een patiënt is. Ziektelast is gedefinieerd als *de relatieve hoeveelheid gezondheid die een persoon verliest gedurende zijn normaal verwachte levensduur als gevolg van een bepaalde aandoening wanneer hiervoor geen behandeling zou plaatsvinden (CVZ 2001a; CVZ, 2002)*. Ceteris paribus betekent dit dat naarmate er meer gezondheid verloren gaat wanneer een bepaalde aandoening niet wordt behandeld, de ziektelast van die aandoening hoger is. Ziektelast is echter wel een relatieve maat. Het gaat in een ziektelastmeting om de hoeveelheid gezondheid die verloren dreigt te gaan *ten opzichte van de hoeveelheid gezondheid die zonder de aandoening aanwezig zou zijn*. Ziektelast meet dus welke proportie van de resterende gezondheid verloren dreigt te gaan. De Engelse term voor dit construct, *proportional shortfall*, dekt dan ook goed de lading. Voor de uitwerking van noodzakelijkheid in termen van ziektelast is proportionaliteit een belangrijk aspect. Doordat ziektelast een relatieve maat is, kunnen jonge en oude mensen allebei een hoge of lage ziektelast ervaren.

Het belang van ziektelast voor beleid over vergoeding wordt onderstreept in recente beleidsrapporten over methodiek voor vergoedingsbesluiten (CVZ 2001; CVZ 2002; Gezondheidsraad 2003; RVZ 2006). In beleid wordt de meting van ziektelast gebruikt als verdeelprincipe naast effectiviteit en kosten. Deze criteria willen we in onderlinge samenhang bezien. In kosteneffectiviteit worden al de effecten en kosten aan elkaar gerelateerd. Ziektelast voegt hieraan toe dat de verhouding tussen kosten en effecten die acceptabel wordt gevonden, afhangt van de ernst van de aandoening. Ziektelast appelleert aan het gevoel dat zorg meer noodzakelijk is wanneer de aandoening ernstiger is. De maatschappelijke betalingsbereid is dan ook navent hoger. Dit idee kunnen we toepassen in vergoedingsbesluiten door mildere eisen te stellen aan de doelmatigheid van de behandeling voor ernstig zieken dan aan de doelmatigheid van de behandeling van patiënten met een lage ziektelast. Ziektelast wordt naast kosteneffectiviteit gebruikt, omdat in de Nederlandse zorg niet belang gehecht wordt aan een efficiënte gebruik van middelen in de zorg, maar ook aan een eerlijke, gelijke verdeling van gezondheid. Deze twee fundamentele doelen zijn niet gelijktijdig te realiseren, omdat een efficiënte verdeling niet noodzakelijk leidt tot de meest gelijke verdeling. In beleid wordt daarom een afruil gemaakt door de eis aan doelmatigheid te variëren met ziektelast, zoals uitgewerkt in het model van de voor ziektelast gecorrigeerde doelmatigheidsstoets.

In het gepresenteerde beleidsmodel heeft ziektelast *omwille van een streven naar rechtvaardige verdeling* een groot gewicht in besluitvorming. Een probleem hierbij is dat de definitie van ziektelast potentieel omstreden is. Er is een hoge mate van consensus over het idee om de behandeling van ernstig zieken te prioriteren, Mensen kunnen evenwel van mening verschillen over de vraag hoe ernstig een ziekte precies is. Om te bepalen in welke mate de huidige definitie van ziektelast passend is, zijn specifieke verdelingsconsequenties van een voor ziektelast

gecorrigeerde doelmatigheidstoets bestudeerd. Hieruit blijkt dat er verschillende situaties zijn waar we alert moeten zijn op een eventuele onderschatting van noodzakelijkheid in de berekening van ziektelast, namelijk bij evaluatie van preventieve ingrepen, en bij evaluatie van ziektelast in jonge mensen die veel gezondheid dreigen te verliezen. Andersom is het denkbaar dat ziektelast overschat wordt bij oude mensen die ongeacht de aandoening waarvoor nu behandeling wordt overwogen, toch nog maar kort te leven hebben.

Ziektelast is dus een mooie, maar niet probleemloze of volledige stap in het optuigen van een besluitvormingskader voor het beoordelen van medische technologie. Alternatieven voor ziektelast, zoals de rule of rescue benadering of fair innings, geven ook niet een invulling aan noodzaak die op uniform draagvlak kan rekenen. Dat komt omdat pluraliteit in opvattingen over rechtvaardigheid een natuurlijke stand van zaken is. Hierdoor zullen we nooit in staat zijn een definitie aan noodzakelijkheid te geven die onomstreden is. Dit impliceert dat we nauwelijks of geen vooruitgang kunnen boeken door op zoek te gaan naar alternatieven voor ziektelast. De belangrijkste manier om progressie te boeken is een visie te formuleren hoe om te gaan met pluraliteit, en/of te bepalen welk gewicht aan verschillende rechtvaardigheidsopvattingen kan worden toegekend. Hier is nu nog weinig over bekend.

Gegeven de inherente beperkingen van ziektelast, zal er niet automatisch een direct verband bestaan tussen de uitkomst van een voor ziektelast gecorrigeerde doelmatigheidstoets en het uiteindelijke besluit over vergoeding. We kunnen verwachten dat kans op vergoeding toeneemt wanneer doelmatigheid beter is of ziektelast groter, maar we zullen ook ons gevoel laten spreken over de vraag of in een situatie geen relevante aanvullende overwegingen worden gemist. De waarde van de ziektelastberekening schuilt er dan ook vooral in dat het een geobjectiveerd startpunt biedt over noodzakelijkheid, en dat we kunnen aanvoelen in welke situaties er mogelijk discrepanties ontstaan tussen ziektelast en maatschappelijke voorkeuren. Door de beperkingen van ziektelast is het cruciaal dat mensen zich goed realiseren wat het getal van ziektelast precies betekent, en dat er een open discussie is over het belang van andere overwegingen. Procesmatig betekent dit dat in de *appraisalfase* expliciet gemaakt moet worden op welke gronden men precies tot een conclusie komt over de wenselijkheid van vergoeding. Dan wordt toetsbaar of er draagvlak voor beleid bestaat en of het beleid consistent is.

## 1. Inleiding

'Noodzakelijkheid' wordt naast de effectiviteit, kosteneffectiviteit, en uitvoerbaarheid gebruikt als criterium voor pakketbeheer. Dit criterium wordt gehanteerd om te reflecteren op de vraag: "*Rechtvaardigt de ziekte, beperking of benodigde zorg een claim op solidariteit, gegeven de culturele context?*" (CVZ, 2006). Hieraan ten grondslag ligt de veronderstelling dat niet alle zorg die medisch mogelijk is of die patiënten wensen ook per definitie thuishoort in het collectief gefinancierde pakket. Bij de beoordeling van noodzakelijkheid gaat het in de huidige systematiek om twee verschillende beoordelingen: ziektelast en noodzakelijk te verzekeren zorg. Met ziektelast wordt bekeken of de ernst van de gezondheidsproblemen van een patiënt een beroep op collectief gefinancierde zorg rechtvaardigt. Met noodzakelijk te verzekeren zorg wordt onderzocht of het maatschappelijk bezien nodig of aangewezen is om een zorginterventie te verzekeren. Hiertoe wordt onder meer bepaald of een voorziening *algemeen gebruikelijk* en *financieel toegankelijk* is.

De hoofddoelstelling van dit rapport is het uitwerken van de dimensie 'ziektelast' van noodzakelijkheid, maar voordat we daartoe overgaan is hoofdstuk 2 gewijd aan de afbakening van het noodzakelijkheidconcept. Aanleiding hiertoe is dat het multidimensionale karakter van noodzakelijkheid voor verwarring zorgt over wat precies onder noodzaak verstaan wordt, wat de toepassing van ziektelast frustreert. In hoofdstuk 2 wordt vanuit historisch perspectief de bron voor de verwarring onderzocht. Uit de analyse blijkt dat het destijds een ongelukkige ingreep is geweest de term noodzakelijkheid als een paraplu-begrip te gaan gebruiken voor ziektelast enerzijds en de dimensie 'noodzakelijk te verzekeren zorg' anderzijds. De vele overwegingen die hierin een rol spelen maken het lastig om een sjabloon te vinden voor een verstandige afweging over de noodzaak tot of wenselijkheid van collectieve financiering (CVZ, 2001b). In deze pluriforme afweging dreigt bovendien de toetsing op noodzakelijkheid verbonden te worden met het eindoordeel op de vraag of vergoeding van een medische technologie aangewezen is. Dit gaat ten koste van een gestructureerd debat waarin aan alle criteria recht gedaan wordt, ziektelast, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid alvorens het eindoordeel bepaald wordt. Bepleit wordt daarom om voortaan onder 'noodzakelijkheid' alleen nog ziektelast te scharen, een wijziging waar eerder al voor gepleit is (Busschbach, 2008).

Een probleem voor de uitwerking van ziektelast is dat elke definitie die men kiest, potentieel omstreden is in uitgangspunten en praktische toepassing. Er is een hoge mate van consensus over het idee om de behandeling van ernstig zieken te prioriteren, maar mensen kunnen blijvend met elkaar van mening verschillen over de vraag hoe we precies de ernst van een ziekte meten of welke morele justificatie eraan ten grondslag ligt. Het is voor de consistentie en transparantie van beleid belangrijk dat in het Nederlandse vergoedingsbeleid op dit punt een keuze is gemaakt, maar we zullen de beperkingen wel in het oog moeten houden. Dit hoofdstuk beoogt daarom de lezer toe te rusten zich een kritische mening over ziektelast te vormen, zodat men telkens bij toepassing ervan kan reflecteren op de vraag of ziektelast bestaande opvattingen over rechtvaardigheid weergeeft of dat er relevante overwegingen worden gemist. Daartoe beschrijft hoofdstuk 3 de definitie van ziektelast. Hoofdstuk 4 bestudeert de verdelingsconsequenties van ziektelast. Reflectie op de voor- en nadelen van ziektelast en bruikbare alternatieven volgt in hoofdstuk 5. Hoofdstuk 6 rondt af met aanwijzingen voor het hanteren van ziektelast in de appraisalfase van een pakketbeoordeling door CVZ.

## 2. Afbakening noodzakelijkheid

De algemene indruk bestaat dat het criterium noodzakelijkheid maar moeilijk toepasbaar is, omdat eenduidige oordeelsvorming over noodzaak van behandeling in de praktijk vaak lastig is gebleken. Dit perspectief doet echter geen recht meer aan het criterium gezien de snelle evolutie die het criterium heeft doorgemaakt, vooral in de ontwikkeling van ziektelast. Dit hoofdstuk beschrijft die evolutie om duidelijkheid te geven over de potentie van noodzaak.

### 2.1. Twee dimensies van noodzaak

In de huidige systematiek omvat de beoordeling van noodzaak twee elementen: een evaluatie van ziektelast, en een beoordeling of het noodzakelijk is de voorgestelde behandeling te verzekeren. Met een ziektelast berekening willen we bijdragen aan beantwoording van de vraag: hoe goed of slecht is de gezondheid van een patiënt in vergelijking tot andere patiënten? Het idee achter het meenemen van de ziektelast dimensie is dat het rechtvaardig is om mensen voor wie behandeling 'noodzakelijker' is op een bepaalde manier 'voorrang' of 'prioriteit' te geven. Dit betekent dat ziektelast in deze context verwijst naar de *individuele* ziektelast, en niet naar de *maatschappelijke* ziektelast waarin naast de last die een ziekte voor een individu veroorzaakt ook prevalentie een rol speelt<sup>1</sup>. In alledaagse taal gezegd beoogt het ziektelast concept dus te achterhalen hoe erg het voor een individu is om een bepaalde ziekte te hebben.

Het idee achter 'noodzakelijk te verzekeren zorg' is dat niet alle zorg onder de collectieve verantwoordelijkheid kan of moet vallen, ongeacht de ziektelast of (kosten)effectiviteit (CVZ, 2006). Onder noodzakelijk te verzekeren zorg zijn twee factoren genoemd die het meer of minder aantrekkelijk kunnen maken om een interventie in het collectief gefinancierde pakket op te nemen: de kosten van de interventie voor een patiënt, en de mate waarin een voorziening als normaal of algemeen gebruikelijk beschouwd wordt. De zorgverzekering beoogt burgers te beschermen tegen *hoge* financiële kosten van zorg die *onverwacht* geconsumeerd wordt. Voor goedkope interventies staan de kosten van het verzekeringsstelsel niet in verhouding tot het verzekerd bedrag<sup>2</sup>. Voor algemeen gebruikelijke zorg kan het verzekeringsstelsel niet voorzien in het afdekken van risico's<sup>3</sup>. Potentieel gaat het bij de vraag of het nodig of wenselijk is een behandeling in het verzekerde pakket op te nemen om een veel breder scala aan overwegingen. Denk bijvoorbeeld ook aan de haalbaarheid en houdbaarheid van financiering, externe effecten, ethische overwegingen, lifestyle, kans op misbruik, risico op substitutie, situatie-specifieke overwegingen, en het draagvlak voor solidariteit (Van Luijn, 1995). Deze overwegingen vallen evenwel onder het pakketprincipe 'uitvoerbaarheid'.

Er bestaat een relatie tussen de twee dimensies van noodzakelijkheid. Vanuit de verzekeringsgedachte heeft de verzekering tot doel ervoor te zorgen dat men zich verzekerd weet van zorg voor ziekten die ernstige consequenties heeft voor de gezondheid. Voor ziektebeelden die een minimale ziektelast genereren kan men zowel behandeling als verzekering als minder noodzakelijk beschouwen.

<sup>1</sup> Prevalentie speelt wel een rol in het berekenen van nationale ziektelast, waarbij het gaat om metingen van de omvang van het gezondheidsverlies dat aan specifieke ziektebeelden kan worden toegeschreven. Dit wordt vaak uitgedrukt in DALYs. Zie bijvoorbeeld Hoeymans et al, 2006.

<sup>2</sup> Soms wordt een uitzondering gemaakt met het oog op kostenaccumulatie voor chronisch zieken. Het is evenwel de vraag of het efficiënt is deze inkomenseffecten mee te wegen bij pakketbeheer,

<sup>3</sup> Verzekering voorziet dan vooral nog in een systeem voor gespreid betalen, hetgeen geen grondslag is voor opname in het verzekerde pakket is (CVZ, 2006).

## 2.2. Waarom kent noodzaak twee dimensies?

Historisch is de herkomst van de tweeledige invulling van noodzakelijkheid eenvoudig te achterhalen. Alle criteria in het huidige besluitvormingsmodel zijn oorspronkelijk voorgesteld door de commissie Dunning (1991). De commissie Dunning maakte duidelijk dat in tijden van schaarste het wenselijk is dat pakketbeslissingen onderbouwd worden volgens het principe van evidence based medicine. Effectiviteit en kosteneffectiviteit zijn de criteria die dit uitwerken. De commissie vond echter dat niet alle zorg die (kosten)effectief is ook in het collectief gefinancierde pakket thuis hoort. Deze opvatting is uitgewerkt met de criteria noodzakelijkheid en eigen rekening en verantwoording. Met de introductie van noodzakelijk te verzekeren zorg in noodzakelijkheid is de grens tussen de laatste twee criteria vervaagd. De ontwikkelingen die hiertoe geleid hebben worden hieronder geschetst.

Met noodzakelijkheid reflecteerde de commissie Dunning op de vraag hoe belangrijk het is dat een aandoening behandeld wordt. Hieromtrent voorzag men discussie, want artsen, individuen en de gemeenschap hebben er vaak een ander idee over. De commissie Dunning stelde expliciet dat voor pakketbeslissingen in de zorg de gemeenschapsgerichte benadering voorop staat. Dit reflecteert de visie dat het doel van zorg niet is om *alle* afwijkingen van perfecte gezondheid op te lossen, maar om ieder gelijke kansen te geven om het leven zoveel mogelijk naar eigen goeddunken in te vullen. Prioriteit moet men dan geven aan behandeling van mensen van wie het functioneren het meest ernstig bedreigd is<sup>4</sup>. Eigen rekening en verantwoording werd door de commissie Dunning gebruikt om te reflecteren op de vraag hoe belangrijk het is dat een bepaalde behandeling collectief gefinancierd wordt. Het gaat er in dit criterium om te bepalen welke vorm van financiering passend is voor een behandeling. Eigen rekening en verantwoording werd gebruikt om aan te geven dat niet alle zorg die noodzakelijk, effectief en kosteneffectief is, automatisch valt onder de collectieve verantwoordelijkheid voor financiering van zorg. Bij het afbakenen van collectieve en individuele verantwoordelijkheid spelen allerlei overwegingen een rol, bijvoorbeeld lifestyle, kosten, budgetimpact, moral hazard<sup>5</sup>, en externe effecten.

Het werken met de Dunning criteria bleek in de praktijk evenwel lastig. Dit komt omdat aan elk criterium een voorschrijvend karakter werd toegedacht, ook aan noodzakelijkheid (Stronks et al., 1995). Dit impliceert voor 'noodzakelijkheid' dat dit criterium gebruikt werd in absolute zin. Is een interventie noodzakelijk, ja of nee? Bij een negatief oordeel, valt de beoordeelde interventie buiten het pakket. Omdat voor vrijwel iedere interventie op zijn minst één patiëntengroep te vinden was voor wie die interventie noodzakelijk werd gevonden, had dit criterium nauwelijks effect op de breedte van het pakket. De expliciete keuze om noodzakelijkheid te bepalen vanuit de gemeenschapsgerichte benadering bood nog te weinig steun aan degenen die de harde grens tussen wel en niet noodzakelijk zouden moeten trekken. Bij gevolg gebeurde de toetsing feitelijk alleen op de overige drie criteria: effectiviteit, kosteneffectiviteit en (toen nog) eigen rekening en verantwoording. Hierin woog effectiviteit het zwaarste, omdat van de toelating van enkele niet kosteneffectieve interventies tot het pakket een precedent werking uitging, en omdat eigen rekening en verantwoording veel discussie opriep.

---

<sup>4</sup>Dit idee herkennen we terug in ziektelast, omdat gezondheid gezien wordt als voorwaarde om normaal te functioneren in de maatschappij. Zorg is dan het belangrijkste voor mensen die geconfronteerd worden met een kans op ernstige gezondheidsproblemen als blijvende invaliditeit of vroegtijdige sterfte, omdat die problemen het functioneren het sterkst bedreigen.

<sup>5</sup>Een term die veel gebruikt wordt als het over verzekeringen gaat. Bedoeld wordt dat iemand zich anders gaat gedragen, zodra hij verzekerd is, bijvoorbeeld risicovoller, of met een ander consumptiepatroon van zorg.

Om toch aan pakketbeheer te kunnen doen, werkte in 1995 de toenmalige ziekenfondsraad de criteria opnieuw uit in het "Toetsingsmodel extramurale farmaceutische hulp". De ziekenfondsraad verving 'noodzakelijkheid' door 'noodzakelijk te verzekeren zorg'. Dit gebeurde omdat men destijds veronderstelde dat het altijd lastig zou blijven een eenduidig antwoord te geven op de vraag of behandeling noodzakelijk is of niet, en dat daarom het noodzakelijkheidscriterium nooit operationeel zou worden. Liever verving men daarom dit criterium door aanpalende overwegingen die wel op eenduidige manier geoperationaliseerd kon worden: de noodzaak van collectieve financiering voor een interventie gezien de financiële toegang en het algemeen gebruikelijk zijn van voorzieningen. Het voordeel van deze wijziging was dat men een *hiërarchische* en *sluitend* toetsingsmodel behield, waarbij bijvoorbeeld de toetsing op (kosten)effectiviteit niet hoeft te worden uitgevoerd als een interventie al op een ander (lees: minder 'data hongerig') criterium buiten het pakket valt. Voor de toepassing impliceerde dit dat enkele overwegingen die tot dan toe in het bestek van eigen rekening en verantwoording vielen vooraan kwamen te staan in het toetsingsmodel en onder de noemer noodzakelijkheid werd geschaard.

### **2.3. Nadelige pluriformiteit**

Hoewel het voordeel van de nieuwe toetsingsystematiek in 1995 voor de ziekenfondsraad evident was, genereerde dit model in de volgende jaren ook problemen. Het belangrijkste probleem was dat doordat onder noodzakelijkheid nu ook noodzakelijk te verzekeren werd verstaan, het begrip noodzaak pluriform werd en als gevolg daarvan aan homogeniteit en zeggingskracht verloor. Het blijkt in die omstandigheden moeilijk om een debat over noodzakelijkheid gestructureerd te laten verlopen, omdat niet altijd systematisch alle betekenislagen van noodzaak aan bod komen. Tot op de dag van vandaag bestaat hierdoor het beeld dat noodzaak op allerlei verschillende manieren besluitvorming aangaande opname in het pakket beïnvloed, maar dat een algemeen toepasbare interpretatie ontbreekt. Dit hindert de toepassing en ontwikkeling zowel van ziektelast als van noodzakelijk te verzekeren zorg.

Met de inkadering van noodzakelijkheid in termen van ziektelast is een belangrijke stap vooruit gezet in het toepasbaar maken van noodzaak. Dit is niet alleen omdat noodzakelijkheid nu een meetbare invulling krijgt, maar ook omdat we van het toetsen op individuele criteria overgaan naar het afwegen van meerdere criteria. De relatieve invulling van noodzaak in termen van ziektelast werd gepresenteerd in samenhang met het idee dat een behandeling die meer noodzakelijk is, ook meer mag kosten. Dit betekent dat de eis aan kosteneffectiviteit varieert met ziektelast. Dit aangepaste model blijkt op veel draagvlak te kunnen rekenen (Gezondheidsraad, 2003; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006; Pomp, Brouwer et al., 2007; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2007). Een dergelijk keuze-ondersteunend model is flexibeler dan een ja/nee model per criterium. Het doet bovendien recht aan de onzekerheid in schattingen van effectiviteit, kosteneffectiviteit en ziektelast, evenals de rol van andere overwegingen.

De problemen met noodzakelijkheid lijken al met al vooral veroorzaakt te worden door de dimensie noodzakelijk te verzekeren zorg. Noodzakelijk te verzekeren zorg is een pluriform begrip. De vele overwegingen die een rol spelen maken het lastig om een sjabloon te vinden voor een verstandige afweging over de noodzaak tot of wenselijkheid van collectieve financiering (CVZ, 2001b). Dit probleem werkt door in alle discussies over het noodzakelijkheidscriterium, en staat daardoor ook de toepassing en ontwikkeling van ziektelast in de weg. Bovendien dreigt door de aard van de afweging in noodzakelijk te verzekeren zorg de toets op noodzakelijk

verbonden te worden met het eindoordeel op de vraag of vergoeding van een medische technologie aangewezen is in plaats van de focus te beperken tot een toets op een deelcriterium. Dit gaat ten koste van een gestructureerd debat waarin aan alle criteria recht gedaan wordt, ziektelast, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid alvorens het eindoordeel bepaald wordt. Men kan zich daarom afvragen of het niet beter zou zijn de dubbele invulling van noodzaak te heroverwegen. Bepleit wordt daarom om voortaan onder 'noodzakelijkheid' alleen nog ziektelast te scharen, een wijziging waar eerder al voor gepleit is (Busschbach, 2008). Het lijkt zinvol een apart publiek debat te voeren over de maatschappelijke aspecten van vergoedingsbesluiten, met als hoofddoel meer inzicht te krijgen in de randvoorwaarden van een goed functioneren ziektekostenverzekeringssysteem. Zowel om dit debat te stimuleren, als om het gebruik van ziektelast niet te frustreren, zou het verstandig zijn de pluriforme definitie van noodzaak los te laten.

