

BERT BOER: 'PAKKETBEHEER IS GEEN KWESTIE VAN BEZUINIGEN'

# De juiste zorg op de juiste plek

Zorginstituut Nederland maakt sinds kort afspraken met het veld over gepast gebruik van zorg en voorwaarden voor de vergoeding ervan, vertelt Bert Boer van Zorginstituut Nederland. Artsen krijgen meer invloed op de vergoeding, maar zullen ook vaker 'nee' moeten zeggen tegen een patiënt.

**H**et huidige pakketadvies is te rigide en moet op de schop. Dat vindt Bert Boer, een van de drie bestuurders van Zorginstituut Nederland, voorheen het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en gespreksleider op het Medisch Contact event over gepaste zorg (zie *kader*). 'Een nieuwe behandeling of een diagnosticum is altijd wel ergens goed voor, maar is niet overal goed voor', zegt Boer. 'Het gaat erom toegang te geven waar het nodig is, en beheersing waar het niet nodig is. Dat is het wezen van pakketbeheer, maar ook het wezen van gepast gebruik.' Het Zorginstituut heeft de wettelijke taak om de minister te adviseren over de vergoeding van een nieuwe behandeling voor het basispakket, net als voorganger CVZ. Probleem is daarbij dat zo kort na registratie de literatuur en praktijkgegevens meestal nog tekortschieten. Steeds vaker wil het nieuwe Zorginstituut

afspraken maken over vergoedingen binnen een heel indicatiegebied. Ze zoekt hiervoor de wetenschappelijke verenigingen van artsen op om samen in de kwaliteitsrichtlijnen, literatuur en praktijkgegevens te duiken. Niet geheel toevallig zitten het kwaliteitsinstituut en het pakketbeheer sinds april dit jaar onder één dak bij het Zorginstituut. Een richtlijncommissie en een pakketbeheerder hebben hetzelfde doel volgens Boer: dat de juiste zorg op de juiste plek wordt toegepast. Ook de patiëntenverenigingen, de zorgverzekeraars en zelfs de farmaceutische industrie worden bij de nieuwe afspraken

betrokken. Er zijn al afspraken beklonken over onder meer spataderen, COPD, ivf-behandelingen en artrose. De komende jaren werkt het Zorginstituut zich samen met de zorgpartijen door complexe dossiers heen in de cardiologie en de oncologie, om ook daar afspraken te maken over gepast gebruik van zorg. Dit lange pad hoeft niet voor alle zorg gevolgd te worden, want het veld kiest zelf ook steeds vaker voor gepaste zorg volgens Bert Boer, met als mooie voorbeelden de 'dappere dokters' en specialisten die 'verstandig kiezen'. Boer: 'Wij zetten gepaste zorg op de agenda bij de professie, en komen alleen in actie als er te weinig gebeurt.'

**Minister Schippers van Volksgezondheid verzekerde de senatoren in de Eerste Kamer dat de tak kwaliteit en de tak pakketbeheer elkaar niet raken binnen het Zorginstituut. U legt juist een stevig verband.**

'Daar zit een misverstand. De doelen van richtlijnen en pakketbeheer liggen veel meer in elkaars verlengde dan dat politici

**'Zonder wetenschappelijk bewijs is het strikt genomen geen verzekerde zorg'**

## BERT BOER BIJ MEDISCH CONTACT LIVE OVER GEPASTE ZORG

Boer is van oudsher huisarts, maar de laatste 25 jaar beweegt hij zich in het bestuurlijke veld van het pakketbeheer. Sinds 1 maart is hij hoogleraar pakketbeheer bij het instituut voor Beleid & Management Gezondheidszorg in Rotterdam. Op het congres 'Verleen ik wel gepaste zorg?' van Medisch Contact en Zorginstituut Nederland debatteert Boer met sprekers van het LUMC, IP healthcare, Achmea, Zeelandcare en Optimale Zorg - Dappere Dokters.

