



Zorginstituut Nederland

Zorginstituut magazine

Kwartaalblad van
Zorginstituut Nederland
Jubileumeditie



Zorginstituut 70 jaar

Interviews met:
Hans Hillen
Romke van der Veen

10 vragen aan...
Pauline Meurs

Inhoud

4 Zorginstituut door de jaren heen
Zeventig jaar geleden werd de verre voorganger van het Zorginstituut, de Ziekenfondsraad, opgericht. Hoe ontwikkelde onze organisatie zich tot het huidige Zorginstituut? Een overzicht van roemruchte momenten, spraakmakende adviezen, hoogte- én enkele dieptepunten in onze eigen geschiedenis.

14 Interview Hans Hillen
Hans Hillen was van 2003 tot 2007 voorzitter van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Onder zijn voorzitterschap werd het nieuwe stelsel van zorgverzekeringen ingevoerd. Hoe heeft Hillen deze tijd bij CVZ ervaren?

20 Pakketbeheer in verleden, heden en toekomst
Romke van der Veen is, eerst als CVZ-bestuurder en nu als voorzitter van de Adviescommissie Pakket (ACP), al jaren nauw betrokken bij de uitvoering van onze taken, met name het pakketbeheer. In deze jubileumeditie kijkt hij terug en blikt vooruit, want het pakketbeheer moet meebewegen met ontwikkelingen in het stelsel en met de praktijk.

26 Blik op de toekomst
De lessen die we kunnen trekken uit ons verleden kunnen ons helpen zaken te verbeteren voor de toekomst, menen de drie leden van de huidige Raad van Bestuur. Aan het slot van dit jubileumnummer blikken zij kort terug, maar richten zij zich vooral op de toekomst.



Rubrieken

12 Tien vragen aan: Pauline Meurs

17 Column Martin van der Graaff

18 Feiten & Cijfers (in zeven decennia)

23 Elevator Pitch
Speciaal voor deze jubileumeditie: Zorginstituut-medewerker Carel Mastenbroek.

24 Aan het bureau / aan het bed
Advies geneesmiddel ziekte van Pompe: theorie vs. praktijk.

28 Over zorg gesproken
(in zeven decennia)

Systeem en context

Voorwoord

Afgelopen jaar bestond het Zorginstituut en zijn voorgangers zeventig jaar. In dit jubileumnummer blikken we terug met een historisch overzicht van memorabele momenten, anekdotes en beschouwingen. Ter afsluiting kijk ik samen met mijn collega's Tiana van Grinsven en Peter Siebers welke lessen we uit het verleden kunnen trekken en hoe we deze kunnen gebruiken voor de toekomst.

Daarop vooruitlopend kijk ik eerst, op deze plek, naar het hier en nu. Specifieker: naar de plek van het Zorginstituut in het maatschappelijk veld, in ons huidige tijdsgewricht. Want zoals wij als zeventigjarige vaker hebben meegemaakt, worden we doorlopend geconfronteerd met veranderingen in de samenleving, waar wij ons opnieuw toe moeten verhouden. Ik doel hier op de overgang naar de 'nieuwe democratie'. Een democratie waarin mensen zich via de sociale media steeds vaker mengen in maatschappelijke discussies, en steeds meer lijken te handelen vanuit de onderbuik. Een democratie waarin onderwerpen op basis van veertigduizend handtekeningen op de politieke agenda komen.

Wat betekent dat voor de zorg? Voor ons? En hoe gaan wij daarmee om? Systemen - en daarmee bedoel ik wetten en vastgestelde procedures die voorspelbaarheid en gelijkheid tussen burgers beogen - hebben de zorg jarenlang in goede banen geleid. Maar inmiddels staat dat systeem volgens velen op gespannen voet met de (persoonlijke) context: het doet volgens velen namelijk onvoldoende recht aan de bedoeling, aan wat in de spreekkamer tussen patiënt en arts is besproken of tussen de wijkverpleegkundige en de oudere thuis.