#### **2.4. Hoe verder met noodzaak?**

Bovenstaande analyse leidt tot twee adviezen voor de ontwikkeling van het raamwerk voor vergoedingsbesluiten. Een eerste advies is de term noodzaak los te laten en te vervangen door ziektelast. Hiermee zal het duidelijker worden hoe het belang van behandeling voor een specifieke groep patiënten bepaald wordt. Een tweede advies is de koppeling tussen ziektelast en noodzakelijk te verzekeren zorg los te laten. Niets lijkt dit in de weg te staan, omdat de redenen die de ziekenfondsraad destijds had voor het combineren van deze twee criteria zijn vervallen. Het is nu een algemeen geaccepteerd idee dat de moeite die men in het verleden had met het uitspreken van een (negatief) oordeel over noodzaak, haar oorsprong vond in verkeerd gebruik van het criterium. Het idee dat er een eenduidig ja/nee antwoord bestaat op de vraag of behandeling nodig is, is misplaatst. Om dit probleem op te lossen heeft CVZ aan noodzakelijkheid een invulling gegeven in relatieve zin middels ziektelast (CvZ, 2001a). Hiermee wordt noodzakelijkheid meetbaar, én kan men via de voor ziektelast gecorrigeerde doelmatigheid meer recht doen aan gradaties van noodzakelijkheid. De introductie van de voor ziektelast gecorrigeerde doelmatigheidstoets, impliceert meteen dat aan geen enkel criterium nog een voorschrijvend karakter wordt toegedicht. Hierdoor doet ook de volgorde van criteria er niet langer toe.

Het loskoppelen van ziektelast en noodzakelijk te verzekeren zorg verheldert het raamwerk voor vergoedingsbesluiten, omdat pluriformiteit binnen individuele pakketprincipes vermeden wordt. Uiteraard is het dan wel de vraag waar noodzakelijk te verzekeren zorg geplaatst kan worden. Een optie lijkt het onder uitvoerbaarheid te plaatsen. Zoals uit paragraaf 2.2. blijkt kwam het daar oorspronkelijk ook vandaan. Een bijkomend voordeel is dat dit verduidelijkt in welke relatie de criteria staan tot elkaar. Wanneer noodzakelijkheid beperkt wordt tot ziektelast, dan blijken de vier toetsingscriteria te passen bij drie evaluatie objecten: de patiënt, de interventie, en het zorg- en verzekeringssysteem (Tabel 1). Tabel 1 interpreterend lijkt het een mogelijkheid te zijn om noodzakelijk te verzekeren zorg te plaatsen bij uitvoerbaarheid, omdat in beide criteria een evaluatie bevatten op niveau van het zorg- en verzekeringssysteem. Beoordelen of een koppeling van noodzakelijk te verzekeren zorg aan uitvoerbaarheid een reële optie is, valt buiten het bestek van dit rapport. Een advies hieromtrent kan wellicht gebaseerd worden op de analyse van Pieter Broos over noodzakelijk te verzekeren zorg (2009).

De moeite die het kost af te bakenen waar het in noodzakelijk te verzekeren zorg en uitvoerbaarheid om gaat, illustreert hoe weinig nog gereflecteerd is op de invloed van maatschappelijke en stelseloverwegingen op de besluitvorming. Het

belang hiervan werd evenwel al in 1999 aangeduid door de RVZ. De RVZ stelde destijds dat in vergoedingsbesluiten ook meeweegt wat de specifieke gevolgen zijn van een besluit tot collectieve financiering (of het achterwege laten hiervan) voor het zorg- en verzekeringssysteem. Centraal staat of het voorgenomen besluit voldoende waarborgen biedt voor bescherming van de randvoorwaarden voor het effectief functioneren van het zorgverzekeringstelsel. Allerlei (potentieel conflicterende) overwegen spelen hierin een rol, zoals overwegingen algemeen gebruikelijk, financieel toegankelijk, budget impact, moral hazard, lifestyle, en externe effecten<sup>6</sup>. Een uniforme weging van deze factoren is niet vooraf te geven, omdat het gaat om een praktisch of politiek vraagstuk dat voortkomt uit de complexe rol van de overheid in de zorg. De overheid heeft namelijk niet alleen een taak in het bevorderen van gezondheid, maar ook in regulering van het zorgstelsel, en het (financieel) beschermen van burgers (RVZ, 1999). Helaas kan niet alles tegelijk, en blijken deze doelen soms tegenstrijdig. In die situaties zullen we moeten bepalen welke argumenten doorslaggevend mogen zijn. Een discussie over de aard van de overwegingen die in relatie tot het stelsel aan bod mogen komen is wenselijk<sup>7</sup>, maar valt buiten het bestek van dit rapport.

Tabel 1 Pakketprincipes geordend naar evaluatieniveau

Niveau	Pakketprincipe
1. Patiënt	Ziektelast
2. Interventie	Effectiviteit en kosteneffectiviteit
3. Zorg-en verzekeringssysteem	Uitvoerbaarheid*

\* Eventueel in combinatie met 'noodzakelijk te verzekeren zorg'

<sup>6</sup> Gezondheidsbevorderende interventies kunnen bijvoorbeeld een negatief effect hebben op de ordening van het zorgstelsel (e.g. bij kans op misbruik; substitutie effecten, financiering van lifestyle interventies), of de mate waarin de burger beschermd is (e.g. financieel in geval van hoge budget impact). Soms zal daarom een kosteneffectieve en noodzakelijke voorziening buiten het pakket vallen. Andersom kan een voorziening waarvoor opname in het pakket niet meteen aangewezen lijkt, toch opgenomen worden met het oog op systeemtechnische overwegingen. Denk bijvoorbeeld aan vaccinaties vanwege de externe effecten.

<sup>7</sup> Niezen et al (2009) en Cohen et al (2008) laten bijvoorbeeld zien dat nog onvoldoende gereflecteerd is op het conflict tussen de rationale die ten grondslag ligt aan budgetimpact overwegingen. We kunnen niet verlangen dat de zorgverzekering interventies dekt die zo duur zijn dat het systeem onbetaalbaar wordt. Toch stelt kosteneffectiviteit dat iets best duur mag zijn als het ook maar veel oplevert. Waar, wanneer en waarom budget impact een rol mag spelen is daardoor niet evident.



### **3. Ziektelast: Assessment**

#### **3.1. Definitie van ziektelast**

Ziektelast is gedefinieerd als *de relatieve hoeveelheid gezondheid die een persoon verliest gedurende zijn normaal verwachte levensduur als gevolg van een bepaalde aandoening wanneer hiervoor geen behandeling zou plaatsvinden (CVZ 2001a; CVZ, 2002)*. Ceteris paribus betekent dit dat naarmate er meer gezondheid verloren gaat wanneer een bepaalde aandoening niet wordt behandeld, de ziektelast van die aandoening hoger is. Ziektelast is echter wel een relatieve maat. Het gaat om de hoeveelheid verloren gezondheid ten opzichte van de hoeveelheid gezondheid die zonder de aandoening aanwezig zou zijn. Op die manier speelt naast omvang van het gezondheidsverlies ook urgentie een rol (zie ook paragraaf 5.2). De ziektelast wordt uitgedrukt in procenten: de ziektelast van een patiënt die 50% van zijn resterende gezondheidsverwachting verliest is groter dan de ziektelast van een patiënt die bijvoorbeeld 25% van zijn resterende gezondheidsverwachting verliest. Doordat ziektelast een relatieve maat is, kunnen jonge en oude mensen allebei een hoge of lage ziektelast ervaren.

Het doel van een ziektelastmeting is te identificeren in welke mate de (toekomstige) gezondheid van een individu bedreigd wordt. Hierin zijn we geïnteresseerd, omdat we gezondheid zien als een voorwaarde om optimaal te kunnen functioneren in de maatschappij. De gezondheidszorg is er vervolgens opgericht om die mensen wier 'flourishing' wordt bedreigd hun 'capability to flourish' terug te geven. Analooq hieraan geven we de hoogste prioriteit aan mensen wier 'flourishing' het meest bedreigd wordt, dus aan mensen met de hoogste ziektelast. We weten dat dit principe op veel draagvlak kan rekenen. Immers, bij introductie van noodzakelijkheid door de commissie Dunning was het op grond van dezelfde rationale dat noodzakelijkheid geïnterpreteerd werd vanuit de gemeenschapsgerichte benadering. Wat dat betreft liggen noodzaak en ziektelast dan ook in elkaars verlengde, en impliceert ziektelast niet een breuk met de uitgangspunten van de commissie Dunning.

Wat wél veranderde met de introductie van ziektelast in 2001/2002 is de toetsingsprocedure. Van een vrij ongestructureerd debat over de maatschappelijke noodzaak van behandeling, gaan we naar een kwantitatieve beoordeling van hoeveel gezondheid er verloren gaat. Bij elke technologie beoordeling, zullen we via berekening van ziektelast ook informatie moeten verzamelen over de patiënt. Dit hoofdstuk beschrijft de methodiek die in deze berekening gebruikt wordt en de interpretatie van de resultaten.

#### **3.2. Assessment methodiek**

Voor het berekenen van ziektelast bepalen we hoeveel gezondheid verloren dreigt te gaan, en hoeveel gezondheid dan nog resteert. Wanneer de het gezondheidsverlies en de resterende gezondheid zijn bepaald, kan de resulterende ziektelast berekend worden volgens de onderstaande formule. Deze functie meet hoeveel gezondheid verloren gaat als fractie van de normaal resterende gezondheid. De ziektelast kan in deze formule maximaal 1 zijn (wanneer alle normaal resterende QALYs verloren gaan) en minimaal 0 (wanneer geen QALYs verloren gaan). Vermenigvuldigd met 100 wordt het een percentage. Een ziektelast van 1 is de hoogst denkbare ziektelast (oftewel onmiddellijke sterfte) en een ziektelast van 0 is de laagst denkbare ziektelast (oftewel perfecte gezondheid). Een ziektelast van 1 betekent immers dat 100% van de resterende

gezondheid verloren gaat; een ziektelast van 0 betekent dat er niks verloren gaat. Een ziektelast van 0,5 betekent dat 50% verloren gaat.

$$\text{Ziektelast} = \frac{\text{Aantal verloren QALYs}}{\text{Resterende QALY verwachting in normale gezondheid}}$$

Zoals geldt voor elke meting, kan de meting van ziektelast in de praktijk niet los gezien worden van de beschikbaarheid van informatie. De mogelijkheden van berekeningen van de ziektelast zullen per geval verschillen. De operationalisatie zal dan tot stand komen door een terugkoppelingsproces tussen de in eerste aanleg gewenste operationalisatie en wat daarover te vinden is aan informatie (Bouter, 1994). Het resultaat van de ziektelast beoordeling kan daarom alles inhouden tussen een precieze berekening en een globale inschatting. In dat verband is het goed zich te realiseren dat het relatief gemakkelijk is om intuïtief aan te voelen hoe hoog of laag de ziektelast voor een individu is. Het is immers gemakkelijk om een idee te genereren over welk deel van de resterende gezondheid verloren gaat. Figuur 1 illustreert dit: de grafische weergave geeft vrij snel een beeld van de fractie gezondheid die verloren dreigt te gaan.

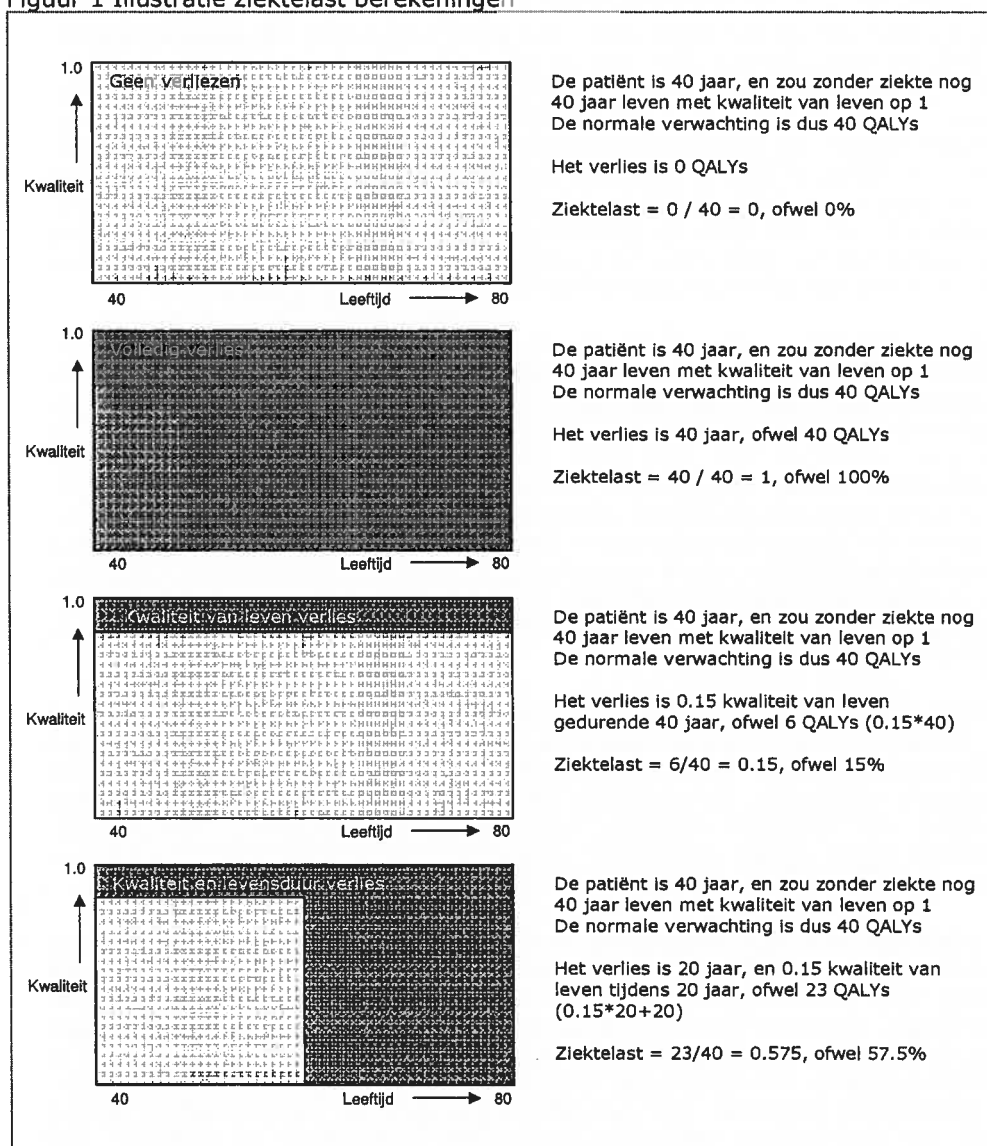
Omdat in het meten van effectiviteit en ziektelast gebruik gemaakt wordt van dezelfde uitkomstmaten, zal vaak de nodige informatie voor berekening van ziektelast beschikbaar zijn. Een ziektelastbepaling is meestal niet expliciet opgenomen in publicaties, maar kan gemaakt worden op basis van de verzamelde gegevens. Soms is het wel nodig dat de gedisaggregeerde data bij de onderzoekers worden opgevraagd. Indien er geen gegevens voor handen zijn, kan men op basis van secundaire gegevens bronnen een schatting maken van de ziektelast. Het verlies aan levensjaren kan men berekenen op basis van bekende gezondheidsstatistieken, zoals mortaliteit, incidentie en prevalentie. Het verlies aan kwaliteit van leven bij specifieke ziektebeelden kan ontleend worden aan gepubliceerde studies (e.g. Stouthardt et al., 1997; Mathers, et al., 1999), of empirisch worden vastgesteld.

Speciale aandacht vraagt de berekening van ziektelast bij 'add-on' therapieën en bij preventie. Een 'add-on' therapie is bijvoorbeeld het toedienen van erythropoetine (EPO) om bloedarmoede tegen te gaan bij patiënten die nierdialyse ondergaan. De ziektelast hangt nu niet samen met de dreigende gevolgen van compleet nierfalen, hetgeen de indicatie vormt voor dialyse. Ziektelast hangt alleen af van het verschil in gezondheidsvooruitzichten voor patiënten die dialyse ondergaan met en zonder het optreden van bloedarmoede.

De ziektelast van een aandoening kan van individu tot individu verschillen, bijvoorbeeld doordat de aandoening zich op andere leeftijd voordoet. Tegen de achtergrond van macrobeslissingen over vergoeding van een medische technologie, wordt de ziektelastberekening in heterogene populaties in principe gebaseerd op het groepsgemiddelde van de doelgroep die voor behandeling in aanmerking komt. Een ieder krijgt de behandeling om gezondheid te bevorderen. De gemiddelde ziektelast, het gemiddelde effecten, en de gemiddelde kosten tellen dan mee bij een pakketbeoordeling. Het gaat anders bij preventie. Het motief bij preventie is niet om de gezondheid van iedereen die behandeld wordt te bevorderen, maar om gezondheidsverlies in een deel van de behandeld populatie te voorkomen. Niet iedereen in de doelgroep zou zonder preventie met het event en met gezondheidsverlies geconfronteerd wordt. De doelgroep bestaat dus uit mensen met een geringe ziektelast en mensen die door een event uiteindelijk blijvende invaliditeit ontwikkelen of vroegtijdige sterven. Voor berekening van ziektelast kijken we in deze situaties naar de ziektelast in dat deel van de populatie die het event krijgt dat men wil vermijden. We noemen dit de relevante ziektelast. Reden hiervoor is dat alleen de relevante ziektelast het

motief geeft voor de preventieve behandeling, en op dat motief is de solidariteitsgedachte van toepassing. Dat meer mensen dan de doelgroep de preventieve behandeling ondergaan, wordt hier gezien als een (onaantrekkelijk) kenmerk van preventieve behandeling, wat de kosteneffectiviteit negatief beïnvloedt, maar niet ook nog de evaluatie van ziektelast. We gaan verder in op de relevante ziektelast in paragraaf 4.3.

Figuur 1 Illustratie ziektelast berekeningen



**3.3. Relatie met kosteneffectiviteit**

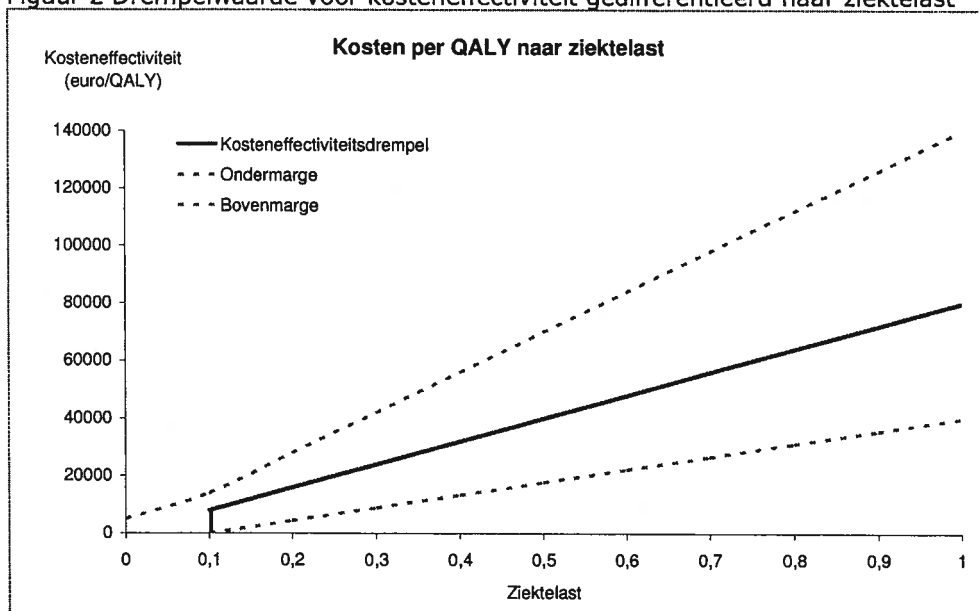
In beleid wordt de meting van ziektelast gebruikt als verdeelprincipe naast effectiviteit en kosten. Deze criteria willen we in onderlinge samenhang bezien. In kosteneffectiviteit worden al de effecten en kosten aan elkaar gerelateerd, maar ziektelast nog niet. Welke rol is er dan voor ziektelast naast deze twee overwegingen? Ziektelast reflecteert de gedachte dat zorg meer noodzakelijk is

als de aandoening ernstiger is. De maatschappelijke betalingsbereid is dan ook navenant hoger. Dit idee kunnen we toepassen in vergoedingsbesluiten door mildere eisen te stellen aan de doelmatigheid van de behandeling voor ernstig zieken dan aan de doelmatigheid van de behandeling van patiënten met een lage ziektelast, zoals geïllustreerd in figuur 2.

In figuur 2 staat ziektelast uitgezet op de x-as; op de y-as staat kosteneffectiviteit weergegeven. De doorgetrokken lijn in de figuur weerspiegelt welke drempelwaarde geldt voor kosteneffectiviteit bij verschillende niveaus van ziektelast. De eis aan doelmatigheid wordt milder naarmate de ziektelast toeneemt.

Een belangrijke vraag is uiteraard hoe het verband tussen ziektelast en kosteneffectiviteit precies zal zijn (lineair, exponentieel, logaritmisch e.d.), waar de bovengrens ligt voor kosteneffectiviteit bij de hoogste ziektelast, en hoeveel gunstiger de kosteneffectiviteit moet zijn bij lagere ziektelast. Dit zijn zaken die de praktijk nog zal moeten uitwijzen. Er is onderzoek nodig naar de voorkeuren van mensen en meer ervaring moeten hebben met het *assessment* en het *appraisal* traject in vergoedingsbesluiten om hierover duidelijkheid te krijgen. Vooralsnog zullen we daarom net als de RVZ (2006) uitgaan van het meest eenvoudige, lineaire verband tussen ziektelast en kosteneffectiviteit.