Er zijn nog kaarten. Schrijf u nu in via [medischcontactlive.nl](http://medischcontactlive.nl) en profiteer van:

- veel praktijkverhalen over verminderen van onnodige diagnostiek of te lange ziekenhuisopnameduur
- 75 euro korting voor lezers
- 4 accreditatiepunten

Verleen ik wel gepaste zorg?

Beter dokteren door een blik in de spiegel.

Woensdag 15 april 2015, 15.30 tot 20.30 uur, Postillion Hotel Bunnik.



DE BEELDREDAKTIE | MARCO OKHUIZEN

veronderstellen. Pakketbeheer is geen kwestie van bezuinigen, zoals vaak wordt gedacht. Het gaat juist om toegang tot nieuwe of dure zorg. Bij COPD en depressie adviseren we juist om meer zorg in te zetten; bepaalde vormen van diagnostiek werden te weinig gebruikt. Natuurlijk ziet een arts het indicatiegebied in de regel wat ruimer dan wij. Wij behartigen immers ook de belangen van de premiebetalers. Maar op basis van de literatuur komen we er meestal samen uit. Wij leg-

gen de nadruk op stepped care, waarbij je eerst kijkt of een eenvoudigere behandeling al volstaat.'

### *En als dat niet lukt?*

'Soms moeten we opnieuw de literatuur in duiken, of is nieuw onderzoek nodig. We werken nu aan een rapport over gepast gebruik in de cardiologie, en daarvoor wordt een indicatieonderzoek gedaan naar ICD's. Maar als er geen wetenschappelijk bewijs bestaat, is het

strikt genomen geen verzekerde zorg. Als we er met de beroepsgroep niet uitkomen, gaat het Zorginstituut zelf de indicaties stellen. We dreigen er niet mee, want het is echt een gezamenlijke zoektocht. Maar die stok zit wel achter de deur.'

*In het rapport over gepaste zorg bij artrose staat dat er minder röntgenfoto's en MRI's nodig zijn. In de bijlage staat dat de Nederlandse Orthopaedische Vereniging het hier niet mee eens is. Wat nu?*

‘We zijn hierover in gesprek met de NOV en kijken samen naar de evidence. Als blijkt dat we deze verschillend interpreteren, moeten we het daarover hebben.’

Het Zorginstituut heeft eerder in de clinch gelegen met beroepsverenigingen, bijvoorbeeld over de behandeling van spataderen. Het Zorginstituut en de vaatchirurgen en dermatologen waren het eens over het uitgangspunt: cosmetische ingrepen worden niet vergoed ten laste van de zorgverzekering, alleen functionele klachten. De vraag was echter: waar ligt de grens tussen cosmetische en functionele indicaties? De artsen waren het niet eens met de grens die CVZ in een eerder rapport had gesteld. De partijen zochten elkaar op voor overleg, maar de patstelling tussen de artsen en de medewerkers van het Zorginstituut bleef bestaan. Uiteindelijk is er een pragmatische oplossing gekozen, namelijk een grens die zo dicht mogelijk lag bij de bekende resultaten uit de wetenschap, plus een vervolgonderzoek. Boer: ‘Daar kwam kritiek op. Ik heb zelf ook liever geen *next best*-criterium, maar we zijn er wel uitgekomen.’

**In dit nieuwe systeem moet een dokter soms kiezen om niet te behandelen, terwijl behandelingen juist brood op de plank brengen.**

‘Daarom pleiten sommige mensen ervoor om bij heel dure behandelingen deze rollen te scheiden. De ene dokter stelt de diagnose en een ander doet de behandeling. In Amerika gebeurt dat via second opinions die op afstand gesteld kunnen worden. We moeten daarbij wel oppassen voor bureaucratie; dus ik zou deze werkwijze alleen toepassen bij medisch ingrijpende beslissingen met hoge kosten.’