Als Zorginstituut hebben wij met zowel systeem als context te maken en zoeken we een weg om ons tot beide te verhouden. We zijn er immers niet voor het systeem, maar primair voor de inwoners van Nederland om de kwaliteit, toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg te verbeteren. Soms moeten we het systeem verrijken met context. Afgelopen jaar kwamen die vragen op bij het advies over het medicijn Fampyra. De aanvankelijke (negatieve) beoordeling van dit middel was terecht, maar toen we samen met partijen meer *context* toevoegden (voor wie wil je Fampyra gebruiken?) bleek het voor een kleine groep patiënten met een ernstige loopstoornis wel effectief. Systeem en context moeten hand in hand gaan. Neem ook de ouderenzorg waar een tekort aan woningen is door het wegvallen van verzorgingshuizen, ouderen die langer thuis blijven wonen en waar nu eindeloze debatten tussen gemeenten en verzekeraars plaatsvinden wie wat financiert. Het is belangrijk om te kijken vanuit een bredere context zodat we de ziel in de zorg houden.

Zo bewegen we al zeventig jaar mee met de veranderingen in de maatschappij. En zo benaderen we ook dé uitdaging van dit moment: hoe verhouden wij ons tot de 'nieuwe democratie' en hoe houden we, samen met andere partijen, de zorg organiseerbaar? Daarover zijn wij voortdurend in gesprek met de partijen in de zorg. Want alleen gezamenlijk kunnen we de zorg in Nederland kwalitatief hoog, toegankelijk en betaalbaar houden. Ook in de toekomst.

Sjaak Wijma
Voorzitter Zorginstituut Nederland

1949-2019

Het Zorginstituut door de jaren heen

Zeventig jaar geleden werd de verre voorganger van het Zorginstituut, de Ziekenfondsraad, opgericht. In deze speciale jubileumeditie laten we zien hoe onze organisatie zich ontwikkelde tot het huidige Zorginstituut. Een overzicht van roemruchte momenten, spraakmakende adviezen, hoogte- én enkele dieptepunten in onze eigen geschiedenis.

26 maart 1953

Verhuizing

Ziekenfondsraad betreft nieuw kantoor aan P.C. Hooftstraat 162-166 in Amsterdam



1 juni 1958

Nieuwe voorzitter Ziekenfondsraad

Philip van der Burg



BRON: PINTEREST.COM



BRON: PINTEREST.COM



Impressie van de zorg in de jaren vijftig en zestig.

29 april 1965

Installatie nieuwe Ziekenfondsraad

Nieuwe regeling: ambtenaren van het ministerie werden vervangen door onafhankelijke kroonleden. Taken bleven wel hetzelfde (beheer, toezicht en advisering).

29 april 1965

Nieuwe voorzitter Ziekenfondsraad

dr. Wim de Kort
(1965 tot 1978)



1950

4 januari 1949

Oprichting Ziekenfondsraad



Eerste kantoor
Ziekenfondsraad
aan de Herengracht 510
in Amsterdam



Eerste voorzitter
dr. ir. Aart Hacke

De Ziekenfondsraad kreeg van minister van Sociale Zaken M. Joekes de taak om "in het belang van de volksgezondheid een goede geneeskundige verzorging van de bevolking door de werkzaamheid van het ziekenfondswezen te bevorderen."

Hiervoor kreeg de Ziekenfondsraad een aantal bevoegdheden, waaronder toezicht, beheer, subsidiëring en advisering:

- Toezicht en controle waren beducht: "De accountants van de ziekenfondsraad waren gevreesd en de fondsadministraties zetten over het algemeen hun beste beentje voor als zo'n man de deur binnen liep."
- Beheer over het Vereveningsfonds (later: Algemene Kas).
- Subsidiëring voor onderzoek en publicaties die voor het ziekenfondswezen van belang zijn. Zoals het Praeventiefonds, dat jaarlijks 4 miljoen gulden kreeg vanuit het Vereveningsfonds.
- Advisering aan de minister, voorafgaand aan alle wetgeving op ziekenfondsgebied.