Figuur 2 Drempelwaarde voor kosteneffectiviteit gedifferentieerd naar ziektelast



De drempelwaarde staat alleen in de grafiek om een idee te geven van de tentatieve norm die geldt voor kosteneffectiviteit bij verschillende gradaties van ziektelast. In de praktijk zullen we dan ook geen precieze drempelwaarde kunnen hanteren, maar zal er gewerkt moeten worden met een bepaalde bandbreedte, waarbinnen beoordeeld moet worden of de ziektelast en kosteneffectiviteit voor een specifieke behandeling nog in een voldoende goede verhouding tot elkaar staan om tot vergoeding over te gaan. Dit is ten eerste noodzakelijk omdat we de relatie tussen ziektelast en kosteneffectiviteit nog niet kennen. Bovendien willen we ruimte laten voor andere overwegingen die invloed kunnen hebben op de waardering van de kosteneffectiviteit van een behandeling. Zonder kennis over

additionele factoren die een rol spelen in een specifiek besluit, kunnen we het vergoedingsbesluit niet voorspellen. We kunnen echter wel vaststellen dat de kans op vergoeding toeneemt bij een betere kosteneffectiviteit en/of een hogere ziektelast. De kans op vergoeding is echter niet 100% wanneer kosteneffectiviteit onder de drempel blijft of 0% wanneer de drempelwaarde niet gehaald wordt. De onderbroken lijnen in figuur 2 geven een idee van de bandbreedte om de drempelwaarde voor kosteneffectiviteit, maar het is geen vaststaand gegeven dat dit de bandbreedte is.

Allerlei overwegingen spelen mee bij het beoordelen van de kosteneffectiviteit van een behandeling, zoals zeldzaamheid, effect op productie, of de hoeveelheid mantelzorg (Busschbach, 2008). Ziektelast heeft een status aparte door de expliciete verdelingstheorie die eraan ten grondslag ligt. Ziektelast wordt naast kosteneffectiviteit gebruikt omdat we niet alleen streven naar een efficiënte verdeling van middelen in de zorg, maar ook naar een eerlijke verdeling van middelen. Onder een eerlijke verdeling van middelen wordt dan verstaan dat middelen zo worden ingezet dat ongelijkheid in gezondheid wordt gereduceerd. Deze twee fundamentele doelen zijn niet gelijktijdig te realiseren, omdat een efficiënte verdeling niet noodzakelijk leidt tot de meest gelijke verdeling. We moeten dus in het beleid een afruil maken (Wagstaff, 1991). Deze afruil geven we vorm door de eis aan doelmatigheid te variëren met ziektelast: naarmate de ziektelast van een interventie hoger is, mogen de QALYs die gewonnen worden met een behandeling meer kosten. Het ziektelastconcept bepaalt daarom aan welke doelmatigheidseis de behandeling voor een specifieke patiëntengroep moet voldoen.

#### **3.4. Noodzakelijkheid in de care sector: zorgbehoefte**

Noodzakelijkheid is net als de overige criteria niet alleen relevant voor de traditioneel beoordeelde preventieve en curatieve sector, maar ook voor langdurige zorg voor ouderen en mensen met beperkingen zoals nu gefinancierd vanuit de AWBZ. De wijze waarop we tegen verdelingsvraagstukken in de care sector komt immers in grote lijnen met hoe we naar verdelingsvraagstukken kijken in de curatieve sector. In beide sectoren vinden we het van belang dat middelen niet verspild worden en dat de patiënten die er het ergste aan toe zijn, voorrang krijgen. Er is dus alle reden om aan te nemen dat de criteria noodzakelijk, effectiviteit, doelmatigheid en uitvoerbaarheid van toepassing zijn in alle sectoren van de gezondheidszorg. Het is evenwel niet vanzelfsprekend dat de uitwerking die aan deze criteria gegeven is voor toepassing in de curatieve sector ook van toepassing is bij evaluaties van zorgvoorzieningen die verstrekt worden aan mensen met beperkingen.

In de curatieve zorg is het doel gezondheidswinst, dat in QALYs kan worden uitgedrukt. Dit maakt het mogelijk effectiviteit, kosteneffectiviteit en noodzaak (via ziektelast) in maat en getal uit te drukken. Het is op voorhand niet duidelijk of de QALY ook relevant is voor de care sector. Op conceptueel niveau lijkt er een zekere frictie te bestaan tussen het doel van de langdurige zorg en de mogelijke evaluatie ervan in termen van QALYs. Net als curatieve zorg genereert langdurige zorg verbeteringen in kwaliteit van leven. Daarmee is in beginsel de toepassing van een QALY-achtig concept mogelijk en wenselijk in de context van pakketbeheer. Het is echter de vraag of kwaliteit van leven verbeteringen als gevolg van langdurige zorg meetbaar zijn met het instrumentarium voor QALY bepalingen in de curatieve zorg. De meest gebruikte instrumenten zoals EQ-5D en HUI relateren kwaliteit van leven namelijk aan observeerbare veranderingen in de gezondheidstoestand. Dit voldoet waarschijnlijk niet in de care sector. In de

care sector gaat het immers in het algemeen om zorg die geboden wordt aan cliënten wier gezondheid blijvend is beperkt. Het (hoofd)motief voor het verstrekken van zorg is ervoor te zorgen dat een cliënt optimaal kan functioneren gegeven bestaande gezondheidsproblemen, niet om de gezondheidsproblemen op te lossen<sup>8</sup>. Gezondheidswinst is dus niet het centrale doel in de langdurige zorg, waardoor de QALY in haar huidige operationalisatie op basis van gezondheidswinst niet de beste eenheid lijkt voor het evalueren van deze zorgvoorzieningen.

Het is daarom goed te begrijpen dat in de care sector andere uitkomstmaten veelal verkozen worden over instrumenten voor QALY analyses, zoals bijvoorbeeld de KATZ schaal<sup>9</sup>. Op dit moment wordt in één van de door CVZ uitgezette onderzoeken gezien wat de thans gehanteerde en in ontwikkeling zijnde uitkomstmaten in de care sector zijn en in hoeverre deze uitkomstmaten, alsmede de QALY, geschikt zijn voor een integrale pakketafweging door het CVZ. Een waarschijnlijke uitkomst is dat we voor de operationalisatie van bestaande pakketcriteria voor toepassing in de care sector zullen moeten kijken naar nieuwe meetinstrumenten<sup>10</sup>. Een probleem met gebruikte instrumenten in de care sector is dat ze niet de preferenties van mensen weergeven, maar alleen een beschrijving geven van het functioneren op uiteenlopende domeinen van kwaliteit van leven die in de care sector relevant geacht worden. Dergelijke instrumenten bieden slechts beperkte mogelijkheid voor het vergelijken van voorzieningen, omdat niet bekend is wat het relatieve belang is van elk domein voor de algehele kwaliteit van leven. Voor pakketbeheer zijn in de care sector net als in de curatieve zorg uitkomstmaten nodig die naast een beschrijvend deel ook een waarderend deel bevatten met informatie over het relatieve belang van elk domein.

Concluderend kunnen we stellen dat in haar huidige operationalisatie het toepassingsgebied van ziektelast beperkt is tot cure en preventie. Conceptueel is er echter wel behoefte aan 'ziektelast'-achtig concept voor de care sector. Er zal echter een nieuwe effectmaat moeten komen om invulling te geven aan de het noodzakelijkheidscriterium in de care sector. Een dergelijk concept zou dan bijvoorbeeld de zorgbehoefte in maat en getal uitdrukken. Er zijn evenwel nog geen gevalideerde instrumenten beschikbaar om een meetbare invulling te geven aan zorgbehoefte in de care. Op korte termijn zal men voor pakketbeheer (slechts) conceptueel gebruik kunnen maken van het noodzakelijkheidscriterium.

---

<sup>8</sup> Dergelijke maatregelen kunnen indirecte effecten hebben op de gezondheid omdat de patiënt beschermd wordt tegen negatieve invloeden, maar dat is niet het beoogde doel.

<sup>9</sup> Een evaluatieschaal van zelfredzaamheid van ouderen (KATZ, 1963)

<sup>10</sup> In de internationale literatuur zijn recent twee op preferenties gebaseerde meetinstrumenten voor het meten van kwaliteit van leven onder gebruikers van langdurige zorg gepresenteerd, te weten de OPUS (Ryan et al., 2006) en de ICECAP (Coast et al., 2008a; Coast et al., 2008b). In theorie zijn deze instrumenten bruikbaar voor de doelstellingen van CVZ ten aanzien van evaluatie van voorzieningen in de AWBZ sector. Betrouwbaarheid en validiteit van deze instrumenten is evenwel nog niet voldoende onderbouwd.

#### 4. Verkenning consequenties ziektelast

In het gepresenteerde beleidsmodel heeft ziektelast een groot gewicht in besluitvorming. Het is van belang inzicht te krijgen in de verdelingsconsequenties die gevolg zijn van de huidige definitie, opdat we de uitwerking van noodzaak aan onze intuïties over rechtvaardigheid kunnen toetsen. Hier is hoofdstuk 4 aangewijd.

##### 4.1. Leeftijd

In ziektelast is gekozen voor een proportionele maat: het gezondheidsverlies als fractie van de resterende gezondheidsverwachting in afwezigheid van de ziekte. Hiermee kan ziektelast hoog zijn door urgentie, of door de absolute omvang van het gezondheidsverlies. Deze definitie van ziektelast impliceert dat iedereen, jong en oud, een hoge of lage ziektelast kan hebben.

Acute sterfte kent een ziektelast van 1 in jonge en oude mensen (Tabel 2, voorbeeld A). Ook een aandoening waardoor men de rest van het leven invalide zal zijn met een kwaliteit van leven van 0,5 kent voor iedereen dezelfde ziektelast (voorbeeld B). Voor dit soort aandoeningen zonder progressief beloop, speelt in ziektelast leeftijd geen rol. Het is invoelbaar dat veel mensen dit eerlijk vinden. Bij aandoeningen waarin een ziekte een progressief beloop kent (de kwaliteit van leven wordt lager naarmate de ziekte langer aanhoudt, en/of de patiënt gaat eerder dood), speelt leeftijd wel een rol. Als een ziekte bijvoorbeeld resulteert in twintig jaar invaliditeit (kwaliteit van leven is 0,5) en dan vroegtijdige sterfte, is de ziektelast wel leeftijdsafhankelijk. In dit geval neemt ziektelast toe met de omvang van het aantal jaar dat verloren gaat (voorbeeld C). Dat komt omdat ziektelast mede afhangt van het resterend aantal gezonde jaren en zieke jaren dat een patiënt nog heeft ondanks de aandoening waarvoor behandeling gezocht wordt. Het is invoelbaar dat veel mensen ook dit eerlijk vinden.

Een potentieel probleem met het feit dat ziektelast bepaald wordt op basis van relatieve veranderingen in QALY-vooruitzichten is dat het verlies van een QALY een grotere ziektelast veroorzaakt in ouderen dan in jongeren, omdat ouderen nog maar weinig QALYs te gaan hebben (voorbeeld D). Het kan daardoor voorkomen dat een groot QALY verlies in jongeren een lager gewicht krijgt dan een klein QALY verlies in ouderen (voorbeeld E). Het is invoelbaar dat veel mensen dit oneerlijk vinden.

Tabel 2 Illustratie van de samenhang van ziektelast met leeftijd

Voorbeeld	Leeftijd	Gezonde levensjaren	Zieke jaren	Kwaliteit van leven verlies	Verloren levensjaren	Ziektelast
A	25	0	0		55	1,0
	75	0	0		5	1,0
B	25	0	55	-50%	0	0,5
	75	0	5	-50%	0	0,5
C	25	0	20	-50%	35	0,82
	60	0	20	-50%	0	0,5
D	25	50	0		5	0,09
	75	0	0		5	1,0
E	25	27,5	0		27,5	0,5
	75	4	0		1	0,8

Grote QALY verliezen in jonge mensen zijn uitzonderlijk. Gemiddeld genomen genieten mensen tussen de 65 en 70 QALYs gemeten over hun totale leven. Ongeveer 2,6% van de bevolking geniet minder dan 40 QALYs, en 3 % geniet tussen de 40 en 50 QALYs (Bleichrodt et al., 2006). Alle anderen genieten minimaal 50 QALYs. Het lijkt er daarom op dat ziektelast in de meeste gevallen een goede balans slaat tussen de wens te behandelen omwille van urgentie en de wens te behandelen omwille van de omvang van gezondheidsverlies. Het geeft echter mogelijk een vertekend beeld van maatschappelijke voorkeuren in extreme situaties: grote verliezen in jongeren worden wellicht te weinig gewogen. Analooq hiearaan wegen kleine maar acute QALY verliezen in ouderen wellicht iets te zwaar. Het is cruciaal deze situaties te herkennen opdat met aanvullende overwegingen rekening gehouden wordt in de appraisal fase van vergoedingsbesluiten.

#### 4.2. Preventie

Doordat ziektelast gemeten wordt als de *relatieve* verandering in QALY vooruitzichten, wordt ziektelast lager naarmate nog meer gezondheid resteert. Dit impliceert dat preventieve ingrepen over het algemeen een lagere ziektelast kennen dan curatieve ingrepen. Zo zal er een aanmerkelijk verschil in ziektelast kunnen bestaan tussen preventie van een 'event' zoals een hartinfarct, en curatieve ingreep wanneer een event zich voordoet, ten nadele van preventie (voorbeeld D). Hoe meer tijd tussen het event en preventie zit, hoe lager de ziektelast.

Men kan zich afvragen of het gepast is ziektelast te meten vanaf het moment dat behandeling plaatsvindt, of dat het beter is het moment dat het te vermijden ziekteprobleem zich voordoet te kiezen als startpunt in de berekening van ziektelast. Dan verdwijnt het verschil in ziektelast tussen preventie en behandeling van het event grotendeels, hetgeen aansluit bij de intuïtie 'voorkomen is beter dan genezen'. In de uitwerking van ziektelast is er toch voor gekozen het tijdstip van behandeling te nemen als beginpunt voor de ziektelastberekening. De reden is dat het gevoel van urgentie lager is bij preventie. De kern van ziektelast is dat het een afweging maakt tussen urgentie en omvang van het gezondheidsverlies. Dat het tijdstip van behandeling beginpunt is voor de ziektelastberekening is hiermee consistent. Het gevoel van urgentie is bij preventieve ingrepen over het algemeen lager dan bij curatieve ingrepen, omdat gezondheidsproblemen zich nog niet voordoen. Daarbij speelt de tijd en identificeerbaarheid van slachtoffers een rol, evenals argumenten rondom eigen verantwoordelijkheid een rol. Om die reden wordt voor preventie vaak een vrij strenge kosteneffectiviteitdrempel (Pomp et al, 2007).

Een belangrijke vraag die bij preventie eveneens op komt, is in welke groep de ziektelast moet worden bepaald. Welke rol speelt "numbers needed to treat", i.e. het aantal personen dat behandeld moet worden om bij één individu het optreden van een event te voorkómen? In de uitwerking van ziektelast is ervoor gekozen om de ziektelast te berekenen in die groep die ook daadwerkelijk ziektelast ondervindt (CVZ, 2002). Ziektelast wordt dus alleen gemeten bij die personen die anders daadwerkelijk ziek zouden zijn geworden en niet bij iedereen die de preventieve ingreep ondergaat. Op deze wijze telt "numbers needed to treat" niet mee in de ziektelast. Een motief hiervoor is dat "numbers needed to treat" beschouwd kan worden als een kenmerk van de behandeling en al meetelt in berekening van kosteneffectiviteit. Bovendien lijkt berekening van ziektelast in die groep die ook daadwerkelijk ziektelast ondervindt het beste aan te sluiten bij de reden om preventieve maatregelen te nemen, namelijk om de anders daadwerkelijk optredende ziektelast te vermijden.



Zowel de relevante groep patiënten als de relevante tijdsduur voor het bepalen van de ziektelast is onderbouwd, maar toch noodzakelijkerwijs arbitrair gekozen. Aangezien dit de eerste keer is dat noodzakelijkheid is geoperationaliseerd, is het onbekend of andere manieren voor het berekenen van ziektelast beter aansluiten bij de maatschappelijke, politieke en medische beleving van noodzakelijkheid. Net als het leeftijdsaspect verdient ook dit kenmerk van ziektelast daarom aandacht in de toepassing van ziektelast in appraisal fase van pakketbeoordelingen door CVZ.

#### 4.3. Heterogene populaties

De issues die beschreven staan voor preventie laten zich veralgemeniseren tot discussie over de vraag hoe ziektelast zich laat bepalen in een groep patiënten die heel divers is, wat met name bij preventieve ingrepen vaak het geval is. Preventie wordt immers gegeven om een kans op een event te verlagen; niet iedereen in de doelgroep zal dan met het event en bijbehorend gezondheidsverlies geconfronteerd worden. De doelgroep bestaat dan zowel uit mensen met een geringe ziektelast als mensen die als gevolg van de event met ernstig gezondheidsverlies geconfronteerd worden door blijvende invaliditeit of vroegtijdige sterfte. Zoals hierboven reeds aangeduid werd in verband met "numbers needed to treat" ligt het voor de hand te bedenken dat preventie bedoeld is om de ernstige gevolgen te vermijden, wat bijvoorbeeld ook de reden is dat ouderen wel een griepvaccinatie krijgen en de meeste jongeren niet. Om die reden zijn we niet geïnteresseerd in de gemiddelde ziektelast van de groep preventief behandelden, maar in de gemiddelde ziektelast van de patiënten die daadwerkelijk met een event geconfronteerd worden. We noemen dat dan de 'relevante ziektelast'.

Wat we onder relevante ziektelast verstaan zal per situatie verschillen. Indien beleidsmakers zouden aangeven dat het vermijden van sterfte inderdaad de intentie van de griepvaccinatie is, zou men dus enkel die relevante ziektelast moeten berekenen. De griepvaccinatie valt dan in een zware ziektelastcategorie. Het is evenwel niet altijd gemakkelijk te benoemen in welke subgroep van patiënten 'relevante ziektelast' optreedt. Moeilijkheden hierin zijn geïllustreerd in het rapport Vervolgonderzoek Breedte Geneesmiddelenpakket door André Ament en Chris de Laet (CVZ, 2002), en daaruit overgenomen in tabel 3.

Tabel 3 Ziektelast in heterogene populaties naar subgroep\*

Pneumokokken					
Leeftijd	Alle behandelden	Patiënten met pneumonie	Patiënten met pneumokokken pneumonie	Patiënten met pneumokokken pneumonie die zullen sterven	Patiënten met pneumokokken pneumonie in acuut levensgevaar
65-74	0.0002	0.05	0.12	0.85	1.0
74-84	0.0004	0.04	0.10	0.77	1.0
85+	0.0005	0.03	0.07	0.62	1.0
Osteoporose					
Alle behandelden	Heup	Wervel	Pols	Overig	Gemiddeld over alle fracturen
0.08	0.24	0.03	0.01	0.02	0.11

\* Gegevens afkomstig uit CVZ, 2002.

Ament laat zien hoe definiëring van de doelgroep van behandeling en het tijdstip van meten van ziektelast, de schatting van ziektelast beïnvloedt. Wordt ziektelast bepaald op het moment van overlijden, dan is uiteraard sprake van een maximale ziektelast van 1. De ziektelast is juist zeer laag, indien bepaald op het moment van behandeling voor de hele groep die gevaccineerd wordt. Gaat men de ziektelast toeschrijven aan de subgroep die profiteert, dan wordt ziektelast groter. Vraag is dan wie precies de doelgroep is? Iedereen die zonder vaccinatie een longontsteking krijgt? Of alleen zij die longontsteking krijgen door pneumokokken infectie? Of zij die sterven als gevolg van pneumokokken pneumonie? Alleen als we de QALY-winst volledig toeschrijven aan de laatste groep, is er sprake van een grote ziektelast. De definitie van ziektelast geeft niet het antwoord voor keuze van subgroep. Die keus komt voort uit de motivatie voor behandeling. Omdat vaccinatie gegeven wordt met het doel om sterfte als gevolg van pneumokokken infectie te voorkomen, wordt de ziektelast in personen die zonder vaccinatie zouden komen te overlijden hier als de 'relevante ziektelast' beschouwd. Deze relevante ziektelast is dan nog wel leeftijdsafhankelijk. Wanneer de behandeling aan alle 65-plussers aangeboden zou worden, is de relevante ziektelast bepaald het gewogen gemiddelde van ziektelast in de verschillende subgroepen.

Hetzelfde beeld komt terug in de berekening van ziektelast door De Laet bij preventieve behandeling van vrouwen met osteoporose. Hier varieert ziektelast met het type fractuur. Osteoporose genereert een hogere ziektelast bij heupfracturen (0.24) dan bij andere fracturen (ca 0.02). Preventie wordt echter ingezet vanuit perspectief de kans op alle fracturen te verlagen, zoals ook blijkt uit omschrijving van de doelgroep in een klinische richtlijn. Hierdoor is de 'relevante ziektelast' hier de gemiddelde ziektelast over alle fracturen: 0.11.

Er kunnen kanttekeningen worden geplaatst bij de keuze om de ziektelast te bepalen bij iedereen met een werkelijke ziektelast als gevolg van een aandoening, hier relevante ziektelast genoemd. Bij preventieve ingrepen geniet deze keuze theoretisch de voorkeur boven het berekenen van ziektelast in de totale groep preventief behandelde personen, van wie velen geen ziektelast zullen ondervinden. Wel moet worden opgemerkt dat deze keuze mogelijk tot afbakeningsproblemen leidt in de behandelpraktijk. Het lijkt misschien aantrekkelijk om bij preventie altijd de zwaarst denkbare doelgroep voor ogen te nemen bij het bepalen van ziektelast. Wanneer osteoporose behandeling verstrekt zou worden om alleen heupfracturen te voorkomen, rekenen we met een hogere ziektelast en zijn we dus bereid hogere kosten per QALY toe te staan. Dat houdt echter ook in dat we klinisch gezien zouden moeten streven naar optimale afbakening van de relevante doelgroep. Laag-risico patiënten krijgen dan de behandeling niet.

Het hier beschreven probleem speelt niet alleen bij ziektelast, maar in feite bij elke operationalisatie van noodzakelijkheid in heterogene doelgroepen. Deze heterogeniteit lijkt een belangrijke reden geweest voor de vroegere problemen met noodzakelijkheid. Het lijkt dan ook goed hierover verder na te denken en ook beter te bepalen welke ziektelast beleidsmakers en medici werkelijk willen vermijden met een bepaalde interventie. De complexe relatie tussen risico, ziektelast, effectiviteit, en doelmatigheid zal men in besluitvormingstrajecten voor ogen moeten houden.

