



Zorginstituut Nederland

Pakket

Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl

T +31 (0)20 797 89 59

Contactpersoon

H. Trouw
T +31 (0)20 797 85 35

verslag

ACP 53
Vergadering Adviescommissie Pakket

Datum

28 april 2015

Onze referentie

ACP 54-3

Vergaderdatum 24 april 2015,
Vergaderplaats Zorginstituut Nederland, Diemen.
Aanwezig Inez de Beaufort
Bert Boer (voorzitter)
Marcel Canoy (adviseur)
Maarten Dekker
Heleen Dupuis
Marian Grobbink
Job Kievit
Arnold Moerkamp
Cees Smit
Romke van der Veen (adviseur)
Gert Jan van der Wilt

Afwezig

5 **1 Opening en mededelingen**
De voorzitter opent de vergadering en heet alle aanwezigen welkom.

1.1 *Mededelingen*
Er zijn geen mededelingen.

10 1.2 *Conflicterende belangen*
De voorzitter vraagt of er leden zijn die melding willen maken van een potentieel conflicterend belang bij een van de agendapunten. Dit is niet het geval.

15 **2 Stukken ter kennisneming**
Een lid heeft een vraag bij brief F over rifaximine. Hij heeft de indruk dat hier al de referentiewaarden worden toegepast zoals die worden voorgesteld in het rapport over de kosteneffectiviteit. De voorzitter geeft aan dat het Zorginstituut altijd al gegevens meeneemt over kosteneffectiviteit. Maar het lijkt hem een terechte vraag of hier wordt geanticipeerd op beleid dat nog in ontwikkeling is. Hij zal dit navragen binnen de organisatie.

20

3 Verslag van de vergadering van 27 februari 2015 (52)

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
2 maart 2015

Onze referentie
2015025864

25 Marian Grobbink geeft aan dat zij niet bij de vergadering aanwezig was. Er zijn verder geen opmerkingen. Het verslag wordt met deze ene wijziging vastgesteld.

4 Conceptrapport kosteneffectiviteit in de praktijk

30 Een van de auteurs geeft een korte introductie. Het voorliggende rapport is qua inhoud al een paar keer met de commissie besproken. Het is de neerslag van een interactief proces dat na het eerste rapport in 2013 is ingezet. De auteurs zouden graag van de commissie antwoorden krijgen op de vragen die in de voorlegger zijn geformuleerd. Voordat de discussie daarover begint, is het goed even stil te staan bij het proces. De Minster ontvangt het rapport graag vóór het overleg met de Vaste Kamercommissie voor Volksgezondheid. Daarom is gekozen voor een parallel traject van consultatie van partijen en advisering door de ACP. Mochten het advies van de commissie en/of de reacties van partijen daar aanleiding toe geven, kan de raad van bestuur ertoe besluiten het conceptrapport samen met de reacties van partijen opnieuw aan de commissie worden voor te leggen.

35
40 Op 22 april heeft een consultatiebijeenkomst plaatsgevonden met partijen. Een van de auteurs doet verslag van deze bijeenkomst. Zij vond het een goede bijeenkomst waarin veel nuttige feed back vanuit partijen is gekomen. Er waren 18 deelnemers aanwezig vanuit zorgverleners en zorgaanbieders in de eerste en tweedelij, patiëntenvereniging, zorgverzekeraars en industrie. Omdat de deelnemers nog niet bestuurlijk hebben kunnen overleggen, spraken zij op persoonlijke titel.

Partijen hadden op de eerste plaats opmerking bij het proces en de planning:

- Voor sommige partijen is 8 mei te vroeg om een bestuurlijk gedragen reactie te kunnen sturen;
- Een aantal partijen vindt het onwenselijk dat bespreking in de ACP plaatsvindt vóórdát de reacties van partijen bekend zijn.

