

De zorgverzekering en de kosten van de zorg

Najaarsvergadering 2017

Vereniging voor Gezondheidsrecht

Vereniging voor Gezondheidseconomie

Joris Rijken

17 november 2017



Kiezen en delen

- Waarom kiezen?
- De ‘trechter van Dunning’
 - noodzakelijke zorg
 - werkzaamheid
 - doelmatigheid
 - eigen rekening en verantwoording
- Solidariteit en haar grenzen
- Tegen rantsoenering



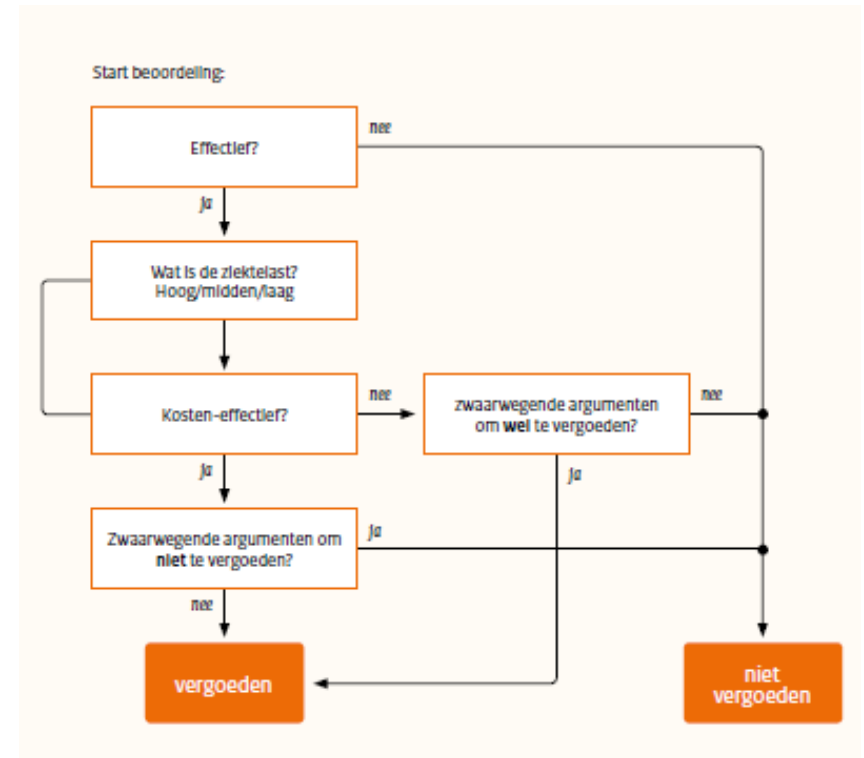
Zorgverzekering

- Pakket in hoofdlijnen beschreven
- Stand van de wetenschap en praktijk
- Innovaties stromen ‘automatisch’ in, tenzij uitsluiting door minister
- Uitzondering: extramurale geneesmiddelen
- Uitsluiting door zorgverzekeraars: alleen bij ‘voldoende gelijkwaardigheid’
- **Waar is de trechter?**