#### **4.4. Korte en hevige aandoeningen**

Analoog aan de hierboven beschreven discussie over relevante en gemiddelde ziektelast in een heterogene populatie, kunnen we ons afvragen wat de relevante

ziektelast is bij korte en hevige aandoeningen. Stel dat we ziektelast meten voor een patiënt van 25 jaar met een normale levensverwachting, maar die gedurende de rest van zijn leven een of meerdere korte episodes van een ziekte ervaart waarin kwaliteit van leven zeer beperkt is. De ziektelast gemeten over het totale leven is dan zeer laag. Wanneer gesproken wordt over lage of minimale ziektelast denken we aan iets dat niet zo erg is, en niet aan de ziekte uit het voorbeeld. Het is de vraag of op dit punt de uitkomst van een ziektelast berekening aansluit bij onze intuïties over noodzaak van behandeling. Wanneer een minimale ziektelast geconstateerd is voor ziekten die korte, heftige episodes veroorzaken met zware ziektelast en overige levensjaren in goede gezondheid worden doorgebracht, ontstaat wellicht een discrepantie tussen noties van rechtvaardigheid en de uitwerking in ziektelast. In zo'n geval kan men er bij besluitvorming rekening mee houden dat hier ziektelast onderschat wordt. In een gecombineerde ziektelast en doelmatigheid toets kan men dan overwegen om in de appraisalfase de bandbreedte om de drempelwaarde te benutten en hogere kosten per QALY toe te laten dan de ziektelastberekening suggereert.

## **5. Discussie over ziektelast**

### **5.1. Voor- en nadelen van ziektelast**

Voor de toepassing van het noodzakelijkheids criterium is een grote stap voorwaarts gemaakt met de introductie van ziektelast. Middels ziektelast kan recht gedaan worden aan de breed gedragen opvatting is dat het rechtvaardig is om mensen voor wie behandeling 'noodzakelijker' is op een bepaalde manier 'voorrang' of 'prioriteit' te geven. Met de introductie van ziektelast is namelijk voor het eerst een uniforme en meetbare invulling gegeven aan het concept noodzaak. Vanuit de assessment kan getalsmatig worden aangegeven hoe klein of groot de ziektelast is, en de factoren die hiervoor het meest bepalend zijn worden geïdentificeerd. Dit geeft houvast bij het beoordelen van vergoedingsaanvragen en bevordert consistentie en transparantie, wat een belangrijk voordeel is van het werken met ziektelast.

Dat gezegd hebbende is het wel van belang de tekortkomingen van ziektelast in het oog te houden. Ziektelast impliceert een verfijning ten opzichte van de gangbare interpretaties van noodzaak, maar een volledig karakter heeft het niet. Uit hoofdstuk 4 blijkt dat er situaties zijn waarin misschien een discrepantie bestaat tussen de gemeten ziektelast en intuïties over noodzaak van behandeling. Op het eerste gezicht geeft ziektelast een aantrekkelijke invulling aan noodzaak door te meten welk percentage van de normaal resterende gezondheid verloren gaat. Dit sluit aan bij het idee dat als er twee individuen zijn (oud en jong) die allebei het maximale willen halen uit hun normaal resterende levensverwachting, we de wens van beide zolang mogelijk willen respecteren. Dit argument houdt stand in veel situaties, totdat het bijvoorbeeld gaat om jongeren die veel gezondheid dreigen te verliezen, om de waarde van preventie, of om aandoeningen waarbij relatief ten opzichte van de resterende gezondheidsverwachting weinig gezondheid verloren gaat, maar de ziektelast voor een periode toch zeer zwaar is. In deze gebieden lijkt conflicteert de definitie van ziektelast ogenschijnlijk met bestaande rechtvaardigheidsopvattingen.

Als we dan vaststellen dat ziektelast tekort schiet in het reflecteren van onze rechtvaardigheidsopvattingen, dan is een praktisch punt dat het wenselijk zou zijn dat in de definitie van ziektelast al rekening gehouden wordt met het belang van andere of aanvullende overwegingen.

### **5.2. Bruikbare alternatieven?**

Een bewust gekozen pijler voor de uitwerking van ziektelast is 'proportionaliteit' (CVZ, 2001a). Middels proportionaliteit wordt getracht aan twee verschillende overwegingen van noodzaak recht te doen: urgentie, en de omvang van gezondheidsverlies. Door de proportionele invulling kunnen jongeren en ouderen beide een hoge of lage ziektelast hebben. Dit lijkt in het algemeen wenselijk, maar in sommige situaties lijken de gevolgen voor verdeling minder wenselijk. Een groot QALY verlies in jongeren kan een lager gewicht krijgen dan een klein QALY verlies in ouderen, en preventie van een event kan een lagere prioriteit krijgen dan curatieve ingreep als het event zich voordoet. Het is dan ook niet vanzelfsprekend dat noodzakelijkheid is gedefinieerd met een proportionele maat van gezondheidsverlies. In de literatuur zijn wetenschappers het er over eens dat noodzakelijkheid gedefinieerd moet worden in een gezondheidsgerelateerde maat, maar welke maat precies is niet duidelijk. Verschillende auteurs hebben getracht anderen over te halen tot het gebruik van een specifieke definitie, zoals 'rule of rescue' of 'fair innings'.

Figuur 3 Taxonomie van gezondheidsmaten



Volgens de rule of rescue benadering komt het redden van mensenlevens op de eerste plaats. Vanuit deze optiek krijgen mensen in een acute levensbedreigende situatie de hoogste prioriteit; de drang om in te grijpen neemt af wanneer de acute situatie minder ernstige gevolgen heeft (Jonson, 1986). Patiënten in de meest kritieke toestand krijgen de hoogste prioriteit, zoals patiënten in een levensbedreigende situatie of in een toestand die een ernstige handicap kan veroorzaken. Anders gezegd kijkt deze benadering naar urgentie; het geeft deze benadering de hoogste prioriteit aan personen met de minst gunstige QALY vooruitzichten. Maar op dit punt bestaat geen consensus (McKie et al., 2003). Mensen die de fair innings benadering aan hangen hanteren een andere invalshoek. De fair innings benadering is gebaseerd op het idee dat iedereen recht heeft het maximale uit zijn totale leven te halen. Dit betekent dat noodzaak altijd toeneemt met de absolute omvang van het gezondheidsverlies, gemeten ten opzichte van een vooraf bepaalde norm, e.g. de gemiddelde gezondheidsverwachting bij geboorte (Williams, 1997; Williams, 2001). Empirische studies laten zien dat voor beide opvattingen over een rechtvaardige verdeling van middelen in de zorg steun bestaat (Tsuchiya, 1999; Dolan, 1998; Cookson and Dolan, 1999). Het is daarom ook mogelijk te kiezen voor een concept dat beide uitgangspunten combineert. Dit is gebeurd in de huidige definitie van ziektebelasting.

Ziektebelasting maakt een bepaalde afruil tussen de doelstellingen die centraal staan in de rule of rescue en fair innings, zoals geïllustreerd in figuur 3. Rule of rescue geeft de hoogste prioriteit aan personen met de minst gunstige QALY vooruitzichten. In de taxonomie van figuur 3 is dan de omvang van gebied x relevant: hoe kleiner x, hoe hoger de prioriteit. Fair innings kijkt juist naar de omvang van het gezondheidsverlies, om mensen gelijk te kunnen stellen in hun gezondheid over het totale leven. Dus voor fair innings is juist de omvang van gebied y in de figuur relevant: hoe meer gezondheid verloren gaat, hoe hoger de prioriteit. Ziektebelasting nu heeft met beide iets. Ziektebelasting heeft met fair innings gemeen dat de omvang van het gezondheidsverlies relevant is, maar het heeft met de rule of rescue gemeen dat ook de gezondheidsvooruitzichten zonder behandeling van belang zijn. Vanuit die overweging wordt noodzakelijkheid niet simpel gezien in relatie tot de absolute gezondheidsvooruitzichten, of het absolute gezondheidsverlies. Voor ziektebelasting is de verhouding tussen beide relevant. Met andere woorden, ziektebelasting meet de ratio tussen de gezondheidsvooruitzichten zonder behandeling (X) en de QALY-vooruitzichten van een individu wanneer hij/zij in goede gezondheid zou zijn (X+Y).

De verschillen tussen rule of rescue, ziektebelasting en fair innings komen eruit voort dat deze drie concepten streven naar gelijkheid in een ander domein; voor elk van de drie valt wel wat te zeggen. Dit leidt automatisch tot problemen wanneer de concepten conflicteren. Dan worden we immers geconfronteerd met het dilemma dat wanneer we mensen gelijk stellen in een specifiek domein, we ze

automatisch ongelijk stellen in de andere domeinen. Met een concept zoals ziektelast, fair innings, of rule of rescue kunnen we dus niet *alle* vormen van ongelijkheid oplossen. Dit maakt is reflectie nodig op de vraag welke ongelijkheden in een specifiek domein gerechtvaardigd kunnen worden bij verwijzing naar toenemende gelijkheid in een ander domein. Maar welk domein is dan het meest van belang?

Een morele justificatie voor de domeinkeuze van gelijkheid zou men kunnen vinden in het idee te streven naar gelijkheid in een zo basaal mogelijke vorm, en niet in perifere domeinen (Sen, 1992). Vanuit dat perspectief bezien kunnen we met fair innings beter af zijn dan met ziektelast of rule of rescue. Gelijkheid in het fair innings concept heeft immers een grotere reikwijdte dan in ziektelast of rule of rescue, omdat de resterende gezondheid onderdeel uitmaakt van de totale gezondheid. Vanuit de fair innings benadering dragen we daarom meer bij aan het genereren van gelijke kansen voor mensen het maximale uit hun leven te halen. Zo bekeken is fair innings een aansprekend en goed te onderbouwen principe. Dan moeten we wel accepteren dat op systematische wijze lage prioriteit gegeven zal worden aan gezondheidswinsten in ouderen. Ouderen hebben als gevolg van hun leeftijd immers minder QALYs te verliezen dan jongeren, dus is volgens fair innings hun behandeling minder noodzakelijk. Een probleem hierbij is dat ouderen met behandeling ook minder QALYs winnen, dus de behandeling is minder kosteneffectief. Men kan spreken over *double jeopardy* wanneer men dit leeftijdseffect zowel binnen kosteneffectiviteit als binnen het ziektelastconcept meeweegt<sup>11</sup>. Of 'double jeopardy' een wenselijke vorm van leeftijdsdiscriminatie is of daarin juist te ver gaat, is onduidelijk (Tsuchiya, 1999). Het leeftijdseffect is binnen de huidige definitie van ziektelast daarom grotendeels geneutraliseerd.

Concluderend kunnen we stellen dat er alternatieven bestaan voor ziektelast, maar dat op dit moment niet evident is dat een van die alternatieven op meer draagvlak zou kunnen rekenen. Dit komt ziektelast recht doet aan de verscheidenheid van opvattingen over noodzaak. Bovendien vermijdt ziektelast de 'double jeopardy' problematiek. Deze kenmerken stonden in 2001 al ten grondslag aan de definitie van ziektelast (CVZ, 2001a), en verklaren mogelijk ook waarom ziektelast op veel draagvlak heeft kunnen rekenen voor toepassing in beleid (Gezondheidsraad, 2003; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2006; Pomp, Brouwer et al., 2007; Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, 2007). Het lijkt daarom onverstandig nu op grond van bepaalde onwenselijke consequenties van ziektelast te kiezen voor herdefiniëring van noodzaak. Wel is het cruciaal potentieel onwenselijke consequenties in beeld te krijgen. Dit kan bijvoorbeeld door in de appraisal fase altijd zowel het absolute als het relatieve gezondheidsverlies te bestuderen.

### **5.3. Doorontwikkeling van ziektelast?**

In plaats van te zoeken naar een model dat het huidige ziektelast concept vervangt, is het waarschijnlijk meer aanvaardbaar te zoeken naar verbanden tussen ziektelast en aanvullende rechtvaardigheidsoverwegingen. Anders gooien we hoe dan ook bepaalde opvattingen over boord. Potentiële verbetering van het ziektelast concept lijkt ook wel mogelijk, bijvoorbeeld waar het gaat om specificatie van de subgroep waarin ziektelast wordt gemeten bij preventie, het omgaan met complicaties, het gebruik van gemiddelden, en het omgaan met de tijdsduur van de ziektelast (Stolk et al., 2002). We kunnen bijvoorbeeld afspreken dat we ziektes die in episodes voorkomen anders gaan beoordelen. Een andere

<sup>11</sup> Bovendien is leeftijd ook al een bepalende factor in effectiviteit, omdat de gezondheidsproblemen van ouderen vaak complexer zijn en daardoor effectieve behandeling moeilijker wordt.

potentiële aanpassing waarvan het nut onderzocht zou kunnen worden, is of ziektelast met geïntegreerde leeftijdsgewichten beter aansluit bij maatschappelijke voorkeuren dan ziektelast zonder leeftijdsgewichten. De waarde van verloren gezondheid kan men dan af laten hangen van het relatieve verlies enerzijds en de leeftijd van de patiëntengroep anderzijds.

Het is nu nog heel onduidelijk hoe een doorontwikkeld ziektelast concept er uit zou kunnen zien. Dat komt omdat de normatieve opvattingen die mensen hebben in verdeelsituaties nog niet uitgekristalliseerd zijn. Hoewel een ziektelast meting nog niet perfect is, is de informatie die we eruit verkrijgen wel zeer nuttig. Door te werken met ziektelast komt precies in beeld wat voor keuzen er gemaakt moeten worden, terwijl deze morele dilemma's voorheen impliciet bleven zodat er ook niet over gecommuniceerd werd. Iedere situatie waarin ziektelast dan een rol speelt, levert kennis op over bestaande opvattingen van rechtvaardigheid en voor het beter definiëren van ziektelast. Door met ziektelast te werken kunnen we bepalen of de assessment van ziektelast oplevert wat maatschappelijk relevant is, of dat het anders moet. Iedere situatie levert dan inzicht op voor betere toepassing van ziektelast in een volgende situatie. We geraken zo in een incrementeel proces waardoor we steeds beter in staat zijn in te schatten wat voor ziektelast maatschappelijk relevant is. Dit geeft de beste basis voor het bijsturen van ziektelast en minimaliseer risico op fouten ermee.

Hoewel er dus ruimte bestaat voor potentiële verbetering van ziektelast, lijkt het raadzaam hierin niet te hard van stapel te lopen. Dit is niet alleen omdat we die tijd nodig hebben om maatschappelijke opvattingen over rechtvaardigheid te leren kennen, maar ook omdat met elke aanpassing van ziektelast de interpretatie ervan lastiger wordt. Zoals ziektelast nu gedefinieerd is, is eenvoudig uit te leggen hoe een oordeel over ziektelast tot stand komt en welke rechtvaardigheidsopvattingen eraan ten grondslag liggen. Als we andere overwegingen erin gaan verweven, wordt het concept minder inzichtelijk en de interpretatie technischer.

## 6. Ziektelast: Appraisal

Over wat noodzakelijkheid of ziektelast precies is, kan men lang filosoferen zonder tot een universeel uitgangspunt te komen. Het is uniek in de wereld dat in context van het Nederlandse vergoedingsbeleid op dit punt een keuze is gemaakt, om zodoende consistentie in beleid te bevorderen. Volgens de huidige definitie, wordt ziektelast gemeten als het percentage van de resterende gezondheid dat door ziekte verloren dreigt te gaan. In elke beoordelingstraject voor vergoeding kan op basis van deze definitie inzicht verkregen worden in de ernst van de aandoening. De informatie die aldus verkregen wordt over ziektelast kan in samenhang met informatie over kosteneffectiviteit een rol spelen in het oordelen over een vergoedingsaanvraag. Uitgangspunt daarbij is dat hoe groter het percentage gezondheid dat verloren dreigt te gaan, hoe hoger de ziektelast, en hoe soepeler omgegaan kan worden met de eis voor kosteneffectiviteit.

We gaan niet uit van een directe relatie tussen ziektelast, kosteneffectiviteit en vergoedingsbesluiten. In vergoedingsbeleid zijn meer overwegingen relevant dan de ziektelast en de kosteneffectiviteit. Omdat ziektelast meetbaar is, ligt het voor de hand dat voor de meting van ziektelast een plek wordt ingeruimd in de assessmentfase. Vanwege de beperkte morele justificatie mag men evenwel niet uit het oog verliezen wat de beperkingen zijn van ziektelast. Ziektelast focust op gezondheid op een bepaalde manier (anders dan Fair Innings of Prospective Health) en andere karakteristieken (eigen schuld, hebben van kinderen, etc) buiten beschouwing laat. Ziektelast is dus *een* manier om *een deel van* noodzakelijkheid te operationaliseren. Ook vergt het normatieve keuzen om Ziektelast te operationaliseren. Ziektelast is dus een mooie, maar niet probleemloze of volledige stap in het opstapelen van een compleet *framework* voor het beoordelen van zorginterventies. Daarom zal de waardering van ziektelast plaats moeten vinden in de appraisalfase. Het is daarin cruciaal dat mensen weten wat het getal van ziektelast betekent, en het gevoel laten spreken over de vraag of in een situatie geen relevante aanvullende overwegingen met betrekking tot noodzaak worden gemist.

Een punt van aandacht bij de toepassing van ziektelast is dat er situaties kunnen bestaan waarin een discrepantie bestaat tussen de berekende ziektelast en maatschappelijke intuïties over de wenselijkheid van behandeling. Situaties om alert te zijn op een eventuele onderschatting van ziektelast is bij preventieve ingrepen, en bij jonge mensen die veel gezondheid dreigen te verliezen. Andersom is het denkbaar dat ziektelast overschat wordt bij oude mensen die ongeacht de aandoening waarvoor nu behandeling wordt overwogen, toch nog maar kort te leven hebben. In deze situaties is er een hevig conflict tussen het streven eenieder het maximale uit zijn of haar totale leven te laten halen, of juist eenieder het maximale te laten halen uit zijn of haar *resterende* levensduur. In genoemde gevallen is prioriteit volgens een van de opvatting hoog, en volgens de ander juist laag. Omdat voor beide opvattingen over rechtvaardigheid draagvlak bestaat, is het in deze situaties niet evident dat ziektelast een optimale invulling geeft aan noodzakelijkheid. Men zal moeten trachten op maatschappelijke opvattingen hieromtrent te sturen in de appraisalfase.

Omdat nu nog geen duidelijkheid bestaat over maatschappelijke opvattingen, is het van belang dat in de appraisal expliciet gemaakt wordt op welke gronden men tot een conclusie komt over de wenselijkheid van vergoeding. Dan wordt toetsbaar of er draagvlak voor beleid bestaat en of het beleid consistent is. Naarmate men minder zeker is over het eigen oordeel zal het lastiger zijn om aan de transparantie eis te voldoen, omdat men zich meer en meer realiseert hoe kwetsbaar het ingenomen standpunt is (Stolk et al, 2009). Om recht te doen aan deze gevoelens van onzekerheid is open discussie van belang.



**Referenties**

- Bleichrodt H, Doctor J, Stolk EA. A Nonparametric Elicitation of the Equity Efficiency Tradeoff in Cost-Utility Analysis. *Journal of Health economics* 2005; 24: 655-78
- Bouter, Maatschappelijke criteria voor medisch-wetenschappelijk onderzoek. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 1994. 72: p. 98-99
- Broos PH. Noodzakelijk te verzekeren zorg; een pluriform begrip. Een beleidsnotitie over de operationalisering van het begrip 'noodzakelijk te verzekeren zorg'. Diemen, College voor Zorgverzekeringen, 2009
- Cohen JP, Stolk EA, Niezen M. Role of budget impact in drug reimbursement decisions. *J Health Polit Policy and Law*, 2008;33(2):225-47
- Busschbach JJV. Uitwerking pakketprincipe 'kosteneffectiviteit' ten behoeve van de appraisal fase pakketbeheer. Diemen, College voor Zorgverzekeringen, 2008
- Coast J, Peters TJ, Natarajan L, Sproston K, Flynn T. An assessment of the construct validity of the descriptive system for the ICECAP capability measure for older people. *Qual Life Res.* 2008a Sep;17(7):967-76
- Coast J, Flynn TN, Natarajan L, Sproston K, Lewis J, Louviere JJ, Peters TJ. Valuing the ICECAP capability index for older people. *Soc Sci Med.* 2008b Sep;67(5):874-82
- Commissie Keuzen in de zorg. Kiezen en delen; rapport van de Commissie Keuzen in de zorg (Commissie-Dunning). Den Haag, 1991
- Cookson R, Dolan P. Public views on health care rationing: a group discussion study. *Health Policy* 1999;49:63-74
- CvZ. Breedte geneesmiddelenpakket. Amstelveen, College voor Zorgverzekeringen, 2001a
- CvZ. Het basispakket: inhoud en grenzen. Rapport naar aanleiding van de evaluatie van "10 jaar pakketdiscussie". Amstelveen, College voor Zorgverzekeringen, 2001b
- CvZ. Vervoigonderzoek breedte geneesmiddelenpakket. Amstelveen, College voor Zorgverzekeringen, 2002
- CvZ. Pakketbeheer in de praktijk. Diemen, College voor zorgverzekeringen, 2006
- Gezondheidsraad. Contouren van het basispakket. Den Haag, Gezondheidsraad, 2003
- Dolan P. The measurement of individual utility and social welfare. *Journal of Health Economics* 1998;17:39-52
- Hoeymans N, Gommer AM, Poos MJJC. Wat is de ziektelast in Nederland? In: *Volksgesondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgesondheid*. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Gezondheid en ziekte\ Sterfte, levensverwachting en DALY's\ Ziektelast in DALY's, 7 december 2006

Johannesson, M. Should we aggregate relative or absolute changes in QALYs? *Health Economics* 2001; 10: 573-577

Jonsen, A. R. (1986). Bentham in a box: Technology assessment and health care allocation. *Law, Medicine and Health Care*, 14, 172-174

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963 Sep 21;185:914-9

Luijn, J.C.F. van, J.W.A. van Loenhout, J.A. Riteco & T. Ripken. Toetsing van het geneesmiddelenpakket. Het 'Beslismodel extramurale farmaceutische hulp' van de Ziekenfondsraad. *Medisch Contact* 1995; 50(45): 1433-1438

Mathers C., T. Vos & C. Stevenson. The burden of disease and injury in Australia. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare. 1999

McKie J and Richardson J. The Rule of Rescue. *Social Science and Medicine*, 2003. 56: p. 2407-2419

Niezen MG, de Bont A, Busschbach JJ, Cohen JP, Stolk EA. Finding legitimacy for the role of budget impact in drug reimbursement decisions. *Int J Technol Assess Health Care*, 2009;25(1):49-55

Pomp, M., W. Brouwer, Rutten FFH. QALY-tijd, Nieuwe medische technologie, kosteneffectiviteit en richtlijnen Den Haag Centraal Planbureau (CPB), 2007

RVZ. Zinnige en duurzame zorg. Zoetermeer, Raad voor de volksgezondheid en Zorg, 2006

RVZ. Rechtvaardige en duurzame zorg. Zoetermeer, Raad voor de volksgezondheid en Zorg, 2007

RVZ. Ethiek met beleid. Advies over beleid bij ethische vraagstukken in de gezondheidszorg. Zoetermeer, Raad voor de volksgezondheid en Zorg, 1999

Ryan M, Netten A, Skåtun D, Smith P. Using discrete choice experiments to estimate a preference-based measure of outcome--an application to social care for older people. *J Health Econ*. 2006 Sep;25(5):927-44

Sen, A. K. Inequality reexamined. Oxford, Oxford University Press, 1992

Stolk, E. A., S. J. Pickee, et al.. Equity in health care prioritization; an empirical inquiry into social value. *Health Policy* 2005; 74(3): 343-55

Stolk, E. A., M. J. Poley, et al.. Proeftoetsing van het iMTA-model. Identificatie van aandoeningen met minimale ziektelast en proeftoetsing van de voor ziektelast gecorrigeerde doelmatigheidstoets. In: CVZ. Vervolgonderzoek breedte geneesmiddelenpakket. Amstelveen, College voor Zorgverzekeringen, 2002

Stolk EA, De Bont A, Van Halteren A, Bijlmer R, Poley MJ. The role of HTA in shaping the benefits package in The Netherlands. *Expert Review of Pharmacoeconomic Outcomes Research* 2009;9:85-94

Stronks K, Gunning-Schepers LJ, Hartogh GAd. Selectie van basisvoorzieningen met de Trechter van Dunning. Toch een politieke discussie. *Medisch Contact* 1995;43:1370-2.