**Een tweede probleem is dat artsen vaker ‘nee’ moeten zeggen tegen een patiënt.**

‘De arts moet vaker zeggen tegen een ernstig zieke patiënt: “De kans dat u hiervan gaat profiteren is heel klein, vergeleken met de bijwerkingen.” Ik heb er het volste begrip voor dat dit buitengewoon moeilijk is voor artsen, want hiermee geef

## ‘Wij organiseren alleen dat partijen het onderling eens worden’

je iemand op. Wij pleiten er daarom voor om dergelijke beslissingen over te laten aan een behandelteam, in plaats van aan een individuele arts.’

**Gepast gebruik gaat vaak om het verplaatsen van zorg van duurdere medisch specialisten naar de goedkopere huisarts of verpleegkundigen. Hoe ondersteunt het Zorginstituut deze nieuwe taken voor huisartsen?**

‘Dat is niet onze rol. Wij organiseren alleen dat partijen het onderling eens worden over deze afspraken. Wij doen niets aan de rolverdelingen in de zorg, maar we brengen artsen, patiëntenorganisaties, zorgverzekeraars en fabrikanten bij elkaar.’

**Fabrikanten die meepraten over vergoeding van hun eigen product?**

‘Bij de huidige beoordelingen van vergoeding van geneesmiddelen heeft de fabrikant vaak effectmaten gekozen die wij liever anders hadden gezien. Er is dan niets meer aan te doen, dat is voor beide partijen vervelend. Het idee is nu om vooraf afspraken te maken over welke patiënten we gaan volgen, en wat de effectmaten zullen zijn voor de nieuwe behandeling, en welke grenswaarden we hanteren. Als de behandeling door deze test komt, wordt het vergoed voor die patiëntengroep, en anders niet. We beperken het voorschrijven van een nieuw geneesmiddel nu soms ook al tot een bepaalde patiëntengroep, de zogenaamde ‘bijlage 2’-voorwaarden, maar deze nieuwe afspraken zullen veel dynamischer zijn. Ze worden voortdurend gevolgd in de praktijk en de wetenschap, en kunnen snel worden aangepast. Ik pleit ervoor dat de fabrikant in ruil hiervoor geen reclame meer maakt voor het gebruik buiten die afgesproken doelgroep, al moet ik ze

hiervoor nog over de streep krijgen.’

**Wat gebeurt er als partijen niet meedoen?**

‘Als je het op de klassieke manier blijft beoordelen voor het basispakket, zal een nieuwe behandeling vaak een negatief advies krijgen voor toelating tot het pakket. Er is in dat vroege stadium bijna nooit genoeg bewijs voor de meerwaarde van een nieuwe behandeling. Het Zorginstituut vindt dat een ongewenste situatie; niemand wil dat meer. Dat is de sterkste drijfveer om te komen tot een nieuwe manier van toelaten. Die zal gebonden zijn aan strikte voorwaarden, maar ook ruimte geven aan voorwaardelijke toelating.’

**Hoe weet je zeker dat de afspraken worden nageleefd?**

‘De controle daarop is in de alledaagse praktijk nauwelijks uit te voeren. Het kan wel als nieuwe behandelingen alleen worden toegelaten in bepaalde behandelcentra. Bij diabetes kun je bijvoorbeeld denken aan derdelijnsdiabetologen, die zitten in het zogenaamde Bidon-netwerk. Je beperkt het gebruik dan in feite tot onderzoekssituaties. Het Britse NICE doet dit ook met haar ‘only in research’-programma. Soortgelijke initiatieven in het buitenland hebben ook al veel praktische oplossingen opgeleverd voor toelating tot vergoeding. In Nederland willen we hier ook mee gaan werken in de oncologie. Ik zou niet weten waarom dat niet zou kunnen.’ ■

### web

Lees eerdere artikelen over gepaste zorg en het Zorginstituut onder dit artikel op [medischcontact.nl](http://medischcontact.nl).