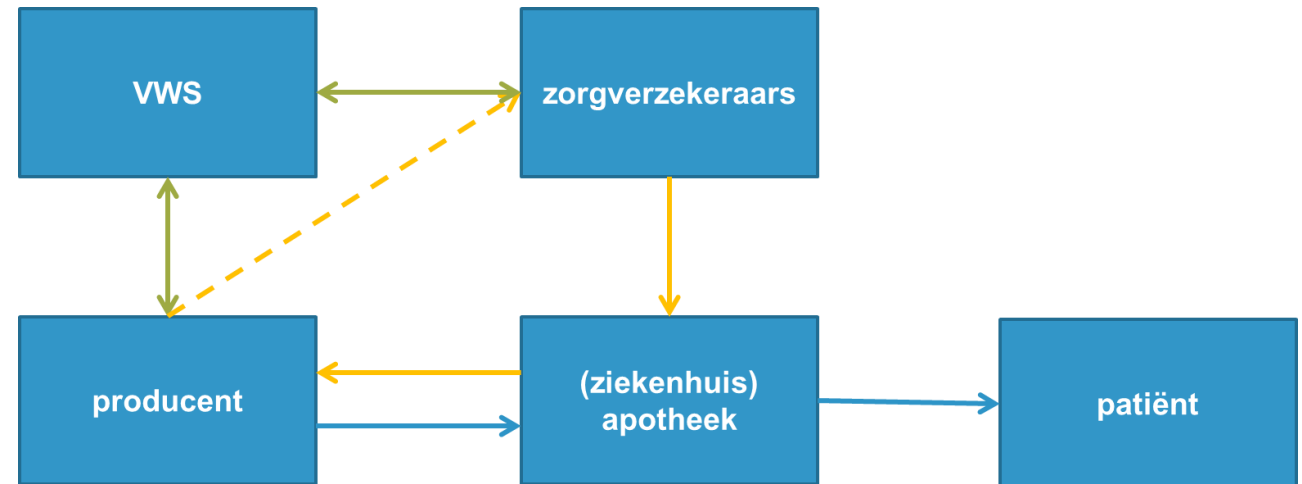
Zorginstituut

- Uitleg van het pakket: beoordeling stand van de wetenschap en praktijk
- 'Beheer' van het pakket: advisering over pakketbeslissingen
- Trechter van Dunning als basis
- Referentiewaarden ICER: € 20.000 - € 80.000
- 'Deliberatief proces'



Financiële arrangementen

- Onderhandelingen tussen VWS en producent
- Inzet: uitsluiting van (of toelating tot) het pakket
- Financieel arrangement = overeenkomst
- Kortingen: openbaar en vertrouwelijk
- **Uitkomst kosteneffectief?**



NICE

- *Technology Appraisal Recommendations* voor NHS
- Referentiewaarden ICER: £ 20.000 - £ 30.000
- *End-of-life considerations*

- Recommendations bindend voor *Clinical Commissioning Groups* (zorginkopers)
- Geen recommendation: zorginkopers beslissen zelf

NICE National Institute for
Health and Care Excellence

Stellingen

1. De belangrijkste pakketcriteria (effectiviteit, kosteneffectiviteit) moeten in de Zorgverzekeringswet zelf worden vastgelegd
2. Pakketbeslissingen moeten worden genomen door het Zorginstituut, met een mogelijkheid tot afwijking door de minister van VWS
3. Bij behandelingen met een hoge budgettaire impact en een lage kosteneffectiviteit moet de *default* zijn dat zij niet tot het pakket behoren
4. De financiële arrangementen moeten worden beëindigd

Artikel 11a Zorgverzekeringswet (nieuw)

1. De te verzekeren prestaties omvatten uitsluitend vormen van zorg die voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk.
2. Als het Zorginstituut heeft vastgesteld dat een vorm van zorg een budgettaire impact van ten minste € 5.000.000 per jaar heeft, omvatten de te verzekeren prestaties deze vorm van zorg uitsluitend als het Zorginstituut heeft vastgesteld dat de betreffende vorm van zorg een ICER heeft van ten hoogste:
 - a. € 20.000 als de ziektelast lager is dan 0,4;
 - b. € 50.000 als de ziektelast hoger is dan 0,4 en lager is dan 0,7;
 - c. € 80.000 als de ziektelast hoger is dan 0,7.
3. Bij of krachtens algemene maatregel van bestuur kan worden bepaald dat een vorm van zorg:
 - a. in afwijking van het tweede lid behoort tot de te verzekeren prestaties;
 - b. niet behoort tot de te verzekeren prestaties.

Joris Rijken

advocaat

AKD

(088) 253 5115

jrijken@akd.nl