1960

1970

1968

AWBZ wordt van kracht

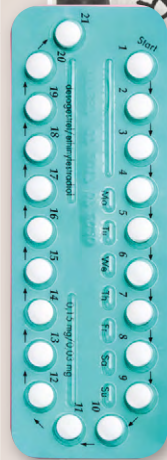
Mede daardoor werd huisvesting te klein



BRON: WERKENBIJHETCAK.NL



Het kantoor van het CAK. Het CAK werd in 1968 opgericht na de invoering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).



1971-1972

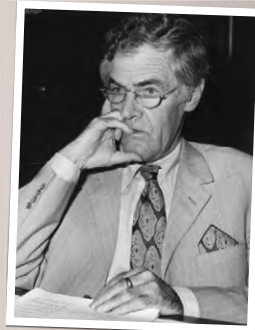
Advies anticonceptiepil

In 1971 sprak de Raad zich uit tegen opname van de pil in het pakket. Na een dwingende, nieuwe adviesaanvraag van de Tweede Kamer, een jaar later, bracht de Raad alsnog een positief advies uit en kwam de pil in het pakket.

Jaren zeventig

"Onder de stolp"

De Ziekenfondsraad verloor aan aanzien en invloed, mede omdat de Raad zich nauwelijks aanpaste aan de nieuwe (politieke en economische) omstandigheden. Terwijl de kostenstijgingen in de zorg problematische vormen begonnen aan te nemen, dacht de Raad te kunnen volstaan met wat "bezwerende rituelen. Voeg daarbij het in zichzelf gekeerde karakter van de Raad en de verkrampte reactie op kritiek en het beeld ontstaat van een instelling onder een stolp."



1 mei 1978

Nieuwe voorzitter
Ziekenfondsraad
Henny Berends



Jaren tachtig

Oppoetsen imago

Ook in jaren tachtig kreeg de Ziekenfondsraad steeds minder gezag. Regering en Tweede Kamer zagen de rol van de Raad als een van de oorzaken van de trage invoering en de magere resultaten van bezuinigingsmaatregelen in de zorg. In het algemeen werd openlijk vragen gesteld bij de legitimiteit van de Raad in deze periode. Dit leidde tot een publiciteitscampagne om meer te laten zien van het werk van de Raad. Dat was ook het doel van het nieuwe blad, *Blauwdruk*, dat de Raad vanaf 1983 publiceerde. Ook zocht de Raad steeds meer de tegenaanval tegen de kritiek vanuit de politiek, bijvoorbeeld met het unaniem advies *Taak, samenstelling en werkwijze van de Ziekenfondsraad* uit 1984. Dat hielp: de kritieken op de Raad verstomden grotendeels en het zelfvertrouwen groeide weer.



BRON: ANP-ARCHIEF NL

Van tijd tot tijd stak de discussie over het wel of niet vergoeden van de anticonceptiepil weer de kop op. Dreigde de pil uit het pakket te raken, dan leidde dat vaak tot demonstraties, zoals deze, in mei 1983.

1970

September 1973

Verhuizing

Ziekenfondsraad verhuist naar de prof. J.H. Bavincklaan 2 in Amstelveen



Bavincklaan 2 in Amstelveen.

Jaren zeventig

Eigen bijdrage

De Raad wees zowel in 1968 als 1972 regeringsvoorstellen unaniem van de hand om een eigen risico of eigen bijdrage in te voeren. "Alle partijen in de Raad geven de toegankelijkheid van de sociale-ziektekostenverzekering voorrang boven bezuinigingsoverwegingen."

Pas tien jaar later stond de Raad hier minder afwijzend tegenover. Dat leidde onder meer tot de invoering van de 'medicijnknaak'; per afgeleverd geneesmiddel moesten ziekenfondsverzekerden 2,5 gulden eigen bijdrage betalen.