Stouthard, M.E.A., M.L. Essink-Bot, G.J. Bonsel, J. Barendregt, P.G.N. Kramers, H.P.A. van de Water, L.J. Gunning-Schepers & P.J. van der Maas.  
Wegingsfactoren voor ziekten in Nederland. Amsterdam: Instituut voor Sociale Geneeskunde, Academisch Medisch Centrum, 1997.

Tsuchiya A. Age related preferences and age weighting health benefits. *Social Science Medicine* 1999;48:267-276

Wagstaff A. QALYs and the equity-efficiency trade-off, *Journal of Health Economics* 1991;10:21-41.

Williams, A. Intergenerational equity: an exploration of the 'fair innings' argument. *Health Economics* 1997: 6(2): 117-32.

Williams, A.. The 'fair innings argument' deserves a fairer hearing! Comments by Alan Williams on Nord and Johannesson. *Health Economics* 2001: 10(7): 583-5

## **Bijlage 4**

### **Bestuurlijke reacties geconsulteerde partijen**



De weledelgeleerde heer Drs. C.H.F. Gimbrère  
CVZ  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

Geachte Heer Gimbrère,

In reactie op de toegestuurde concept Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering wil de Bogin graag de volgende punten onder uw aandacht brengen.

Uit uw benadering wordt duidelijk dat de materie lastig is en er, ondanks de beschikbaarheid van een aantal relevante bronnen of studies, geen eenduidige criteria bestaan waarop een besluit kan worden genomen. Het rapport geeft ook aan dat het een besluit van de politiek moet zijn. Het zal lastig zijn een duidelijk besluit daarover te nemen, een besluit dat ook nog moet worden verankerd in de regelgeving, zeker als er nauwelijks onomstreden afbakeningen mogelijk zijn. Als voorbeeld wordt gegeven de kalknagels, die mogelijkerwijs voor bepaalde patiënten slechts een ongemak zijn, afgezien van het feit dat het wel een infectie met schimmels betreft, maar die voor subgroepen van patiënten wel degelijk schadelijk kunnen zijn. Andere voorbeelden zijn makkelijk denkbaar zeker in combinatie met chronische aandoeningen. Als prioritering (op basis van noodzakelijkheid) een rol zou gaan spelen bij het bepalen van het besluit om een behandeling wel of niet te vergoeden dan spelen daar de maatschappelijke context naast een individuele context een rol. Bij het gebruik van de Quality zal bijvoorbeeld de vraag zich voordoen bij welk niveau de eigen betaling een rol gaat spelen, naast de vraag wat daarbij het effect van toepassing van het utiliteitsprincipe nog kan zijn. Ondanks het feit dat in de wetenschappelijke literatuur meer aandacht wordt gegeven in het kader van besluitvorming over vergoeding aan een rechtvaardigheidsprincipe zoals ziektelast, is het nog geen uitgemaakt zaak is hoe dit moet worden ingekleed.

Ook het feit dat consulten en diagnostiek altijd tot het verzekerde pakket moet blijven behoren lijkt niet logisch als een eventuele behandeling wegens lage ziektelast niet wordt vergoed. Het is duidelijk dat hierdoor een dilemma ontstaat. In bepaalde situaties van co-morbiditeit zouden overigens behandelingen wel vergoed worden. Dit kan leiden tot verwarring of onduidelijkheid.

Voorop dient altijd te staan dat daar waar medische zorg nodig is die ook beschikbaar moet zijn en daar waar de patiënt een eigen risico loopt door de patiënt, op goede gronden, een afweging kan worden gemaakt. In het kader van de Trechter van Dunning ging de discussie ook niet over de drie eerste trechter stappen, maar over de laatste weging, de afweging of een ingreep wel of niet voor eigen rekening kon komen. Echter het voorstel heeft de problematiek van wanneer eigen betaling niet kunnen oplossen.

Het feit dat de groei van de zorgkosten aandacht behoeft en nagegaan moet worden in welke mate die groei kan worden afgeremd, met het oog de zorg toegankelijk en betaalbaar te houden, is een belangrijk aandachtspunt. Het rapport is daartoe een eerste aanzet, waarin echter nog vele aspecten onvoldoende uitgewerkt zijn. Dat wordt ook aan in het eerste concept aangegeven, waarbij ook de opmerking dat voorzichtigheid moet worden betracht met de interpretatie van verschillende studies en dat er beperkingen zijn bij het gebruik van sommige gegevens in het kader van definiëren van lage ziektelast een belangrijk gegeven is. Ook is het belangrijk welke keuzes daarbij worden gemaakt. Hierbij spelen zaken een rol als: gezond-ziek, jong-ouder, maatschappelijk belang/aspecten-persoonlijk belang/aspecten, ziekteontwikkeling, geleidelijke invoering-principiële benadering. Dit moet goed afgewogen worden, niet alleen vanuit algemeen gezondheidsbelang en de daaraan verbonden kosten, maar ook vanuit de solidariteit, subsidiariteit en toegankelijkheid.

Zeker in het kader van de besparingsdoelstellingen van 1,3 miljard Euro is het reëel aan te nemen dat deze besparingsdoelen niet worden bereikt met een lage ziektelast benadering. Er zou dan ook meer aandacht moeten zijn voor doelmatige inzet van de zorg, doelmatige inzet van alle aspecten van verrichtingen de zorg, dus niet alleen de behandeling met geneesmiddelen. Overigens bij het voorschrijven volgens de richtlijnen van de beroepsverenigingen ( en in de toekomst van het Kwaliteits Instituut) zijn nog aanzienlijke besparingen mogelijk omdat dan een beter gebruik wordt gemaakt van generieke geneesmiddelen. Generieke geneesmiddelen zijn vaak de eerste keuze bij de behandeling van vele aandoeningen.

In het kader van mogelijke alternatieve besparingsmogelijkheden is het eens te meer belangrijk dat de gedocumenteerde effectiviteit en doelmatigheid voor alle zorg als essentiële uitgangspunten gelden.

Gezien het feit dat de lage ziektelast benadering op een aantal problemen stuit, zou een ander mogelijkheid de benadering middels "lage lasten" kunnen zijn. Hierbij is het uitgangsprincipe dat lage lasten( kosten) voor rekening van de patiënt zelf komen. Zelfzorg is een geaccepteerd principe in onze samenleving en vaak kost de zelfzorg meer dan bijvoorbeeld veel gebruikte receptgeneesmiddelen. Het zou aanbeveling verdienen om deze optie nader uit te werken.

Met vriendelijke groet,  
Frank Bongers  
Voorzitter Bogin  
Jan Pieterszoon Coenstraat 7  
2595 WP The Hague  
The Netherlands  
Tel: 00 31 70 7999237  
Fax: 00 31 70 7999370  
Mob: +31 651115556  
[bogin@planet.nl](mailto:bogin@planet.nl)

**Commentaar op concept uitvoeringstoets Lage ziektelastbenadering  
CVZ; nr. 2011070799 voor hulpmiddelenzorg.**

Reactie op lage ziektelast als parameter voor hulpmiddelenzorg (hulpmiddelen voor langdurig gebruik).

**De Zorgverzekeringswet als achtergrond**

De Zorgverzekeringswet gaat uit van rechten op basis van functiegerichte omschrijving op basis van zorg-inhoudelijke criteria (breder dan van medisch-inhoudelijke aard).

**Zorgverzekeringswet**

Paragraaf 3.2. gaat over de te verzekeren prestaties.

Artikel 11 lid 3 staat dat de inhoud en omvang door de Minister per AMvB bepaald worden, alsmede dat een deel van de kosten voor rekening kan komen van verzekerde.

In de toelichting op artikel 11 is aangegeven dat de reeds in het Verstrekingsbesluit Ziekenfondswet ingezette benadering van functiegerichte omschrijving van de rechten van toepassing blijft.

In Artikel 14 vermeldt dat de behoefte aan een bepaalde vorm van zorg of dienst slechts op basis van zorginhoudelijke criteria wordt beantwoord. In de toelichting op artikel 14 wordt gesteld dat de rechten op zorg op basis van zorginhoudelijke criteria geformuleerd moeten worden die veelal van medisch-inhoudelijke aard zijn. De wet hanteert echter het bredere begrip van zorg-inhoudelijke criteria.

**Besluit Zorgverzekering (AMvB van Zorgverzekeringswet)**

Het Besluit Zorgverzekering noemt de verschillende soorten zorg, zoals geneeskundige zorg (artikel 2.4) en hulpmiddelenzorg (artikel 2.9).

Hulpmiddelenzorg omvat hulpmiddelen voor langdurig gebruik. In de toelichting op artikel 2.9 is beschreven dat het hier gaat om zorg met als aangrijpingspunt een te corrigeren aandoening/handicap.

Artikel 2.4. van het Besluit Zorgverzekering gaat over geneeskundige zorg en omvat zorg van huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen etc. Er wordt nader uitgewerkt om welke zorg het gaat, etc.  
Hulpmiddelen gebruikt ter ondersteuning van geneeskundig handelen, vallen onder de verstrekking van geneeskundige zorg (DBC/DOT-gebonden).

Artikel 2.9. gaat over hulpmiddelenzorg

1. Hulpmiddelenzorg omvat bij ministeriële regeling aangewezen, functionerende hulpmiddelen en verbandmiddelen, waarbij kan worden geregeld:
  - a. in welke gevallen de verzekerde recht heeft op die zorg;
  - b. de vergoeding etc.;
2. ....
3. Bij ministeriële regeling kan worden bepaald een eigen bijdrage ter grootte van ...



## **Regeling Zorgverzekering (jaarlijkse uitwerking van Besluit Zorgverzekering)**

Paragraaf 1.4. (artikel 2.6 t/m 2.36) vermeldt de aangewezen hulpmiddelen. De lijst is gedereguleerd en omvat niet langer mogelijke oplossingen - aanbod-gestuurd - doch de situaties waaronder functiegericht geformuleerd rechten op hulpmiddelen bestaan - vraag-gestuurd.

In de toelichting op paragraaf 1.4. staat: bij aanvang van de Zorgverzekeringswet in 2006 wordt in de regeling Hulpmiddelen aangegeven in welke gevallen er een recht bestaat. Op termijn zal worden bezien of er tot een globalere omschrijving met als aangrijpingspunt de te corrigeren aandoening/handicap.

Hiermee wordt bedoeld de functiegerichte aanspraak die per 2012 voor nagenoeg alle hulpmiddelengroepen is doorgevoerd.

In de jaarlijks vanaf 2006 doorgevoerde aanpassingen van de regeling Hulpmiddelen wordt aangegeven dat het gaat om hulpmiddelen met als aangrijpingspunt de te corrigeren aandoening/handicap. Zo staat bij de aanpassing per 1-1-2009 van orthesen en schoenen naar een functiegerichte omschrijving dat niet gesproken wordt over ziekte of ziektelast, maar over stoornissen van lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen. Zie de tekst in het kader op blz. 3.

Het gaat in de hulpmiddelenzorg om de stoornissen, beperkingen en participatieproblemen die mogelijk het gevolg kunnen zijn van een ziekte. Het gaat dus niet direct om de ziekte zelf.

Wel staat bij de functiegerichte omschrijving (o.a. van orthesen) dat er sprake moet zijn van een ernstige aandoening, doch niet dat deze aandoening hier duidt op ziekte. Uit de tekst is duidelijk dat het gaat om de aandoening/handicap.

Ook bij het functiegericht omschreven recht op een prothese is gekozen voor een functiegerichte benadering gebaseerd op afwezigheid van lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen en niet op de onderliggende ziekte. Zie <http://www.handy-wijzer.nl/viewtext.asp?OID=60434>.

"In de omschrijving van artikel 2.12 over orthesen en schoenen wordt in ICF-termen gesproken van uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het wijzigen van gestoorde functies van het bewegingssysteem en aan beweging verwante functies alsmede anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging .... die worden gebruikt door mensen met klachten gerelateerd aan het houdings- en bewegingsapparaat. Het gaat daarbij om orthesen of orthetische hulpmiddelen die extern worden aangebracht om gestoorde functies van het bewegingsapparaat en anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging te wijzigen. De aandoeningen die klachten veroorzaken, zijn zeer divers en de behandeling ervan valt onder verschillende specialismen. Deze hulpmiddelen worden onder meer gebruikt voor de behandeling van letsels en aandoeningen van de wervelkolom, bot en peesstelsels, artrose, instabiele gewrichten, voetafwijkingen en verlammingen.

Volgens de Internationale Standaard ISO 8551 kunnen de functies van deze hulpmiddelen als volgt omschreven worden:

- het stabiliseren, reduceren, accepteren van een standsafwijking;
- het verminderen of vermeerderen van de bewegingsuitslag van gewrichten;
- het verlengen van het skelet;
- het compenseren van te geringe spierwerking en beheersbaar maken van overmatige spierwerking;
- het verminderen en herverdelen van belasting.

Onder de verschillende orthesen kunnen onder meer korsetten voor afwijkingen aan de wervelkolom en halskragen vallen, maar ook (dynamische) lig- en zitorthesen. Zitorthesen die .....

Voorbeelden van hulpmiddelen voor de extremiteiten zijn orthopedische beugelapparatuur, verschillende braces, orthopedische schoenen en orthopedische voorzieningen aan confectieschoenen. Het confectieschoeisel zelf komt voor eigen rekening.

Door de nieuwe omschrijving in dit artikel zouden ook de meest eenvoudige orthesen (bijvoorbeeld steunzolen en orthesen die uitsluitend gedragen worden tijdens sportactiviteiten) onder de te verzekeren prestaties vallen. Daarom is bepaald dat er sprake moet zijn van een ernstige aandoening en dat het niet mag gaan om hulpmiddelen die uitsluitend bij sportactiviteiten zijn aangewezen.

Om te voorkomen dat de kosten van orthesen die uitsluitend kortdurend in het kader van een medisch-specialistische behandeling worden ingezet, worden afgewenteld op de extramurale hulpmiddelenzorg is geregeld dat er sprake moet zijn van langdurig gebruik. Waar het om gaat is dat orthesen - die tijdelijk worden ingezet in het kader van de medisch-specialistische behandeling - niet onder de te verzekeren prestatie "hulpmiddelenzorg" vallen. Het gaat dan om aandoeningen waarbij het dragen van het betreffende hulpmiddel wordt geïndiceerd door de medisch specialist, maar - na ontslag uit de poliklinische controle - niet meer nodig is of op termijn eindigt. Als voorbeeld wordt genoemd de toepassing in het ziekenhuis van braces in verband met een letsel, die in het verleden werden behandeld met gips. Een ander voorbeeld is een reclinatiekorset volgens het drie-punts-principe dat gebruikt wordt bij stabiele (soms instabiele) wervelfracturen en na een spondylodese. Deze korsetten worden in het algemeen kortdurend (drie a vier maanden) in het kader van medisch-specialistische behandeling ingezet".

## De uitvoeringstoets Lage-ziektelastbenadering van het CVZ

Het advies omvat de benadering van lage-ziektelast op verzekerde prestaties in het kader van de Zorgverzekeringswet.

Dit begrip ziektelast kan evident toegepast worden op de geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4. van de Zorgverzekeringswet, die gaat immers over ziekte. Dit wordt in het rapport ook zo gehanteerd wordt, mede blijkens de volgende passage uit de inleiding:

### *Medicalisering*

*Door de toenemende medicalisering wordt dat wat vroeger hoogstens als ongemak of kwaaltje werd gezien, nu als ziekte benoemd en ervaren. Met andere woorden: de behoefte aan geneeskundige zorg wordt steeds groter. Wanneer een keus moet worden gemaakt om het basispakket in te perken, ligt het voor de hand dit te doen door eerst behandelingen voor de minst ernstige aandoeningen uit te sluiten.*

Vraag is welke relatie het begrip ziektelast heeft naar hulpmiddelenzorg. Wederom uit de inleiding geciteerd:

### *Bijzondere situaties*

*Een aandoening met een lage ziektelast kan worden aangeduid als een aandoening met een "disability-weight" die ligt onder een gekozen drempelwaarde. Een sterk punt van deze toepassing is de relatieve eenvoud ervan. Er zijn evenwel verschillende situaties denkbaar waarin zo'n eenduidige toepassing van het ziektelastcriterium problematisch is. Het is van belang deze uitzonderingssituaties goed voor ogen te houden, en daarnaast is het van belang om deze verschillende situaties onderling van elkaar te onderscheiden. Het gaat dan om aandoeningen die in subgroepen van patiënten een verschillend verloop vertonen ('heterogeniteit'); aandoeningen met een episodisch (ofwel niet-chronisch) verloop; aandoeningen met een progressief verloop; aandoeningen waarvan de behandeling kan worden aangemerkt als preventie en vage klachten/symptomen/aandoeningen die niet kunnen worden gezien als een voldoende duidelijk omschreven aandoening voor de ziektelastbepaling. Voor al deze situaties geldt dat in de appraisalfase moet worden afgewogen of een pakketmaatregel op basis van de gemiddeld lage ziektelast nog acceptabel is in het kader van de principes van pakketbeheer.*

In ICF termen is gezondheid: ziekte + functioneren. Ziektelast zou dan zijn de mate waarin, samenhangend met een bepaalde ziekte / aandoening, iemands functioneren nadelig wordt beïnvloed c.q. de ervaren functioneringsproblemen (disability) samenhangend met een bepaalde ziekte / aandoening. In het rapport worden de termen ziekte (WHO-ICD classificatie van ziekten) en functioneren/functioneringsprobleem (WHO-ICF) onzorgvuldig en zonder onderlinge samenhang gebruikt. Trouwens (internationale) pogingen om deze aan elkaar te koppelen zijn tot heden gestrand (zo ook in Global Burden of Disease waar medische hulpmiddelen voor functioneringsproblemen als een background paper verwerkt zijn <sup>1</sup>).

De vraag is wat in de tekst in kader precies met aandoening wordt bedoeld; later op in het stuk blijkt dat bijv. hoesten ook als 'aandoening' wordt beschouwd; hoesten

<sup>1</sup> Heerkens en Bougie zijn auteurs van Background Paper 2 over Assistive Products bij het Global Burden of Disease report; Geneva; august 2010

kan al dan niet een teken van een (ernstige) ziekte zijn die kan leiden tot (eventueel grote) functioneringsproblemen.

De vraag is ook wat wordt bedoeld met ongemak; een geringe ernst / mate van functioneringsproblemen??

De term disability-weight lijkt nog het dichtste bij de term functioneringsproblemen te komen. De term disability wordt door de WHO in de ICF gepositioneerd als umbrella-term voor stoornissen, beperkingen en participatieproblemen (in het Nederlands is de paraplueterm functioneringsproblemen of handicap). De term disability-weight komt niet voor in het WHO-vocabulair, maar zou dan gezien kunnen worden als de omvang van de ervaren functioneringsproblemen.

In het verlengde van het begrip ziektelast zoals van toepassing bij geneeskundige zorg, zouden termen als stoornissen- of beperkingenlast mogelijk passen voor hulpmiddelzorg.

Het CVZ adviseert een geleidelijke invoering van de lage-ziektelastbenadering in het pakketbeheer. In de loop van 2012 zal worden geïdentificeerd welke aandoeningen "veilig" en "gemakkelijk" uit het verzekerde pakket kunnen worden verwijderd. Met veilig bedoelt het CVZ dat het aandoeningen betreft die daadwerkelijk als ongemak kunnen worden beschouwd en waarbij ook het afzien van behandeling niet tot gezondheidsschade zal leiden. Met gemakkelijk doelt het CVZ op geringe consequenties in de uitvoeringspraktijk. In vervolgrapportages zal het CVZ een meer uitgebreide lijst opstellen, waarbij per mogelijke pakketmaatregel de verschillende consequenties in kaart worden gebracht. Deze lijst vormt dan de basis voor de keuzes die voor het jaar 2015 moeten worden gemaakt.

Het toepassen van de lage-ziektelastbenadering kan op drie verschillende manieren juridisch worden vormgegeven:

- Het toepassen van het begrip ziektelast als pakketprincipe. Gesteld dat sprake is van het begrip ziektelast als een op zichzelf staand pakketcriterium, dan kan dit voor een aandoening met lage ziektelast leiden tot een advies aan de minister om de behandeling(en) van die aandoening geen deel uit te laten maken van het verzekerde basispakket. Dit alternatief geeft duidelijkheid voor zowel de verzekerden als de uitvoeringspraktijk. Voordelen zijn dat hiervoor geen wetswijziging nodig is en dat over elke voorgestelde pakketmaatregel politieke afweging plaats vindt. Dat laatste aspect kan natuurlijk ook als een nadeel worden opgevat, omdat het proces daarmee tijdrovend wordt.

Als gezondheid breed wordt gepositioneerd (en daar lijkt het op), is er altijd, ook bij geringe functioneringsproblemen, sprake van een (ook geringe) vermindering van de gezondheid; de vraag is wat hier met schade wordt bedoeld? De kans dat de functioneringsproblemen blijvend zijn? - maar dat zijn ze bij mensen met chronische aandoeningen per definitie - of wordt bedoeld dat ze progressief zijn; bij niet behandeling worden de functioneringsproblemen steeds groter??

Ervan uitgaand dat functioneringsproblemen niet alleen samenhangen met (de ernst en aard) van een ziekte maar ook beïnvloed worden door externe en persoonlijke factoren, wordt het best lastig om in het algemeen te zeggen wat de ziektelast is van een bepaalde ziekte / aandoening. De ziektelast van een lichte vorm van reuma voor een 80-jarige is anders dan beginnende reuma bij een kind. De ziektelast van een lichte vorm van reuma in de gewrichten van één van de vingers van een professioneel pianist heeft dramatische gevolgen van zijn/haar functioneren.

Later in het stuk wordt de term Qaly gebruikt om ziektelast te definiëren; bij kwaliteit van leven spelen externe en persoonlijke factoren een hele duidelijke rol en is het dus per definitie ondoenlijk om te bepalen wat de ziektelast van een aandoening 'in het algemeen' is.