Daarnaast leverde de bijeenkomst de volgende inhoudelijke punten op:

- Er wordt een brede noodzaak gevoeld voor maatschappelijke inbedding; de overheid moet kaders stellen;
- Er is behoefte aan kennis en opleiding op het gebied van kosteneffectiviteit. De huidige generatie zorgverleners is daar in de opleiding niet echt mee bekend gemaakt;
- Er is zorg wie de gegevens moet aanleveren en wie het onderzoek moet doen; wie financiert dat?;
- Er is twijfel bij de noodzaak van wettelijke verankering; waarom zou je hiervoor kiezen wanneer dat niet echt nodig is?;
- Er zijn vragen bij de onderbouwing van de referentiewaarden.

65 De auteur meldt dat de discussie over de wettelijke verankering snel kon worden afgesloten omdat het Zorginstituut ook geen voorstander is van een "inclusie criterium" zoals Stand van de Wetenschap en praktijk. Partijen vrezen dat de beoordeling van de kosteneffectiviteit dan een soort technische exercitie wordt waarbij heel andere inspraakregels gelden dan bij de advisering. Dat is echter niet de bedoeling.

Andere punten die ter discussie kwamen waren:

- De relatie tussen de verschillende rollen in de praktijk; het perspectief van een ziekenhuis kan heel anders zijn dan van de overheid. Het ziekenhuis hanteert geen maatschappelijk perspectief;

- Zorgverzekeraars zijn afhankelijk van gegevens van zorgverleners en aanbieders. Bovendien moeten zij selectief kunnen inkopen.
- Richtlijnen zijn niet bedoeld voor vergoedingsbeslissingen; verantwoordelijkheden van de overheid en zorgverleners zijn anders;
- 80 • Sommige patiëntenverenigingen hebben al overleg met ziekenhuizen om te besparen op behandelkosten;
- Er zijn vragen over de voorgestelde volgorde. Is het niet vreemd om eerst al instrumenten in te zetten en pas daarna het afwegingskader toe te passen? Men zou dat andersom veronderstellen.
- 85 • Het is belangrijk verdringingseffecten beter zichtbaar te maken en niet de hete aardappel door te schuiven, bijvoorbeeld naar ziekenhuizen.

Na deze samenvatting van de consultatiebijeenkomst opent de voorzitter de discussie. Een lid vraagt naar het standpunt van de RvB over de procesopmerkingen. De voorzitter van de Raad van Bestuur geeft aan dat de RvB op dit moment nog het standpunt heeft dat zij op basis van de reacties zal beslissen of er redenen zijn van de planning af te wijken.

Een lid opent de inhoudelijke discussie. Hij vindt dat het stuk erg met de deur in huis valt. Een belangrijk bestanddeel van het rapport is het pakketbeheer en hoe je met kosteneffectiviteit in het pakketbeheer om gaat. Daar gaan een aan paar hoofdstukken aan vooraf waarin rollen van andere actoren worden benoemd. Je zou vanuit elk perspectief hier iets over moeten zeggen. De rollen hangen nu nog erg in de lucht. De visie op kosteneffectiviteit komt in hoofdstuk 3, daar zou een haakje omheen moeten. Het aantonen van kosteneffectiviteit is in het ene gremium iets anders dan in het andere.

Een volgend lid heeft vooral de samenvatting bekeken. Die is drastisch gewijzigd naar aanleiding van eerdere opmerkingen, daar is hij blij mee. Hij mist echter nog wel een paar belangrijke dingen:

- Benadrukken wat er gebeurt wanneer kosteneffectiviteit geen rol mag spelen. Dan ontbreken de prikkels die aanzetten tot kosteneffectiviteit. Dit is onethisch;
- Instrumenten moet je niet alleen inzetten wanneer de kosteneffectiviteit ongunstig is; in andere gevallen kan dit ook winst opleveren. Bovendien zul je ze ook niet altijd inzetten bij een ongunstige kosteneffectiviteit.
- In de samenvatting staat twee keer dezelfde, veel te voorzichtige, zin. Namelijk dat een ongunstige kosteneffectiviteit hooguit een signaalfunctie heeft. In de tekst zitten wel nuances, maar hier is dat misleidend.