1980

November 1981

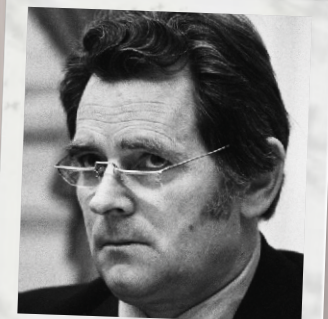
Vrij Nederland publiceert speciale bijlage over de Ziekenfondsraad

In dit artikel wordt de Raad beschreven als "een verzamelpaats van activiteiten en transacties die het daglicht niet goed konden verdragen. De Raad werd afgeschilderd als een 'democratisch gedrocht en machteloos college', waarin de belangen van de verzekerden volledig ondergeschikt waren gemaakt aan de eigen belangen van de groeperingen die zitting hadden in de Raad."



BRON: TWITTER

Zorgverleners in Heerlen in de jaren tachtig.



BRON: WIKIPEDIA

1 oktober 1989

Nieuwe voorzitter
Ziekenfondsraad
Louw de Graaf

1990

Jaren negentig

Omvorming van participatiemodel naar kroonledenmodel

Ondanks verbetering van het imago groeide in de politiek de kritiek op de structuur van de externe adviesorganen, zoals die van de Ziekenfondsraad. Het participatiemodel, waarbij ambtenaren (vanaf 1964 vervangen door kroonleden), ziekenfondsen, medische beroepsgroepen, werkgevers en werknemers zitting hadden in de Raad, lag onder vuur. Men wilde alleen nog maar onafhankelijke deskundigen (kroonleden) op deze posities zetten. Dat resulteerde in 1998 in het besluit de Raad om te vormen tot een kroonledenmodel dat de nieuwe naam College voor zorgverzekeringen (CVZ) zou gaan krijgen. Met het kroonledenmodel verviel de rechtstreekse vertegenwoordiging van de belangengroeperingen.



1 juli 1999

CVZ neemt de taken van de Ziekenfondsraad over

De slogan van de nieuwe organisatie luidt: 'Wegbereider in het hart van de gezondheidszorg'.



4 januari 1999

Ziekenfondsraad bestaat 50 jaar

1990



BRON: GEHEUGENANDELERLAND.NL

Vergadering Ziekenfondsraad onder voorzitterschap van Louw de Graaf in 1994.

2000

CVZ geeft eerste advies over vergoeding Viagra

Het CVZ adviseert om de Viagra-pil alleen in het ziekenfondspakket op te nemen voor diabetici en dwarslaesiepatiënten, met een maximum van acht pillen per maand. Vergoeding voor alle mensen met erectiestoornissen wordt te duur, meende het CVZ: bij een vergoeding van acht pillen per maand, stijgen de kosten dan al gauw tot driehonderd miljoen gulden per jaar, schatte het college in.



2000

1 juli 2003

Verhuizing

Verhuizing naar huidige kantoorpand in Diemen



Eekholt 4 in Diemen.



BRON: SHUTTERSTOCK

2003

Eerste standpunt CVZ over medicinale cannabis

Cannabis kan niet worden gezien als een rationele farmacotherapie en behoort daarom niet tot het basispakket, luidde het standpunt.

BRON: HOLLANDE HOOGTE



Minister Hans Hoogervorst van VWS voerde in 2006 de Zvw in.

2006

Invoering Zorgverzekeringswet (Zvw)

Kenmerken van de Zorgverzekeringswet zijn de verzekerings- en acceptatieplicht. De verzekeringsplichtigen moeten zich verzekeren en de verzekeraars zijn verplicht iedereen te accepteren. De overheid stelt de inhoud van de basisdekking vast. Met de invoering van de zorgverzekering kwam het onderscheid tussen particuliere ziektekostenverzekeringen en het ziekenfonds te vervallen.