MIDAS wordt aangehaald en als referentie gebruikt; dat onderzoek stamt uit de periode van voor het ICF-model dat in 2001 door de WHO geïntroduceerd is.

Dit rapport richt zich op de toepassing van het ziektelastcriterium voor identificatie van aandoeningen met een lage ziektelast. Wanneer ziektelast geldt als een criterium voor pakketvergoedingen, dan is het goed voor te stellen dat er een ondergrens is waarbij er geen maatschappelijk draagvlak meer is voor een collectieve financiering van behandeling. Bij deze aandoeningen met een lage ziektelast kan men zich afvragen of er sprake is van een ziekte of van een 'ongemak' en of het daarom de verantwoordelijkheid is van de gemeenschap om behandeling van deze aandoening te vergoeden. Het gaat hierbij op het eerste gezicht om milde, niet-levensbedreigende, stabiele aandoeningen.

De vraag is wat wordt bedoeld met ongemak; een geringe ernst / mate van functioneringsproblemen??

Wat wordt bedoeld met stabiel? Niet erger wordend? zonder behandeling??  
Stel dat mensen niet zelf willen / kunnen betalen voor een relatief milde aandoening, maar daardoor het risico lopen dat op termijn de aandoening verergert (de ziektelast groeit). Zijn we dan later niet veel meer geld kwijt dan aan de mogelijk relatief lage kosten bij het begin van de ziekte?

Wordt met deze benadering het ook niet lastig om preventieve zorg vanuit de Zvw te financieren?? Leidt dat niet tot hogere kosten later in het traject??

Ten slotte twee andere voorbeelden om aan te geven dat het begrip ziektelast niet werkt voor de hulpmiddelenzorg bij langdurige stoornissen en beperkingen:

- een aangeboren amputatie of blindheid: uitgaande van de definitie van ziektelast zoals wij die boven hebben geformuleerd (*de mate waarin, samenhangend met een bepaalde ziekte / aandoening, iemands functioneren nadelig wordt beïnvloed c.q. de ervaren functioneringsproblemen (disability) samenhangend met een bepaalde ziekte / aandoening*) is de ziektelast groot; immers de met de (aangeboren) aandoening gepaard gaande gevolgen voor het functioneren zijn groot en duren het hele leven. De vraag is of dit spoort met hoe CVZ hier tegenaan kijkt, er is immers geen ziekte als zodanig, dus ook geen ziektelast.
- Een amputatie als gevolg van hart- en vaatlijden: de ziektelast als gevolg van de onderliggende hart- en vaatklachten heeft een eigen dynamiek. Echter de amputatie heeft een effect op het functioneren. Dit effect en daarmee de gezondheidslast kan gecompenseerd worden met een prothese, afhankelijk van de individuele stoornissen (pijn, conditie amputatiestomp, belastbaarheid gewrichten), beperkingen (staan en bewegen) en participatie (leefomgeving, sociaal functioneren, werken/hobby), beïnvloed door persoonlijke en externe eigenschappen (werk, leefomgeving, sociale context) van de persoon.

**Conclusie**

Lage ziektelast is alleen een bruikbare parameter voor hulpmiddelenzorg (hulpmiddelen voor langdurig gebruik) als in de omschrijving van ziektelast wordt uitgegaan van een brede definitie van gezondheid, dus als rekening wordt gehouden met de functioneringsproblemen die met de ziekte gepaard gaan en als 'ziekte' ruim wordt gezien, dus ook (aangeboren) aandoeningen ertoe behoren.

Ir. Theo Bougie; BRT-ADVIES, Echt; [theo.bougie@brt-advies.nl](mailto:theo.bougie@brt-advies.nl)  
Dr. Yvonne Heerkens; Nederlands Paramedisch Instituut NPi, Amersfoort;  
[heerkens@paramedisch.org](mailto:heerkens@paramedisch.org) ;

Echt/Amersfoort, 10 januari 2012

cc. CVZ; Drs. C.H.F. Gimbrère





Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland



CVZ

Drs. C.H.F. Gimbrère  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

datum Utrecht, 10 januari 2012  
ons kenmerk 2012-6/DSB/01.01.01/WW/bh  
voor informatie Winny Toersen NPCF; Marijke Hempenius CG-Raad  
uw kenmerk  
onderwerp **reactie uitvoeringstoets lage-  
ziektelastbenadering**

## CONCEPT

Geachte heer Gimbrère,

Medio december ontvingen wij de concept uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering. De CG-Raad en NPCF maken graag gebruik van de mogelijkheid om inhoudelijk op de concept uitvoeringstoets te reageren. In onze reactie staan wij achtereenvolgens stil bij de aanleiding voor de lage-ziektelastbenadering, zorgen van patiëntenorganisaties, kritisch kijken naar het pakket en de alternatieven.

Voordat wij deze thema's toelichten, willen wij het CVZ graag complimenteren over de aanpak en inhoud van voorliggende uitvoeringstoets. De keuze om eerst stil te staan bij het begrip ziektelast en de wijze waarop dit begrip kan worden toegepast in het pakketbeheer, biedt de mogelijkheid om te bezinnen op de fundamenten van deze benadering.

Verder onderschrijven wij het CVZ-standpunt dat er bij pakketbeslissingen niet uitsluitend kan worden afgegaan op een kwantitatieve benadering. Voor besluitvorming over ingrepen in het pakket is een weloverwogen afweging zijn plaats. Daarbij horen ook de maatschappelijke afwegingen over de wenselijkheid van behandeling. Omdat het over (verlies van) kwaliteit van leven gaat, zal deze afweging wat ons betreft inclusief de inbreng van de betreffende patiënten- of gebruikersgroepen zijn.

Ook delen wij de mening van het CVZ dat de huisartsenzorg in alle situaties vanuit de basisverzekering vergoed moet worden, evenals diagnostische tests en verrichtingen. Mensen met klachten ervaren last en zijn mogelijk ongerust. Het is van grote waarde dat zij snel en dichtbij terecht kunnen voor een professioneel advies. Ook bieden minder acute klachten gelegenheid om een goede relatie met de huisarts op te bouwen en krijgt de huisarts een meer volledig beeld van de gezondheidsbeleving van de patiënt.

### Aanleiding

In het rapport staat bij de aanleiding dat de stijgende kosten van de zorg het noodzakelijk maken om de financiële houdbaarheid van het stelsel te waarborgen. Tegen deze achtergrond is in het Regeerakkoord de afspraak gemaakt om de behandeling van een aandoening met een



- lage ziektelast uit het basispakket te halen. Op pagina 4 stelt het CVZ dat de doelstelling om 1,3 miljard euro met lage ziektelast te besparen niet realistisch is. De CG-Raad en de NPCF onderkennen als geen ander het belang van toegankelijke en betaalbare zorg. Het realiseren van een duurzaam te verantwoorden groei van de zorgkosten hoort hier in onze ogen bij. Binnen het budget dat beschikbaar is voor zorg dient de zorg zo gepast mogelijk geleverd te worden. Op dit moment zijn er op verschillende plekken in het zorgproces geen goede prikkels aanwezig om dit te realiseren. De CG-Raad en NPCF vinden het van het hoogste belang dat er over de organisatie en financiering van de zorg goede en beheersbare afspraken worden gemaakt voordat opnieuw gesneden wordt in het pakket.

Recent hebben de werkgevers laten weten hun aandeel in de premie te willen bevriezen op het niveau 2011. Ook voor verzekerden komt er een grens aan het totaal van de zorgkosten - premie, eigen bijdragen en niet verzekerde zorg - ten opzicht van het beschikbare inkomen. De CG-raad en NPCF verwachten dat het toepassen van de lage-ziektelastbenadering niet de oorzaken van de kostenstijgingen in de zorg kan tegengaan. De discussie over de lage-ziektelastbenadering dient in onze ogen dan ook veel meer gekoppeld te worden aan het noodzakelijkheidbeginsel in het pakketbeheer en niet aan het tegengaan van oplopende zorgkosten. Hier dienen fundamenteel andere oplossingen gevonden te worden.

### **Zorgen van patiëntenorganisaties**

Met de introductie van het beleidsvoornemen van het kabinet om op grond van lage ziektelast mede te gaan bepalen wat tot de verzekerde zorg behoort, heeft dit onderwerp onze nadrukkelijke belangstelling. Het afgelopen jaar hebben wij meerdere malen met vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties, maar ook met andere partijen in het veld, van gedachten gewisseld over de lage-ziektelastbenadering en de mogelijke gevolgen daarvan. Tijdens deze gedachtewisselingen bleek het lastig om de lage-ziektelastbenadering eenduidig uit te leggen. Veelal wordt de benadering geïllustreerd met voorbeelden, waarna de discussie zich ontspint over het specifieke voorbeeld. In deze discussies kwam een aantal 'zorgen' herhaaldelijk op tafel. Graag willen wij deze met u delen.

#### *Wanneer is er sprake van lage ziektelast?*

Steeds meer patiënten kampen met meerdere aandoeningen tegelijk. Sommige ongemakken zijn voor mensen met één of meerdere aandoeningen een veel grotere last en soms aanleiding voor een ernstige complicatie. Bij meerdere ziekten gaat een (jaren) lange fase van ziekteverschijnselen vooraf aan de diagnose. Loop je niet het risico dat diagnoses worden gemist of in een later stadium worden gesteld waardoor leed en kosten onnodig oplopen? En worden mensen met wat uiteindelijk een zeldzame aandoening blijkt, niet extra benadeeld door deze benadering? Als het over (verlies van) kwaliteit van leven gaat, is dan de inbreng van betrokken patiënten/cliënten voldoende geborgd om tot een oordeel te kunnen komen?

#### *De individuele beleving van ziektelast*

De ene mens is de andere niet. De ervaren ziektelast verschilt per individu, per aandoening en soms per moment. Hoe is de individuele beleving van mensen te vatten in een lage-ziektelastbenadering en hoe leg je op begrijpelijke wijze aan de patiënt uit dat een behandeling niet wordt vergoed op grond van lage ziektelast?

### *Aandoeningen die in aanmerking komen voor de lage-ziektelastbenadering*

Het selecteren van aandoeningen die in aanmerking komen voor de lage-ziektelastbenadering is afhankelijk van beschikbare onderzoek en gegevens. Voor aandoeningen waarbij de behandeling wordt bekostigd op basis van een dbc, is het nog maar de vraag of de lage-ziektelastbenadering kan worden toegepast. Hoe fair is de selectie van aandoeningen?

### *Betaalbaarheid van zorg voor mensen met (meerdere) aandoeningen*

De pakketmaatregelen hebben vooral voor mensen met chronische ziekten gevolgen voor het besteedbaar inkomen. Steeds meer mensen kampen met een stapeling van zorgkosten. In het rapport wordt als ongewenst neveneffect de kostenstijging voor individuele patiënten genoemd, vooral in de groep met veel comorbiditeit.

Voor een belangrijk deel worden bovengenoemde zorgen in het rapport onderkend. In een mogelijke vervolgfase zal blijken of ook voldoende rekening wordt gehouden met deze zorgen.

### **Kritisch kijken naar het pakket**

In het advies worden verschillende problemen ten aanzien van de toepassing van het begrip genoemd. Zo zal het systeem niet werken voor zorg die bekostigd wordt door een dbc. Ook is de invoering beperkt tot aandoeningen en behandelingen waarvoor gegevens over lage ziektelast bestaan. Het voorstel is om een aanvang te maken op basis van de zogenaamde Midas-bron. Hierdoor zullen aandoeningen die in dit rapport centraal hebben gestaan als eerste mogelijk buiten het pakket gaan vallen.

Onduidelijk is of het uitsluiten van bepaalde aanspraken zal leiden tot substitutie naar duurdere zorgvormen dan wel tot een zorgmijndend gedrag, waardoor kwalen verergeren en op termijn leiden tot ingrepen die meer kosten met zich meebrengen.

De CG-Raad en NPCF zijn van mening dat een kritische kijk op wat noodzakelijk te verzekeren zorg moet zijn, nodig is. Gelet op het bovenstaande kan volgens ons het beste gekozen worden voor het gebruik van het begrip lage ziektelast binnen het noodzakelijkheidsbeginsel, zoals het CVZ dat nu al doet.

### **Alternatieve besparingsmogelijkheden**

In het rapport worden alternatieve besparingsmogelijkheden genoemd. Aangezien bij de verkenning van het thema lage-ziektelastbenadering het CVZ al tot de conclusie komt dat de beoogde besparing met de lage-ziektelastbenadering niet gehaald zal worden, betekent dat deze alternatieven tot de realiteit gaan horen. Het initiatief rondom 'gepast gebruik' ervaren wij als een kansrijke weg die ook een bijdrage levert aan de kwaliteit van zorg. Het genoemde alternatief waarbij vanuit het noodzakelijkheidsprincipe kritisch gekeken wordt naar het verzekerde pakket, geeft zowel bedenkingen als openingen. Naar onze mening zullen niet alle interventies, hulpmiddelen en geneesmiddelen die een logisch gevolg zijn van veroudering en geen groot individueel kostenbeslag hebben voor eigen rekening kunnen komen. De door het CVZ genoemde voorbeelden vragen een verdere verkenning.

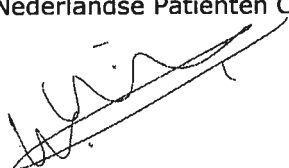
### **Tot besluit**

Het CVZ geeft in het rapport een risico-analyse van het nemen van pakketmaatregelen op basis van de lage-ziektelastbenadering en beschrijft de problemen die zich in de uitvoeringspraktijk kunnen voordoen. In het rapport worden vervolgens verschillende risico's beschreven en

meerdere uitvoeringsproblemen benoemd. Ook stelt het CVZ dat de beoogde besparing van 1,3 miljard euro door toepassing van de lage-ziektelastbenadering voor aandoeningen die eerder als 'ongemak' dan als ziekte worden gekenschetst, niet realistisch is. Toch adviseert het CVZ een geleidelijke invoering van de lage ziektebelastbenadering in het pakketbeheer. Waarom? Wij vragen ons af of het versterken van de reeds ingang gezette koers rondom 'gepast gebruik' niet veel effectiever is, dan het daarnaast introduceren van een complexe benadering als lage ziektebelast. Met de lage-ziektelastbenadering wordt de zorg niet beter of patiëntvriendelijker. En het is nog maar de vraag of de zorg er goedkoper van wordt.

Met vriendelijke groet,

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie



Wilna Wind  
Algemeen directeur

CG-Raad



Angelique van Dam  
directeur a.i.

Geachte heer/mevrouw,

Gezien het onderwerp van het rapport ligt het niet in de lijn van CIZ hierop een bestuurlijke reactie te geven. Wel willen wij u nog een korte, beleidsmatige opmerking meegeven.

Hoewel de in het rapport genoemde voorbeelden veelal de ZVW betreffen, wordt de AWBZ niet uitdrukkelijk uitgesloten. Niet onlogisch, het CvZ is immers pakketbeheerder van zowel ZVW als AWBZ. Desondanks hebben wij wel onze vraagtekens bij de toepasbaarheid van dit criterium binnen de AWBZ. Zonder de pretentie te hebben van een volledig overzicht, kennen wij hiervan (nog) geen goede voorbeelden in de literatuur.

Met vriendelijke groet,  
Marcel G.A. de Krosse, arts  
manager Beleid & Juridische Zaken

**Centrum indicatiestelling zorg (CIZ)**

Postbus 232  
3970 AE Driebergen  
T 088 - 789 4523  
F 088 - 789 6701  
E [marcel.de.krosse@ciz.nl](mailto:marcel.de.krosse@ciz.nl)  
I [www.ciz.nl](http://www.ciz.nl)



Europalaan 40 – 3526 KS Utrecht  
Postbus 2774 – 3500 GT Utrecht

TELEFOON 030 – 285 08 00  
FAX 030 – 285 08 01  
WEBSITE [www.dbconderhoud.nl](http://www.dbconderhoud.nl)  
E-MAIL [info@dbconderhoud.nl](mailto:info@dbconderhoud.nl)

BANKREKENING ING Bank 66.13.91.418  
INSCHRIJVING KVK 30197294

College voor Zorgverzekeringen  
De heer drs. ing. A.H.J. Moerkamp  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

DATUM  
10 januari 2012  
BETREFT  
Consultatie lage ziektelast

ONZE REFERENTIE  
U12011/CvE/jw/sj  
UW REFERENTIE  
N.v.t.

BEHANDELD DOOR  
Joost Warners  
DOORKIESNUMMER  
030 2850804

Geachte heer Moerkamp,

Dank voor de uitnodiging om deel te nemen aan de consultatie met betrekking tot het onderwerp "lage ziekte last". Met interesse hebben wij kennis genomen van uw "Uitvoeringstoets lage-ziektelast benadering". Uw document geeft een overzicht op de diverse overwegingen en invalshoeken die een rol kunnen spelen bij dit onderwerp. Met deze uitvoeringstoets wordt een eerste stap gezet om grip te krijgen op dit onderwerp.

In onze reactie zullen wij ons met name laten leiden door de samenhang van dit onderwerp met de DBC-systematiek. Dit betreft dus met name de Tweedelijnszorg. Wij willen graag kort reageren onder de volgende noemers: individuele benadering, ondeelbaarheid prestaties, systeem versus verantwoordelijkheid en eerste versus tweede lijn.

#### Individuele benadering

De definitie die wordt gekozen voor ziektelast, en ook uw toelichting in het document, suggereren een benadering die sterk is gericht op een individuele benadering. Vanuit het systeem geredeneerd is echter een benadering die is te relateren aan specifieke diagnoses of behandelingen te prefereren om redenen van uitvoerbaarheid en beheersbaarheid van administratieve lasten. Het is immers administratief eenvoudiger om eenduidig een aanspraakbeperking te koppelen aan een (combinatie van) diagnose of behandeling, dan om een vorm te kiezen waarin aanvullende patiëntkenmerken of beoordeling van de arts nodig is. In dat laatste geval ontstaat mogelijk de noodzaak tot een systeem analoog aan de huidige systematiek van machtigingen met alle uitvoeringsissues ten gevolge.

#### Ondeelbaarheid prestatie

U merkt terecht op dat er een discussiepunt bestaat omtrent de ondeelbaarheid van een DBC-zorgproduct in relatie tot aanspraak in het algemeen. Uw standpunt dat de diagnostiek te allen tijde onder de verzekerde zorg dient te vallen is een aanvullende discussie waard. Bij afronding van de diagnostiek is er immers nog een keuzemoment voor de patiënt om al dan niet tot behandeling over te gaan: indien de aanspraakbeperking gekoppeld is aan de daadwerkelijke behandeling (en in de huidige situatie is dat in het algemeen het geval), zal de diagnostiek ingeval de patiënt afziet van verdere behandeling, vergoed worden. Indien de patiënt de behandeling voortzet, is de vraag in hoeverre de diagnostiek niet óók door de patiënt zelf betaald zou moeten worden. Los van deze

discussie is het in beginsel natuurlijk mogelijk om voorziening te treffen in de registratieregels van de DBC-systematiek om adequaat om te gaan met deze situatie.

#### Systeem versus verantwoordelijkheid


Lage ziektelast kan al dan niet in samenhang worden gezien met het onderwerp gepast gebruik. In het algemeen is het van belang om duidelijke keuzes te maken, welke zaken moeten worden opgelost in de techniek van een systeem, en welke zaken veel meer samenhangen met verantwoord, gepast gebruik van de beschikbare middelen en zorg. Indien gekozen wordt voor opname in het systeem, spelen de aandachtspunten zoals hierboven geschetst bij "Individuele benadering".

#### 1<sup>e</sup> versus 2<sup>e</sup> lijn

In uw uitvoeringstoets geeft u aan dat huisartsen-zorg (1<sup>e</sup> lijn) ongemoeid gelaten dient te worden in deze discussie. De ziekten met zeer lichte ziektelast volgens MiDAS, lijken echter overwegend huisartsenzorg te betreffen. Hoe deze beide zaken te rijmen zijn is ons niet geheel duidelijk.

Wij vragen u bij de verdere uitwerking rekening te houden met het feit dat de gekozen oplossingsrichtingen, zoals hierboven beknopt geschetst, impact kunnen hebben op het DBC-systeem. Daarom vraag ik u in ieder geval ook DBC-Onderhoud, als ontwikkelaar en expert van het systeem, voldoende aangesloten te houden bij de gedachtevorming, zodat tijdig eventueel noodzakelijke aanpassingen aan het systeem kunnen worden voorbereid.

Met vriendelijke groet,  
DBC-Onderhoud



drs. C.W.J.M. van Ewijk  
Directeur/Bestuurder



**GGZ NEDERLAND**.....

College voor Zorgverzekeringen  
T.a.v. de heer drs. R.G.P. Doeschot  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

Datum

**6 januari 2012**

Contactpersoon

**Drs. M.J. Oosterkamp**

Ons kenmerk

**KV/mnop/rall/134132/2012**

Onderwerp

**Bestuurlijke reactie concept-rapport lage  
ziektelastbenadering**

Bijlage(n)

Doorkiesnummer

**033 4608962**

Uw kenmerk

**Volgnummer 2011070799**

Geachte heer Doeschot,

Dank voor de mogelijkheid om te reageren op het concept-rapport lage ziekte-  
lastbenadering. Wij maken hiervan graag gebruik. Met deze brief informeren wij u over ons standpunt.

Ook GGZ Nederland is bezorgd om de betaalbaarheid en toegankelijkheid van het zorgstelsel. Wij juichen adequate maatregelen toe, die ertoe leiden dat betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg geborgd blijven. De solidariteit van het Nederlandse zorgstelsel vinden wij een groot goed. Onafhankelijk van maatschappelijke status of inkomen zorgen wij er met ons allen voor, dat de mensen in onze maatschappij die zorg nodig hebben, deze zorg ook daadwerkelijk krijgen. Om deze reden keurden wij eerder kabinetsmaatregelen af, die naar onze opvatting in strijd zijn met het solidariteitsbeginsel, zoals de eigen bijdrage in de ggz en de beperking van de zorg voor ernstig psychiatrische cliënten tot maximaal 18.000 minuten.

#### Positieve punten

Wij vinden het positief dat het CVZ op zoek is gegaan naar een objectief instrument waarmee een drempel voor verzekerde zorg vastgesteld kan worden.

De lage ziekte-  
lastbenadering van het CVZ maakt geen onderscheid tussen soorten aandoeningen (in tegenstelling tot de eigen bijdrage). Wij zijn blij dat het CVZ somatische en psychische of psychiatrische aandoeningen gelijk benadert. Disability weight zien wij als een bruikbaar middel voor het bepalen van de drempel voor verzekerde zorg.

Uitzonderen van de huisarts achten wij net als u ook zeer wenselijk. Daarover later meer.