Een volgend lid is het daar helemaal mee eens. Ook in de voorlegger is dat veel te voorzichtig geformuleerd. Er is een noodzaak om de gelden goed te verdelen in de zorg, nu een inwoner 6000 euro per jaar bijdraagt aan de zorg bij een modaal inkomen van 35.000 euro. Het lid zou veel dwingerder willen zijn wanneer de kosteneffectiviteit ongunstig is. Dan is dat zeker een reden om een negatief advies te overwegen. De Minister en de Kamer zwakken een advies toch al af; dus het effect zal toch al erg verdunnen.

Een volgend lid sluit zich daarbij aan. Hij zou de term "zorgen maken" graag aanpassen. Bovendien vraagt hij zich af of de "afkapwaarden" niet te hoog zijn. Hij verwijst naar het rapport van Claxton. Daarin wordt gesteld dat wanneer je de grens te hoog legt je gezondheid verliest omdat dingen die kosteneffectiever zijn,

- worden verdrongen. Dit zou pleiten voor een lagere grens. Hij realiseert zich dat het systeem in Engeland anders is. Hij stelt voor om samen met ZON/MW en de WAR te kijken of je ook zo een exercitie zou kunnen doen voor de Nederlandse situatie. Want het niet zichtbaar zijn van verdringingskosten is een groot probleem.
- 130 Een ander punt dat hij aanstipt is de passage over de rechtvaardigheidstheorie. Hij kan zich voorstellen dat het Zorginstituut geen uitspraak doet over prioritering. Maar in de praktijk gebeurt dat wel. We beschikken namelijk wel over kosteneffectiviteitgegevens, maar niet over gegevens die iets zeggen over andere dingen, zoals Rawls en Sen aankaarten met de term "informational requirements". Er is geen inzicht in allocatie effecten van capabilities.
- 135 De voorzitter bevestigt dat wanneer je gegevens hebt over bepaalde criteria, gegevens over andere criteria vanzelf minder belangrijk worden.
- 140 Het lid vervolgt met een opmerking over de onderbouwing van de referentiewaarden. Hij vindt die argumentatie mager, terwijl daar volgens hem veel meer onderbouwing mogelijk, ook op basis van de situatie in Engeland. De voorgestelde oplossing voor het vraagstuk over ziektelast is pragmatisch.
- 145 Tenslotte komt hij nog terug op de hoogte van de referentiewaarden. Het onderzoek van Claxton leert dat een ongunstige kosteneffectiviteitsratio van een interventie erop duidt dat opnemings van de interventie bij gelijkblijvend budget leidt tot een netto gezondheidsverlies. De vraag is dan of er argumenten zijn om dit te accepteren.
- 150 Tot slot pleit hij voor het gebruiken van de termen micro, meso en macroniveau voor de verschillende perspectieven van kosteneffectiviteit. Deze niveaus moeten op elkaar zijn afgestemd.
- Een volgend lid meent dat de voorlegger de lezer op het verkeerde been zet. Zij zou pleiten voor een lekenversie van het stuk. Het stuk kan nu misverstanden oproepen. Zij mist het hele perspectief van patiënten. Zij zijn immers niet gebaat bij een behandeling met een ongunstige kosteneffectiviteit. Verder meent zij dat de utilitaristische benadering niet in een adem te noemen is met gelijkheid. Een ander lid reageert dat hij dit punt eerder in de discussie heeft ingebracht. Er is gelijkheid op verschillende niveau's. Hij bedoelt daarmee gelijkheid van incrementele kosteneffectiviteitsratio's. In ieder geval moet dit duidelijk zijn in de tekst.
- 155 Het lid vervolgt zijn opmerkingen met de vraag waarom het RVZ voorstel niet gewoon is gevolgd. Verder is hij niet gelukkig met sommige voorbeelden in het rapport, zoals de screening op retinopathie.
- 160 Er zijn mensen die vinden dat het budget best mag stijgen. Dan blijft het argument van de kosteneffectiviteit toch bestaan.
- 165 Een van de vorige leden is het eens met de opmerkingen van een ander lid over het verdringingsmechanisme en informatiebias. Dat is precies de reden dat we niet al te streng om gaan met kosteneffectiviteit. Dat is de keerzijde van informatiebias. Zolang je informatie niet hebt, dwingt het je tot voorzichtigheid.
- 170 Het vorige lid vraagt zich af wat er gebeurt wanneer iets in het pakket gaat zonder dat iets eruit gaat. Dan wordt de productiviteit opgevoerd.
- 175 Een ander lid vindt dat te optimistisch gedacht. Er zijn ook andere uitkomsten mogelijk. Het vorige lid meent dat er dan mensen worden ontslagen waardoor de "achterblijvers" harder moeten werken. De meningen blijven hierover verdeeld. Een volgend lid brengt een aantal punten in:

- 180 • Patiëntenorganisaties zijn in een aantal initiatieven actief bezig met kostenbesparingen. Bijvoorbeeld de hemofilievereniging en de CF vereniging. Patiënten hebben niet alleen een indirecte rol. Alleen wordt hun betrokkenheid vaak wel met de mond beleden, maar worden er geen stappen gezet om dit te realiseren;
- 185 • Het QALY begrip heeft zijn tekortkomingen. Hij heeft dit al een aantal malen opgemerkt, maar realiseert dat hij hierin een minderheidsstandpunt inneemt. Als in 2003 signaleerde de gezondheidsraad de methodologische tekortkomingen van de QALY. Recent heeft er een project plaatsgevonden over QALY uitkomsten met geld van de EU. Daarbij bleek de QALY niet goed meetbaar.
- 190 • In het rapport zou een breder internationaal beeld gegeven moeten worden. Nu wordt alleen de NICE genoemd, maar de HAS en Iqwig gebruiken de QALY niet. In Amerika is dat zelfs verboden omdat dit ouderen en mensen met chronische ziekten zou benadelen.

195

De voorzitter constateert dat er zowel methodologische problemen zijn als principiële gronden om de QALY niet te omarmen. Hij stelt voor dit soort gevoeligheden te benoemen in het rapport.

200 Een ander lid reageert daarop dat hij het juist sterk vindt dat de eenheden waarin kosteneffectiviteit worden uitgedrukt duidelijk en ondubbelzinnig zijn, namelijk euro's en kwaliteitsgecorrigeerde overlevingsjaren. Met betrekking tot effectiviteit ontbreekt die duidelijkheid, en worden soms statistisch significante maar voor de patiënt nauwelijks relevante uitkomstmaten gebruikt, waaronder intermediaire

205 uitkomstmaten. Het belang van dergelijke uitkomstmaten in het overall plaatje is beperkt. Ten aanzien van kosteneffectiviteit is er een uitkomsteneis. Het is op dit moment het beste dat we hebben.

Het lid vraagt zich af wie er bedoeld worden in het rapport met aanbieders; zijn dat individuele zorgverleners of groepen zorgverleners. Ten aanzien van de

210 indeling in klassen van ziektelast en kosten per QALY merkt hij op dat wanneer je hier een lineaire regressie op loslaat, je weer een rechte lijn krijgt.

Een volgend lid is het eens met het vorige lid. We kennen de tekortkomingen van de QALY en juist daarom kunnen we daar rekening mee houden. Hij ziet dat als

215 een kracht, niet als een beperking.

Een volgend lid hecht ook aan een "lekenpraatje" bij het rapport. Ook mist hij de rol van de patiëntenbeweging. Afspraken in de ketenzorg hebben tot veel doelmatigheidswinst geleid. Tot slot heeft hij een vraag over de volgorde van de

220 criteria. Moet hij dat zien als een cascade? Wat is de plek van kosteneffectiviteit daarin? Gaat dit criterium voor de anderen uit?