2010

2004

CVZ-voorzitter Hillen suggereert rollator uit AWBZ te halen

In het programma *Buitenhof* oppert Hillen dat de rollator en andere voorzieningen uit het pakket worden gehaald. Dat leidde tot veel commotie en protest: "De weg die Hillen inslaat, is onbeschaafd en een christen onwaardig", aldus de Wageningse gezinssocioloog prof. dr. Kees de Hoog (zie ook pagina 14 van dit magazine).



1 januari 2003

nieuwe voorzitter CVZ

drs. Hans Hillen

Lees ook het interview met Hillen op pagina 14



1 januari 2007

nieuwe voorzitter CVZ

dr. Dik Hermans

1 mei 2007

CVZ krijgt Raad van Advies

Het kroonledenmodel van het CVZ wordt vervangen door een Raad van Advies. Deze Raad gaat het CVZ bijstaan bij strategische vraagstukken.



Eerste Raad van Advies CVZ



1 januari 2011

Nieuwe voorzitter CVZ

drs. ing. Arnold Moerkamp

2012

Advies CVZ: geneesmiddelen voor ziekten van Pompe en van Fabry worden niet vergoed

Voor het eerst leidde een advies van het CVZ tot veel maatschappelijke commotie. Nog steeds wordt vaak verwezen naar dit advies omdat de hoge prijs van deze medicijnen een belangrijke factor was in het besluit de middelen niet te vergoeden (zie ook pagina 24 van dit magazine).

1 januari 2017

Overheveling burgerregelingen naar het CAK

Het CAK neemt de administratieve uitvoering over van een aantal burgerregelingen, zoals voor wanbetalers, niet-verzekerden, mensen met inkomen in Nederland die in het buitenland wonen, gemoedsbezwaarden en onverzekerbare vreemdelingen. Met de burgerregelingen verhuisden ook circa 300 medewerkers van het Zorginstituut van Diemen naar Den Haag.



BRON: SHUTTERSTOCK

2025... 2030

Wat brengt de toekomst...?

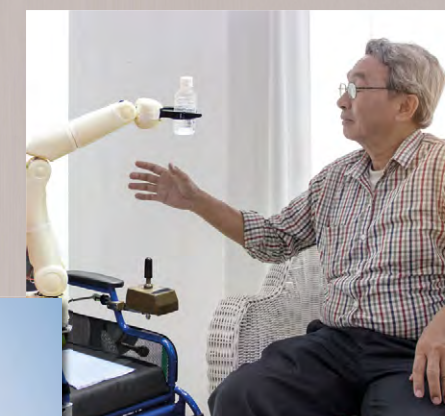
De ontwikkelingen in behandelwijzen en geneesmiddelen staan niet stil. Misschien zal het Zorginstituut al over afzienbare tijd een standpunt moeten innemen over de inzet van **personalised medicine** en de gevolgen daarvan voor het basispakket.



BRON: SHUTTERSTOCK



BRON: SHUTTERSTOCK



E-health, gentherapie, robotisering in de zorg... nu nog in de kinderschoenen, maar over tien jaar een vanzelfsprekend onderdeel van de zorg?

2025

Gentherapie?

Misschien dat we rond 2025 ons moeten buigen over het wel of niet vergoeden van **gentherapie**.

2010

1 april 2014

CVZ wordt Zorginstituut Nederland

Naar aanleiding van de invoering van de wijzigingswet van de Wet cliëntenrechten zorg kreeg het CVZ een aantal nieuwe taken toebedeeld, zoals het verbeteren van de kwaliteit van zorg in het algemeen en het bevorderen van vernieuwing en verbetering van beroepen en opleidingen in de zorg. Als uitvloeisel van dit nieuwe takenpakket veranderde de naam van de organisatie op 1 april 2014 in Zorginstituut Nederland.