#### Punten van aandacht

De lage ziekte-  
lastbenadering kan op gespannen voet komen te staan met de ontwikkeling en toepassing van zorgpaden en zorgstandaarden. Die gaan immers uit van optimale zorg voor de



Brancheorganisatie voor de geestelijke gezondheids- en verslavingszorg

Piet Mondriaanlaan 50 / 52 • 3812 GV Amersfoort • Postbus 830 • 3800 AV Amersfoort • T 033 460 89 00 • F 033 460 89 99

info@ggz nederland nl • www.ggz nederland nl • KVK 40483580 • ING Bank 68.72.11.808






cliënt met een bepaalde aandoening. Dit is het principe van matched care. Als een zorgpad of zorgstandaard op een goede wijze is ontwikkeld, is er rekening gehouden met een kosten-baten analyse. Ziekten met een lage ziektelast krijgen dan een passend zorgpad, dat rekening houdt met het feit, dat ziekten met een lage ziektelast (Indien niet adequaat behandeld) zich regelmatig ontwikkelen tot ziekten met een hoge ziektelast. Wij vragen u om hiermee rekening te houden bij de verdere uitwerking van de lage ziektelastbenadering. Positief daarbij is, dat u voor de huisarts een uitzondering wil maken, daar waar het gaat om verzekerde zorg voor aandoeningen met een lage ziektelast. In het bijzonder de huisarts zou een rol kunnen spelen bij die zorgpaden, die zich richten op ziekten met een lage ziektelast. Momenteel is de huisarts voor behandeling en begeleiding van cliënten met mentale aandoeningen nog beperkt toegerust. In samenwerking tussen ggz en huisarts zijn inmiddels meerdere hulppaden ontwikkeld, waarin mensen met mentale aandoeningen met een lage ziektelast van hulp kunnen worden voorzien. Om die reden, denken we dat de uitzondering breder moet zijn dan alleen de huisarts. De uitzondering zou ook moeten gelden voor samenwerkingsverbanden waarin de huisarts een plaats heeft. Hier zal een sterke preventieve werking vanuit gaan, met uiteindelijk lagere maatschappelijke kosten door ziekte. Overigens zijn wij van mening dat de uitzondering zou moeten gelden voor consult, diagnostiek én behandeling door de huisarts en/of POH-ggz. Ons tweede punt van aandacht is dat het bepalen van de disability weight voor psychische of psychiatrische aandoeningen in sommige concrete situaties niet goed mogelijk is. We zijn dan ook benieuwd hoe het principe van disability weight er concreet voor de ggz uit gaat zien. Wij zijn van mening, dat volgend jaar al gekeken moet worden naar de scores op de disability weight index van de aanpassingsstoornissen en de ggz behandelingen boven de 18.000 minuten en de gevolgen daarvan voor het verzekerde pakket.

Voor een verdere toelichting op deze brief kunt u contact opnemen met Maarten Oosterkamp, beleidsadviseur afdeling Kwaliteit & Verantwoording, telefoon 033-4608962, email [moosterkamp@ggz nederland.nl](mailto:moosterkamp@ggz nederland.nl).

Met vriendelijke groet,



ir. P.M. van Rooij,  
directeur.

Geachte heer/mevrouw,

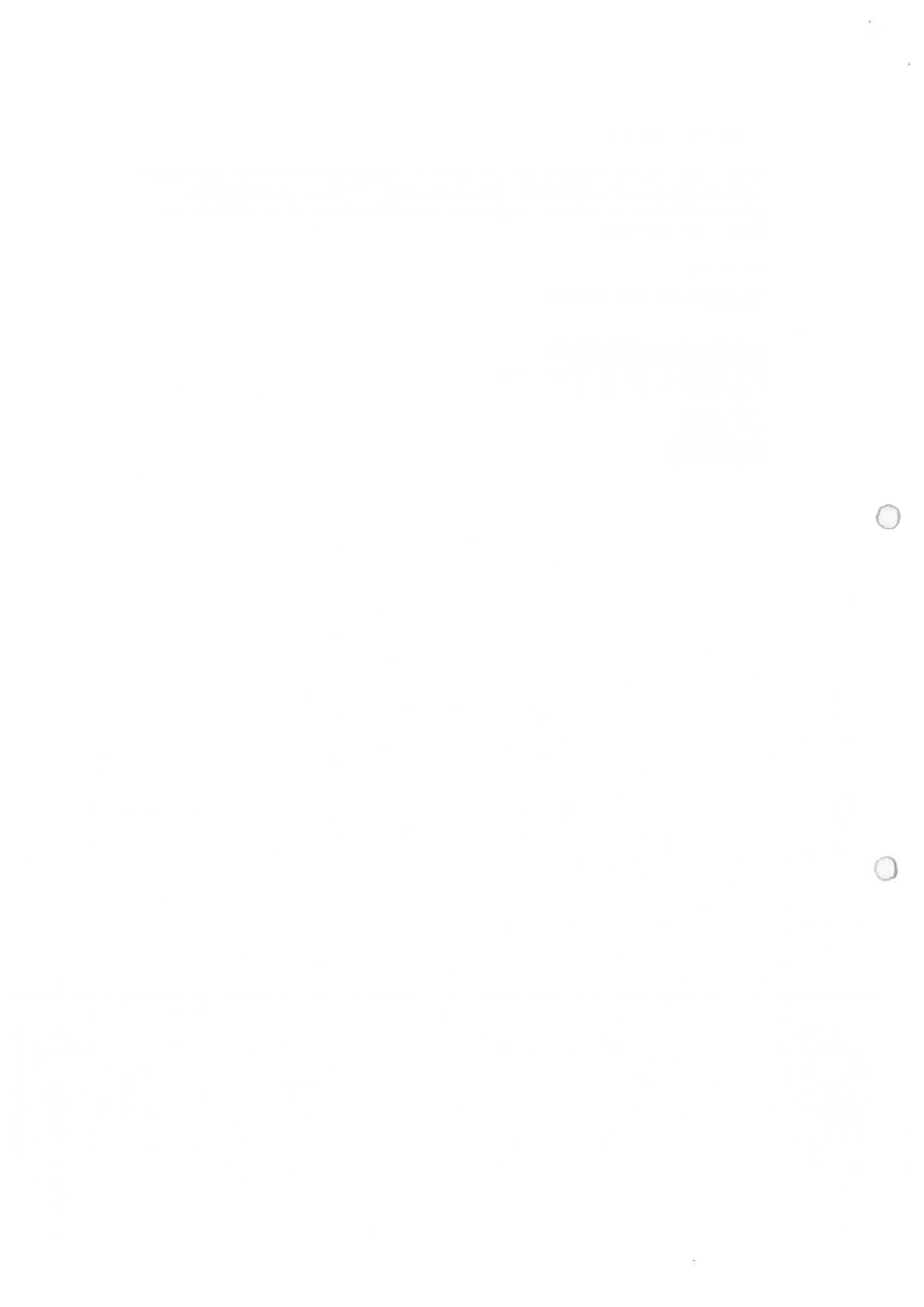
Hartelijk dank voor toezending van uw concept uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering. We zijn intern nagegaan of en zo ja welke reactie de IGZ kan geven. We zijn tot de conclusie gekomen dat dit rapport wat ver af staat van onze toezichthoudende taak en onthouden ons daarom van commentaar.

Met vriendelijke groet,

**Mw. drs. M.A. (Marjolijn) van Blerck**  
Stafadviseur

.....  
**Inspectie voor de Gezondheidszorg**  
**Bureau Bestuursondersteuning**  
St. Jacobsstraat 16 | 3511 BS | Utrecht | Kamer 1.13  
Postbus 2680 | 3500 GR | Utrecht

.....  
**T** 030-2338645  
**M** 06-25309927  
[ma.v.blerck@igz.nl](mailto:ma.v.blerck@igz.nl)  
<http://www.igz.nl>



College voor Zorgverzekeringen  
drs. R.G.P. Doeschot,  
Hoofd afdeling Ontwikkeling & Onderzoek  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

**ONDERWERP**

Reactie van KNMG op CVZ conceptrapport lage-  
ziektelastbenadering

**UTRECHT**

6 januari 2012

Geachte heer Doeschot,

**REFERENTIE**

MR/ 11-13564

In het huidige regeerakkoord is overeengekomen dat aandoeningen met een lage  
ziektelast uit het pakket worden gehaald, hetgeen zou moeten leiden tot een  
structurele besparing van 1,3 miljard euro. De minister heeft het CVZ om een  
uitvoeringstoets gevraagd over dit voornemen.

**UW REFERENTIE**

uw mail d.d. 12-12-2011

Het CVZ heeft in dit conceptrapport een eerste verkenning uitgevoerd als reactie op  
de vraag van de minister hoe haar wens kan worden uitgevoerd.

Het is begrijpelijk dat in de huidige tijd, waarin gezocht moet worden naar  
mogelijkheden om de kosten van de gezondheidszorg op zinvolle wijze te beheersen,  
het verzekerde pakket kritisch wordt bekeken. Het CVZ maakt in deze verkenning  
echter duidelijk dat het willen schrappen uit het pakket van aandoeningen met lage  
ziektelast een weg is vol voetangels en klemmen. De KNMG is verheugd dat het  
CVZ deze lastige materie genuanceerd benadert.

Uit de verkenning van het CVZ blijkt onder meer dat lage ziektelast allerminst een  
eenduidig begrip is. Zaken als heterogeniteit, episodisch verloop, progressief  
verloop, het belang van vroege onderkenning van aandoeningen die later mogelijk  
ernstige gevolgen hebben, en niet classificeerbare klachten onderstrepen, dat de  
opvatting te simpel is dat het hier niet om ziekte maar om ongemakken zou gaan die  
eenvoudig uit het pakket gehaald kunnen worden. Het CVZ geeft ook aan hoe  
onbetrouwbaar de beschikbare wetenschappelijk meetlatten zijn om lage ziektelast  
betrouwbaar te classificeren.

**KNMG**  
Mercatorlaan 1200  
Postbus 20051  
3502 LB Utrecht

**TELEFOON**

**FAX**

**EMAIL**  
m.romme@fed.knmg.nl

**WEBSITE**  
www.knmg.nl

**REKENINGNUMMER**  
Bank 45.64.48.969

**KVK-NUMMER**  
40476133

Het verbaast de KNMG dat de genuanceerde verkenning van het CVZ, die eigenlijk  
weinig ruimte laat voor concrete voorstellen, toch uitmond in een advies om een  
negental aandoeningen met "zeer lichte ziektelast" uit te sluiten van vergoeding  
vanuit de basisverzekering. Deze lijst is gebaseerd op een studie van het AMC uit  
2003. Het gaat om aandoeningen als verkoudheid, folliculitis, kalknagels,  
voetschimmel, vaginale candidiasis en dergelijke. Klachten dus waarmee men naar  
de huisarts gaat en die daar effectief worden verholpen. Het CVZ stelt voor om de  
huisartsenzorg wel volledig te blijven vergoeden, maar alleen de behandelingen voor  
die negen kwalen niet meer uit de basisverzekering te vergoeden. Dit is naar de  
mening van de KNMG een onbegaanbare weg, daar niet op voorhand duidelijk is of

de ingestelde behandelingen wel betrekking hebben op de ongecompliceerde aandoeningen uit deze lijst, een argument dat het CVZ nota bene zelf in dit rapport als bezwaar aanvoert. Ook kan het zo zijn dat een op het oog ongecompliceerde aandoening, onderdeel is van een klachtenpatroon dat past bij een ernstiger onderliggend lijden (denk aan vaginale candidiasis en kalknagels bij diabetes) – in deze gevallen mag verwacht worden dat vooral chronisch zieken getroffen door de regeling. Daarnaast levert een dergelijke maatregel financieel nagenoeg niets op.

Het CVZ wijst er op dat de mogelijkheid bestaat om generieke pakketmaatregelen te treffen die lage ziektelast aandoeningen uitsluiten en daarmee de verzekerden in elk geval duidelijkheid bieden. De KNMG is van mening dat het – mede gezien het betoog van het CVZ zelf – voorsnog ontbreekt aan betrouwbare instrumenten om zulke maatregelen goed onderbouwd en zonder nadelen voor velen door te voeren. Het CVZ noemt daarnaast ook de mogelijkheid van een individuele benadering, namelijk die waarbij de arts in elk individueel geval de indicatie stelt en de afweging maakt of een interventie wel noodzakelijk is en dus recht geeft op vergoeding, of niet. Dat legt een grote verantwoordelijkheid op de schouders van de arts, omdat het de discussie over vergoeding verplaatst naar de spreekkamer. Nu is de KNMG wel van mening dat artsen soms de noodzaak en (on)wenselijkheid van een interventie indringender met een patiënt zouden moeten bespreken, maar het gaat op dit moment te ver om dit soort beslissingen in de spreekkamer te laten beslechten, zonder dat artsen daarvoor voldoende ruggensteun hebben.

UTRECHT  
6 januari 2012

REFERENTIE  
MR/ 11-13564

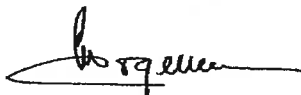
UW REFERENTIE  
uw mail d.d. 12-12-2011

De KNMG is, alles overziend, van mening dat het verzekerde pakket wel doelmatiger kan worden ingericht, maar dat de weg van het schrappen van aandoeningen met lage ziektelast op dit moment niet begaanbaar is gezien de vele problemen en dilemma's die het CVZ signaleert. Dat geldt m.m. ook voor het advies om toch maar negen aandoeningen met zeer lichte ziektelast uit het verzekerde pakket te schrappen.

Gelukkig noemt het CVZ aan het einde van haar rapport ook een aantal alternatieve besparingsmogelijkheden, waarvan sommige in de ogen van de KNMG realistischer zijn dan die van de lage-ziektelast benadering. Het strikter toetsen van de effectiviteit van interventies is een weliswaar zeer bewerkelijke, maar ook haalbare benadering. De voorwaardelijke toelating tot het pakket is in de ogen van de KNMG ook een effectieve methode om effectiviteitsonderzoek af te dwingen. En tenslotte is het project "Gepast gebruik", waarmee CVZ en een aantal veldpartijen (waaronder de KNMG) sinds enige tijd aan de slag zijn, een in beginsel effectieve methode om ondoelmatige en / of kwalitatief ondermaatse interventies te identificeren. Dit biedt aanknopingspunten om samen met de veldpartijen maatregelen te treffen tegen "ongepast gebruik". Ook het Kwaliteitsinstituut in oprichting kan daarmee zijn voordeel doen.

De KNMG is desgewenst gaarne bereid om haar reactie op het concept rapport van het CVZ nader toe te lichten.

Met vriendelijke groeten,



Dr. L. Wigersma, arts  
directeur Beleid & Advies

College voor Zorgverzekeringen (CVZ)  
Hoofd Afdeling Ontwikkeling & Onderzoek  
T.a.v. de heer drs. R.G.P. Doeschot  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

Den Haag, 9 januari 2012

Kenmerk: JO/JO/2011/01565  
Betreft: Reactie Nefarma op Uitvoeringstoets lage ziektelast benadering

Geachte heer Doesschot,

Onder dankzegging van de concept uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering, maakt Nefarma graag gebruik van de gelegenheid tot het geven van een bestuurlijke reactie.

Naar onze mening komen de voor- en nadelen van de lage ziektelast aanpak vanuit maatschappelijk perspectief in het rapport goed voor het voetlicht. Nefarma zou graag zien dat het CVZ bij de alternatieve besparingsmogelijkheden (hoofdstuk 8) concreet aangeeft bij welke andere interventies dan geneesmiddelen de (kosten)effectiviteit getoetst zal worden en op welke termijn dat zal plaatsvinden.

De keuze van het CVZ om vanuit de individuele ziektelast analyses te doen is op zich goed, maar dit neemt niet weg dat de ziektelast nog steeds onvoldoende wetenschappelijk is uitgewerkt onder andere vanwege de grote variatie in uitkomsten en naar gelang van de gebruikte methode, om uitspraken te kunnen doen over de aanspraak van een behandeling.

Tot nu toe heeft het CVZ aangegeven dat het een politieke keuze is om tot een drempelwaarde voor de ziektelast behandelingen te komen. Wij onderschrijven de mening van het CVZ dat een ziektelast afkappunt niets zegt over doelmatigheid. Ook aandoeningen met een lage ziektelast kunnen zeer doelmatig zijn en omgekeerd kunnen behandelingen met een hoge ziektelast niet doelmatig zijn. Met andere woorden pakketkeuzes dienen te worden gemaakt op basis van de bijdrage aan de gezondheidszorg vanuit maatschappelijk perspectief en gewogen tegen de investering die daarvoor nodig is, in plaats van dat er zwart/wit afkappunten worden gebruikt die slechts leiden tot een schijnzekerheid. Alleen dan kunnen er goede afwegingen gemaakt worden over bijzondere situaties binnen de ziektelastdefiniëring zoals in het rapport op pagina 20/21 ook staat aangegeven.

Wij zijn het met het CVZ eens dat de diagnostiek onderdeel blijft uitmaken van het verzekerde pakket.

In vervolgrapportage zullen er concrete voorstellen volgen om tot uitstroomadviezen te komen die leiden tot de door de politiek gewenste besparing van 1,3 miljard. Voor al deze situaties geldt dat in de appraisalfase moet worden afgewogen of een pakketmaatregel op basis van de gemiddeld lage ziektelast nog acceptabel is in het kader van de principes van pakketbeheer. Nefarma wil daarbij opmerken dat ingeval van uitsluiting deze plaats dient te vinden op indicatieniveau en niet op behandelingsniveau om te voorkomen dat er ongewenste verschuivingen plaatsvinden naar behandelingen waarop nog wel aanspraak is binnen die indicatie.

Nefarma vraagt zich af waarom de eigen betaling bij alle vormen van zorg als alternatieve besparingsmogelijkheid niet is meegenomen in het rapport. De verzekerde krijgt dan immers een eigen belang bij enige beperking van een ongebreideld beroep op gezondheidszorg (gepast gebruik).

Wij blijven graag op de hoogte van de verdere ontwikkelingen en bieden daar waar mogelijk onze expertise op dit terrein aan.

Met vriendelijke groet,



Dr. Michel A. Dutrée  
Algemeen directeur

CVZ  
T.a.v. drs.C.H.F. Gimbrère  
Postbus 320  
1110 AH DIEMEN

*Kenmerk* : nfm.bri.301  
*Betreft* : Concept uitvoeringstoets lage ziektelastbenadering CVZ  
*Datum* : 9 januari 2012

Geachte heer Gimbrère,

Hierbij de reactie van Nefemed op het concept van de uitvoeringstoets over de benadering van het begrip van lage ziektelast. Wij doen dit aan de hand van een aantal elementen dat ook in het concept aan de orde komt.

De verkenning van het begrip ziektelast leidt tot een nogal diffuus beeld. Op diverse plaatsen wordt gesproken over de huidige beperkingen van het begrip ziektelast. Zo wordt gesproken over het feit dat internationaal gezien niet helder is hoe het begrip in te kleden, de ziektelast niet evident een optimale invulling geeft aan het pakketcriterium noodzakelijkheid en het begrip onvoldoende is ingevuld. Daarnaast wordt terecht gesteld dat er een duidelijk inzicht moet zijn in de afzonderlijke meetelementen die gezamenlijk de ziektelastmaat bepalen. Er wordt echter niet ingegaan op de vraag of dit ook inderdaad het geval kan zijn bij aandoeningen die een veronderstelde lage ziektelast kennen. Ten slotte, er wordt uitgebreid ingegaan op de problemen bij het überhaupt vaststellen van de ziektelast bij aandoeningen waar sprake is van bijv. een progressief verloop, van grote heterogeniteit, episodisch verloop etc.

Bij de wetenschappelijke onderbouwing valt op dat er relatief veel aandacht is voor het model van de Global Burden of Diseases. Blijkbaar zijn al veel aandoeningen daarmee in kaart gebracht maar zijn de resultaten niet bruikbaar. Geen of geringe



aandacht is er met betrekking tot de onderbouwing van de keuze die het CVZ maakt voor de Mild Disease & Ailments Study (MiDAS) om daarmee aan de slag te gaan voor 9 ziekten met een zeer lage ziektelast. Wij stellen daar dan ook vraagtekens bij. CVZ is immers voornemens na 2013 een lijst van aandoeningen op te stellen die in het kader van een gefaseerde aanpak zullen uitstromen. Op dit moment is absoluut onduidelijk op basis waarvan zo'n lijst kan worden opgesteld en welk bedrag daarmee zou worden bezuinigd.

Juist waar in de praktijk sprake is van het veel voorkomend fenomeen van comorbiditeit en stapeling van (chronische) aandoeningen wordt daaraan in het rapport nauwelijks aandacht besteed.

Vanuit wetenschappelijk en/of economisch perspectief gezien dient er in het uiteindelijke rapport ook aandacht te zijn voor de relatie tussen de naar onze mening problematische uitvoeringsrelatie van lage ziektelastbenadering op individueel niveau met de vastgestelde macrobezuinigingsdoelstelling van € 1 miljard.

In de uitwerking van het begrip lage ziektelast in relatie met het pakketbeheer wordt naar onze mening terecht gesteld dat er ruimte moet zijn voor mogelijk aanvullende argumenten in het kader van pakketprincipe noodzakelijkheid. Ook de koppeling van de (kwantitatieve) ziektelastbenadering met de appraisalfase wordt ons inziens terecht gelegd.

Niet helder is dan de relatie met de uitvoeringsconsequenties van Hoofdstuk 7. Daar wordt bijv. het begrip ziektelast als een op zichzelf staand pakketcriterium beschreven. Naar onze mening behoeft dit verduidelijking.

Bij alternatieve besparingsmogelijkheden springt de passage over de voorwaardelijke toelating in het oog. In andere rapporten wordt dit wel aangeduid als voorwaardelijke financiering. Gesteld wordt dat hiermee effectiviteitsonderzoek wordt afgedwongen. Naar onze mening dient dit instrument innovatie te faciliteren en heeft het niets met afdwingbaarheid te maken. Wij wachten echter al lang op de inzet hiervan maar dat terzijde.

Concluderend kunnen wij stellen dat

- er slechts zeer beperkte mogelijkheden zijn aangegeven tot operationalisering van het begrip lage ziektelast
- geen zinnig en realistisch bezuinigingsbedrag kan worden genoemd op basis van de lage ziektelastbenadering

- onduidelijk is waarop de lijst van uitstroommogelijkheden na 2013 wordt gebaseerd
- de lage ziektelastbenadering op individueel niveau en de op macroniveau vastgestelde bezuinigingsdoelstelling geen zijden zijn van dezelfde medaille.

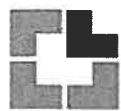
Voor nadere toelichting altijd beschikbaar,

Met vriendelijke groet,



mr. Roelf A. van Run,  
directeur





Nederlandse Vereniging voor

**Logopedie** en Foniatrie

College voor zorgverzekeringen  
T.a.v. drs. R.G.P. Doeschot  
Afdeling Ontwikkeling & Onderzoek  
Postbus 320  
1110 AH Diemen

Woerden, 9 januari 2012

Ref. : TdK/MS/JvV

Betreft : Reactie NVLF op concept-rapport lage-ziktelastbenadering

De Nederlandse Vereniging van Logopedie en Foniatrie (NVLF), de beroepsvereniging van logopedisten, heeft met belangstelling kennis genomen van het concept-rapport 'Uitvoeringstoets lage-ziktelastbenadering' waarin u een eerste verkenning van het begrip ziktelast presenteert en de relatie legt met de principes van pakketbeheer.