Een vorig lid reageert daarop dat er ook andere opties zijn, zoals de capabilities. Een ander lid meent echter dat dit geen alternatief is, maar een intelligente Multi criteria analyse waarin de QALY een rol kan spelen.

225 De voorzitter meent dat dit een item is dat in het rapport aan de orde kan komen. Een ander lid meent dat dan ook benoemd moeten worden wat de tekortkomingen van de QALY zijn, namelijk:

- De waarde die je wilt/kunt realiseren wordt onvoldoende gepakt door utiliteiten volgens de EQ5D;
- 230 • Je kunt niet alles wat waarde heeft in één maat pakken;
- Prioriteren op basis van kosteneffectiviteit kan tot ongewenste

verdelingseffecten leiden

Zorginstituut Nederland
Pakket

235 Rawls en Sen hebben dit laatste punt als basis. Het gaat er volgens hen om welke werkelijke mogelijkheden je hebt om waardevol te zijn. Bij maximalisatie van geaggregeerd nut gaat het er om hoe je dat verdeeld over de samenleving. Het is belangrijk dit positief te formuleren.

Datum
2 maart 2015

Onze referentie
2015025864

240 Een ander lid gaat in op de context. In een luxe maatschappij spelen andere problemen dan in een samenleving mensen nog dood gaan aan allerlei infectieziekten. Dit illustreert de waarde die je hecht aan kwantiteit of kwaliteit van leven. Sen doet geen uitspraak over wat capabilities waard zijn.

245 Een vorig lid meent dat de toon van het rapport nog steeds streng moet zijn vanwege het verdringingseffect.

250 De voorzitter vat de opmerkingen die gemaakt zijn samen. Het criterium staat nog recht overeind, met een betere onderbouwing. Het uitgangspunt is scherp op het principe, zacht op de methode. Er zijn wel een aantal uitwerkingen en kanttekeningen te plaatsen:

- De verhouding tussen de verschillende beslisniveau's moet duidelijk zijn;
- Er moet een goede patiënterversie komen;
- Het moet duidelijk worden hoe de criteria zich tot elkaar verhouden qua volgorde;
- 255 • Er is argumentatie toegevoegd aan het equity-efficiency debate;
- De organisatie kan offensiever omgaan met methodenontwikkeling, bv ten aanzien van ontwikkeling van referentiewaarden;
- Er moet gewaakt worden voor administratieve lasten voor partijen die informatie moeten aanleveren;
- 260 • Er zou meer internationale context moeten worden geschetst, dus niet alleen beperken tot de NICE.

265 De voorzitter merkt ten aanzien van het proces op dat de ACP een advies zal formuleren. Daarnaast zullen bewerkingen in het rapport worden gedaan naar aanleiding van opmerkingen die tot nu toe zijn gemaakt. Het aangepaste rapport, het advies van de ACP en de reacties van partijen zullen in de RvB worden besproken.

270 De voorzitter concludeert dat er nog niet is gesproken over de wettelijke verankering. Hoe denkt de commissie daarover? De leden zijn het ermee eens dat ook hiervoor geldt dat het principe geregeld moet zijn, maar dat de uitwerking niet strak gereguleerd kan worden. Tot slot wordt voorgesteld om een hypothetisch voorbeeld te kiezen dat minder discussies oproept dan de huidige voorbeelden. Aan de hand van zo een voorbeeld zouden de verschillende rollen
275 inzichtelijk kunnen worden gemaakt.

De voorzitter sluit hiermee de discussie af.

280 **5 Rondvraag en sluiting**

Een spreekt zijn complimenten uit over het rapport over beroepen in de zorg 2020. Een ander lid geeft aan dat er ook wel kritiek is op het rapport.

285

Er zijn geen andere vragen en de voorzitter sluit de vergadering.

Zorginstituut Nederland
Pakket

Datum
2 maart 2015

Onze referentie
2015025864