De NVLF geeft graag haar eerste reactie op uw rapportage.

Omdat een beschrijving nog ontbreekt van concrete pakketmaatregelen en de daarbij behorende kostenbesparing is het lastig om een beeld te vormen van de consequenties voor de logopedist en nog belangrijker voor de patiënt.

De eerste reacties die bij het lezen van de rapportage bij ons naar boven komt, zijn de transparantie en de uitvoerbaarheid.

Voor de NVLF is het belangrijk dat de zorg op een transparante wijze gefinancierd wordt. Het moet voor de patiënt volkomen helder zijn op welke vergoeding de patiënt recht heeft.

Na het lezen van deze rapportage is de NVLF van mening dat de beschreven voorstellen tot veel discussie kunnen gaan leiden. Terwijl wij juist van mening zijn dat de vergoeding uit de basisverzekering niet mag leiden tot een discussie in de behandelkamer. Hiermee is zowel de patiënt als de zorgverlener niet gebaat.

De NVLF begrijpt dat er bezuinigd moet worden, de NVLF is dan ook zeker bereid met u mee te denken hoe op een verantwoorde en onderbouwde wijze de zorg betaalbaar blijft.

Met vriendelijke groet,

Th.A.H.M. de Koning, MBA

Voorzitter Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie



College voor Zorgverzekeringen  
T.a.v. Drs. R.G.P. Doeschot  
Hoofd Afdeling Ontwikkeling & Onderzoek  
cgimbrere@cvz.nl

Ref: 004/M&R/cf

Betreft: Reactie NVOS-Orthobanda op uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering d.d. 12 december 2011 (mail aan secretariaat NVOS-Orthobanda)

Soest, 8 januari 2012

Geachte heer Doeschot,

Namens onze branche wil ik u graag een gezond 2012 toewensen en bedanken dat u ons in de gelegenheid stelt om onze reactie te geven op het conceptrapport *Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering*, zoals die ons is voorgelegd via de mail van 12 december 2011 (ontvangen via cgimbrere@cvz.nl). Wij zien enkele grote bezwaren en uitvoeringsproblemen voor het verstrekken van orthopedische hulpmiddelen binnen onze branche. Zowel in relatie tot de wetgeving als de dagelijkse praktijk. Hieronder heb ik namens NVOS-Orthobanda onze analyse, op- en aanmerkingen in kaart gebracht.

#### **Definitie van de term ziekte­last**

In uw rapport wordt de term "ziekte­last" als volgt gedefinieerd (citaat uit het rapport):

*"Het CVZ definieert ziekte­last als de relatieve hoeveelheid gezondheid die een persoon verliest gedurende zijn normaal verwachte levensduur als gevolg van een bepaalde aandoening wanneer hiervoor geen behandeling zou plaatsvinden. Ziekte­last is dus een relatieve maat; ziekte­last meet welke proportie van de resterende gezondheid verloren dreigt te gaan. In andere woorden: naarmate er relatief meer gezondheid verloren gaat wanneer een bepaalde aandoening niet wordt behandeld is de ziekte­last van die aandoening hoger."*

Het rapport geeft een relatieve definitie gerelateerd aan de individuele uitgang­positie van een cliënt. Laat ik u enkele voorbeelden geven:

- Iemand met een aangeboren amputatie of blindheid heeft volgens de definitie geen of een zeer lage ziektelast; toch zijn de gevolgen voor het functioneren groot en kan sprake zijn van een groot functioneringsprobleem!!
- De chronische gewrichts- of spierziekte (bv. reuma) kan een individueel sterk variërende ziektelast met zich meebrengen. Dat staat helemaal los van de functioneringsproblemen die iemand ondervindt. Deze zijn afhankelijk van de individuele stoornissen (pijn), beperkingen (staan en bewegen) en participatie (leefomgeving, sociaal functioneren, werken/hobby) die wederom beïnvloed worden door persoonlijke en externe eigenschappen (werk, leefomgeving, sociale context) van de persoon. Het zijn juist deze aspecten die worden meegewogen in de functiegerichte aanspraak.

Als we vervolgens deze voorbeelden relateren aan het “noodzakelijkheidscriterium” zoals geciteerd in het rapport:

*“Het criterium noodzakelijkheid is in 1991 geïntroduceerd door de commissie Dunning. De commissie Dunning stelde expliciet dat voor pakketbeslissingen in de zorg de ‘gemeenschapsgerichte benadering’ voorop staat. Dit reflecteert de visie dat het doel van zorg niet is om alle afwijkingen van perfecte gezondheid op te lossen, maar om ieder gelijke kansen te geven om het leven zoveel mogelijk naar eigen goeddunken in te vullen. Noodzakelijkheid werd daarmee gedefinieerd als zorg die noodzakelijk is om deelname aan de samenleving mogelijk te maken. Prioriteit moet men dan geven aan behandeling van mensen van wie het functioneren het meest ernstig bedreigd is.”*

De genoemde voorbeelden hebben volgens uw ziektelastdefinitie een lage ziektelast tot gevolg, terwijl de gevolgen voor maatschappelijke participatie en kansen daarop zeer verschillend en drastisch van aard kunnen zijn. Kortom, de ziektelastdefinitie kan in vele gevallen op gespannen voet staan met het noodzakelijkheidscriterium in relatie met het verstrekken van orthopedische hulpmiddelen.

### **Relatie ziektelastbenadering en functiegerichte omschrijving en aanspraak orthopedische hulpmiddelen**

In uw rapport wordt gebruik gemaakt van de termen “ziekte” en “aandoening”. Deze definities worden in de tekst niet gerelateerd aan erkende standaarden zoals ICF (classificatie van functies) waardoor het voor ons vanuit een wettelijk kader lastig is de exacte betekenis van deze definities te bepalen. In de wetgeving wordt juist de term “aandoening” in relatie gebracht met “handicap” (lees stoornis versus beperking):

- *Artikel 2.9 (gaat over hulpmiddelenzorg) Besluit Zorgverzekering (AMvB van Zorgverzekeringswet). Hulpmiddelenzorg omvat hulpmiddelen voor langdurig gebruik. In de nota van toelichting op artikel 2.9 is beschreven dat het hier gaat om zorg met als aangrijpingspunt een te corrigeren aandoening/handicap.*
- *Paragraaf 1.4. (artikel 2.6 t/m 2.36) van de Regeling Zorgverzekering, als jaarlijks aan te passen uitwerking van Besluit Zorgverzekering (AMvB). In de toelichting op paragraaf 1.4. staat: Bij aanvang van de Zorgverzekeringswet in 2006 wordt in de regeling Hulpmiddelen aangegeven in welke gevallen er een recht bestaat. Op termijn zal worden bezien of er tot een globalere omschrijving met als aangrijpingspunt de te*

*corrigeren aandoening/handicap.* Hiermee wordt bedoeld de functiegerichte aanspraak die per 2012 voor nagenoeg alle hulpmiddelengroepen is doorgevoerd. In de daarop volgende jaarlijkse aanpassingen van de regeling Hulpmiddelen wordt telkens aangegeven dat het gaat om hulpmiddelenzorg met als aangrijpingspunt de te corrigeren aandoening/handicap. In de aanpassing per 1-1-2009 van de functiegerichte omschrijving van orthesen en schoenen wordt niet gesproken over ziekte of ziektelast, doch staat in de toelichting: “In de nieuwe omschrijving van artikel 2.12 wordt in ICF-terminen (classificatie van functies) gesproken van uitwendige lichaamsgebonden hulpmiddelen voor het wijzigen van gestoorde functies van het bewegingssysteem en aan beweging verwante functies alsmede anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging .... die worden gebruikt door mensen met klachten gerelateerd aan het houdings- en bewegingsapparaat. Het gaat daarbij om orthesen of orthetische hulpmiddelen die extern worden aangebracht om gestoorde functies van het bewegingsapparaat en anatomische eigenschappen van structuren verwant aan beweging te wijzigen” Ook bij de formulering van het functiegericht omschreven recht op een prothese is gekozen voor een functiegerichte benadering gebaseerd op afwezigheid van lichaamsfuncties en anatomische eigenschappen.

In het rapport wordt de term “aandoening” in het verlengde van “ziekte” gedefinieerd in plaats van “handicap” (beperking). Dit is vanuit het functiegericht voorschrijven en aanspraak van orthopedische hulpmiddelen, bijzonder verwarrend, lastig interpreteerbaar. Het gaat in de hulpmiddelenzorg dus om de stoornissen en beperkingen die mogelijk het gevolg kunnen zijn van een ziekte. Het gaat dus niet om de ziekte zelf.

#### **Relatie “disability-weight” en verstrekking orthopedische hulpmiddelen**

Vraag is of het begrip ziektelast een relatie heeft naar de orthopedische hulpmiddelenzorg. Wederom uit het rapport de geciteerd:

##### *Bijzondere situaties*

*Een aandoening met een lage ziektelast kan worden aangeduid als een aandoening met een “disability-weight” die ligt onder een gekozen drempelwaarde. Een sterk punt van deze toepassing is de relatieve eenvoud ervan. Er zijn evenwel verschillende situaties denkbaar waarin zo’n eenduidige toepassing van het ziektelastcriterium problematisch is. Het is van belang deze uitzonderingssituaties goed voor ogen te houden, en daarnaast is het van belang om deze verschillende situaties onderling van elkaar te onderscheiden.*

*Het gaat dan om aandoeningen die in subgroepen van patiënten een verschillend verloop vertonen (‘heterogeniteit’); aandoeningen met een episodisch (ofwel niet-chronisch) verloop; aandoeningen met een progressief verloop; aandoeningen waarvan de behandeling kan worden aangemerkt als preventie en*

*vage klachten/symptomen/aandoeningen die niet kunnen worden gezien als een voldoende duidelijk omschreven aandoening voor de ziektelastbepaling.*

*Voor al deze situaties geldt dat in de appraisalfase moet worden afgewogen of een pakketmaatregel op basis van de gemiddeld lage ziektelast nog acceptabel is in het kader van de principes van pakketbeheer.*

Nergens in het rapport wordt een koppeling gelegd tussen de begrippen gezond/ziek (ICD classificatie van ziekten) en functioneren/functioneringsprobleem (ICF). Zoals reeds eerder



vermeld dient de hulpmiddelen verstrekking vanuit de zorgverzekeringswet te geschieden vanuit functiegerichte omschrijving en aanspraak. Zowel voor hulpmiddelen voor chronische aandoeningen als hulpmiddelen die vallen onder medisch specialistische zorg. Om de haalbaarheid van een ziektelastbenadering bij het verstrekken van orthopedische hulpmiddelen te kunnen toetsen, is het hebben van inzicht in de genoemde relatie tussen gezondheid/ziek (ICD) en functioneren/functioneringsprobleem (ICF) absoluut noodzakelijk. Pogingen daartoe, ook internationale zijn tot op heden gestrand (zie ook Global Burden of Disease); het gaat hierbij om andere dimensies die niet zo maar in elkaar geschoven kunnen worden.


Bovendien wordt het merendeel van de orthopedische hulpmiddelen verstrekt aan chronisch zieken met comorbiteiten, met relatief hoge en alsmaar stijgende gemiddelde leeftijd. Met name de aanwezigheid van comorbiteiten maakt dat het merendeel van de orthopedische hulpmiddelen zullen gaan vallen onder “*bijzondere situaties*”. De vermeende eenvoud van de “disability-weight” gaat voor onze branche niet op. Door het ontbreken van de relatie tussen gezondheid/ziekte (ICD) en functioneren/functioneringsprobleem (ICF) is het beoordelen van de verstrekking op basis van de ziektelastbenadering niet mogelijk.

### **Samenvatting**

Wij kunnen ons voorstellen dat de ziektelastbenadering wel een rol kan spelen bij de geneeskundige zorg zoals bedoeld in artikel 2.4. van de Zorgverzekeringswet, die immers gaat over ziekte. Daarbij zou het met name de verdere medicalisering van ons dagelijks leven kunnen gaan inperken. Echter bij hulpmiddelenzorg gaat het om de stoornissen en beperkingen die mogelijk het gevolg kunnen zijn van een ziekte. Het gaat dus niet om de ziekte zelf.

De afgelopen jaren heeft onze branche hard gewerkt aan het ontwikkelen van verstrekingsprotocollen. Deze protocollen zijn in nauwe samenspraak met zorgverzekeraars en betrokken medisch specialisten tot stand gekomen. Zo zijn in 2010 het NPI-protocol voor orthopedische schoenvoorzieningen als het PPP protocol voor beenprothesen in de markt geïmplementeerd en door zorgverzekeraars in de leverancierscontracten vastgelegd. In het komende jaar verwachten wij het protocol voor orthesen in de markt te implementeren. Vergeleken met andere hulpmiddelenbranches loopt NVOS-Orthobanda ver voorop als het gaat om protocollering. Al deze protocollen zijn gebaseerd op functiegerichte omschrijving en aanspraak van hulpmiddelen, zoals door de politiek en zorgverzekeraars is voorgeschreven. Uit onderzoek blijkt dat het bijzonder complex is om een eenduidige relatie te leggen tussen ziekte en functioneringsproblemen in relatie tot hulpmiddelen. Kortom, de ziektelastbenadering, zoals beschreven in het rapport, zal voor onze branche grote bezwaren en uitvoeringsproblemen met zich meebrengen en zullen een grote impact hebben op de recent ontwikkelde en in de markt geïmplementeerde protocollen.

Met vriendelijke groet,



Dr. Ir. Che Hsin Falkenström  
Vice voorzitter NVOS-Orthobanda  
Commissie Markt & Regels

Geachte R.G.P. Doeschot,

Hartelijk dank dat u Revalidatie Nederland in de gelegenheid heeft gesteld te reageren op de concept rapportage lage-ziektelastbenadering. In deze mail vindt u onze reactie.

In deze eerste rapportage verkent u het begrip ziektelast, beschrijft u de relaties met de principes van pakketbeheer en gaat u in op de wetenschappelijke onderbouwing. Het rapport besluit met een concreet advies voor uitsluiting van vergoeding vanuit de basisverzekering voor de behandeling van negen aandoeningen.

Zoals u zelf in het rapport aangeeft is de bepaling van ziektelast niet eenvoudig. U noemt verschillende mogelijkheden zoals: de Global Burden of Disease, de Wegingsfactoren voor ziekte in Nederland en de Mild Diseases & Ailments Study (MiDAS). In eerste instantie (pag. 32) adviseert u behandeling van de negen MiDAS aandoeningen zoals genoemd op pagina 30 uit te sluiten van vergoeding vanuit de basisverzekering. In deze eerste fase kan Revalidatie Nederland zich vinden in deze aanbeveling.

In hoofdstuk 3, maatschappelijke context, benoemt u de noodzakelijkheid van schade die ten grondslag ligt aan de zorg (ziekte of lichamelijk gebrek). Klopt het dat dit in volgende rapportages verder uitgewerkt zal worden? Zo is het begrip "schade" lastig te definiëren. Revalidatie Nederland verwacht niet dat deze methode verdergaand toegepast kan worden.

Graag blijft Revalidatie Nederland nauw betrokken bij het verdere proces tot aan 2015. Op korte termijn zal Revalidatie Nederland een bestuurlijk overleg met het CVZ plannen waarbij lage ziektelast een van de agendaonderwerpen is.

Tot slot wil Revalidatie Nederland het CVZ graag in overweging geven dat de problematiek die gepaard gaat met chronische aandoeningen niet alleen leidt tot kosten die gemaakt worden in het ziekenhuis, maar ook tot maatschappelijke kosten. Besparing op het eerste (korte termijn) zal een toename van maatschappelijke kosten tot gevolg hebben (lange termijn) die waarschijnlijk groter is dan de besparing op korte termijn.

Wij wensen de Adviescommissie Pakket succes toe op 20 januari.

Vriendelijke groeten,

drs. Jeroen Smale  
beleidsmedewerker Onderzoek, Innovatie en Kwaliteit

Revalidatie Nederland, Oudlaan 4, Postbus 9696, 3506 GR Utrecht  
T 030 273 93 84 F 030 273 94 06 [j.smale@revalidatie.nl](mailto:j.smale@revalidatie.nl) [www.revalidatienederland.nl](http://www.revalidatienederland.nl)



Geachte heer Gimbrere,

In uw mail van 12 december 2011 vraagt u ons om een bestuurlijke reactie op de concept uitvoeringstoets lage-ziektelastenbenadering. Graag maak ik van de gelegenheid gebruik om op dit concept te reageren.

In het rapport wordt de lage ziektebelastingbenadering verkend met het oog op de mogelijkheden om deze benadering toe te passen bij het pakketbeheer. Het gaat daarbij concreet om het pakket binnen de Zorgverzekeringswet (Zvw). De leden van de VGN hebben veelal niet rechtstreeks met de Zvw te maken, maar veranderingen in het pakket hebben wel gevolgen voor zowel onze cliënten als onze instellingen. In het telefonisch overleg dat ik net met u voerde, gaf u aan dat het van belang is ook deze gevolgen aan u door te geven, zodat ze een plek kunnen krijgen in het advies.

Wat betreft onze cliënten is bekend dat zij relatief vaak te maken hebben met allerlei aandoeningen. Wij vragen ons af of de ziektebelasting ook voor deze cliënten wel relatief laag is. Het is dan ook gewenst dat in de overwegingen om behandeling van een aandoening uit het pakket te halen, wordt gekeken naar subgroepen, zoals onze cliënten, waarbij de individuele ziektebelasting niet relatief laag is. Dit sluit aan bij een belangrijk ongewenst effect dat u in uw rapport noemt: de kostenstijging voor individuele cliënten, vooral in de groepen met veel comorbiditeit. Bovendien is de inkomenspositie van onze cliënten in het algemeen laag, waardoor zelf financieren van behandeling vaak niet mogelijk is.

Daarnaast maken wij ons zorgen over de relatie tussen de behandeling in de AWBZ en het pakket Zvw. Als aandoeningen met een lage ziektebelasting uit het Zvw-pakket worden gehaald, wat betekent dit dan voor de behandelcomponent binnen de (intramurale) AWBZ? Cliënten met een indicatie voor een zorgzwaartepakket met behandeling hebben recht op onder andere geneeskundige zorg van algemene aard en farmaceutische zorg (art. 15 besluit Zorgaanspraken) vanuit de AWBZ. Wordt de aanspraak en het tarief in de AWBZ aangepast en zijn de instellingen dan niet meer verplicht de lage ziektebelasting-zorg te leveren en te financieren? Waar kunnen de cliënten dan terecht, gezien hierboven geschetste problematiek? Of heeft een wijziging in het Zvw pakket geen consequentie voor de AWBZ aanspraken?

Wij zijn graag bereid tot nadere toelichting.

Met vriendelijke groet,

B. R. (Bianca) Roos  
*Senior Beleidsmedewerker*

**Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland**

Postbus 413  
3500 AK UTRECHT  
[www.vgn.nl](http://www.vgn.nl)  
T 030 - 27 39 410  
F 030 - 27 39 387  
E [broos@vgn.nl](mailto:broos@vgn.nl)



Geachte heer R.G.P. Doeschot,

Het bestuur van de VvOCM heeft de concept uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering besproken. Hierbij haar reactie:

De aanleiding voor de uitvoeringstoets is duidelijk en logisch. Het bestuur wil wel een aantal opmerkingen plaatsen bij de uitvoering en verdere uitwerking van de lage-ziektelastbenadering:

- Ziektelast wordt gebruikt als maat om noodzakelijkheid te meten. Uit het rapport wordt niet duidelijk wie dit gaat meten. Ons inziens kan alleen een arts of specialist bepalen wat de ziektelast is. Ook wordt niet duidelijk welk meetinstrument / welke meetinstrumenten met afkapwaarden gebruikt zal/ zullen worden om de ziektelast te meten. Dit is essentieel en zal in het vervolgonderzoek duidelijk moeten worden.
- Het risico bestaat dat niet behandelen van aandoeningen met een lage ziektelast uiteindelijk zal leiden tot ernstigere aandoeningen met een hogere ziektelast en hogere kosten. Er wordt onvoldoende benadrukt dat bij bepaalde aandoeningen preventieve maatregelen een hoge ziektelast op termijn kunnen voorkomen.
- Onderstaande ziektelast-berekening wordt in het stuk verder uitgewerkt:

*Ziektelast = Aantal verloren QALY's / Resterende QALY verwachting in normale gezondheid*

Hierbij heeft leeftijd een grote invloed op de uitkomst. Aangezien uitgegaan wordt van de nog resterende jaren zullen ouderen eerder een hoge ziektelast-uitkomst krijgen, terwijl die voor jongeren juist lager zal uitkomen.

Hierbij noemt u de fair-innings en prospective health benadering en ook dat er rekening gehouden dient te worden met maatschappelijke voorkeuren. Op welke manier dat dan vorm moet krijgen zal in het vervolgonderzoek duidelijk moeten worden.

- Het bepalen van 'ziektelast in de praktijk' wordt omschreven in termen van intuïtie en globale inschatting. Hier is behoefte aan meer duidelijkheid. Ook bij de uitzonderingssituaties wordt niet duidelijk hoe dat in de praktijk vorm moet krijgen.
- Bij de uitvoering geeft u 3 mogelijkheden aan. Een van de mogelijkheden daarbij is het Individuele indicatiecriterium 'redelijkerwijs aangewezen zijn op'. Wij zetten onze vraagtekens bij de praktische uitvoering van deze mogelijkheid. Er is een uitgebreide vorm van machtiging nodig of toezicht achteraf. Indien een machtiging nodig is van de zorgverzekeraar zal dat veel extra werk voor de therapeuten betekenen. Bovendien gaat er vaak enige tijd overheen voordat de zorgverzekeraar een machtigingsaanvraag beoordeeld heeft. In de tussentijd kan cliënt niet behandeld worden (of cliënt loopt het risico achteraf zelf de factuur te krijgen). Dat is niet wenselijk.
- U noemt dat alleen de lage ziektelast benadering waarschijnlijk niet voor voldoende kostenbesparing zal zorgen. Stringent pakketbeheer is daarbij ook nodig. Ook daarbij is behoefte aan een concretere uitwerking.

Wij begrijpen dat aan aantal zaken in de vervolgrapporten verder uitgewerkt zullen worden en wachten deze dan ook met belangstelling af.

Hoogachtend,  
namens het bestuur van de VvOCM,

Viola Zegers

Viola Zegers | Bureaudirecteur | Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck  
|  
Kaap Hoordreef 56 | 3563 AV Utrecht | 030-2625627  
violazegers@vvocm.nl | info@vvocm.nl | www.vvocm.nl