1 november 2018

Nieuwe voorzitter Zorginstituut

dr. Sjaak Wijma

Februari 2018

Zorginstituut adviseert: Spinraza® tegen huidige prijs niet in basispakket

De prijs voor het middel tegen de zeldzame spierziekte SMA is zo hoog, dat het middel niet kosteneffectief is. Het Zorginstituut adviseert het middel dus niet tegen deze prijs te vergoeden. Het advies leidt tot veel commotie bij patiënten. Artikelen in de media over veelal jonge SMA-patiëntjes leiden ook tot veel publieke aandacht en tot Kamervragen.

2020

2019

Zorginstituut bestaat 70 jaar



Disclaimer

Van enkele, met name oudere foto's zijn de rechthebbenden niet meer te achterhalen. De redactie van dit jubileumnummer heeft zich ingespannen om datgene te doen wat redelijkerwijs van haar kan worden verwacht om de rechten van de auteursrechthebbenden op de beelden te regelen volgens de wettelijke bepalingen. Degenen die menen rechten te kunnen doen gelden, kunnen contact opnemen met de redactie.

Bronnen

De citaten en veel informatie en foto's uit de periode van de Ziekenfondsraad (1949-1999) komen uit het jubileumboek: *Zorg tussen staat en markt. De maatschappelijke betekenis van de Ziekenfondsraad, 1949-1999*, van Maarten van Bottenburg, Geert de Vries en Annet Mooij. Informatie over de periode van 2000 tot nu is grotendeels afkomstig uit ons eigen archief. Overige bronnen staan zoveel mogelijk bij het betreffende beeldmateriaal vermeld.



2027

Polipil?

En misschien adviseren we in 2027 wel dat alle vijftigplussers hun 'poli-pil' (een pil die naast cholesterolverlagers ook aspirine – bloedverdunner – en een bloeddrukverlager bevat) vergoed krijgen. Hoe het ook zij, de taken die onze voorloper de Ziekenfondsraad 70 jaar geleden kreeg toebedeeld – toezicht, beheer, subsidiëring en advisering – zullen ook in de toekomst relevant en nodig blijven.

2030

10

vragen aan

Pauline Meurs

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Herbert Wiggerman

1 Wat is uw eerste ervaring met de gezondheidszorg?

“De eerste ervaring die echt indruk op mij maakte was toen ik als student sociologie in het ziekenhuis belandde. Ik ben opgegroeid in Zuid-Amerika en kwam alleen naar Nederland om te studeren. Daarna wilde ik zo snel mogelijk terug om daar iets met armoedebestrijding te gaan doen. Maar door die ziekenhuiservaring ontdekte ik dat ook hier wel het een en ander te verbeteren was. Dus schreef ik mijn scriptie over de ziekenhuiszorg en ben ik uiteindelijk in Nederland gebleven.”

2 Als u geneeskunde had gestudeerd, wat voor dokter was u dan geworden?

“Dat is moeilijk voorstelbaar, want ik was echt nóóit geneeskunde gaan studeren, mijn passie ligt bij de sociologie. Maar had ik dat toch gedaan, dan denk ik dat ik psychiater was geworden. Pijn aan de ziel, dat intrigeert mij het meest. Veel thema's in de psychiatrie zijn sociologisch van aard, dat spreekt mij aan.”

3 U bent al vele jaren beroepshalve betrokken bij de zorg. Wat vindt u de opvallendste verandering in de zorg over de afgelopen decennia?

“Het enorme succes van de gezondheidszorg, waardoor we nu veel ouder worden

PERSONALIA

Pauline Louise Meurs (1953) is sociologe en hoogleraar bestuur van de gezondheidszorg aan de Erasmus Universiteit Rotterdam. Daarnaast is zij wetenschappelijk directeur van het mede door haar opgerichte Erasmus Centrum voor Zorgbestuur. Namens de PvdA was Meurs van 2007 tot 2013 lid van de Eerste Kamer. Van 2007 tot 2015 was zij voorzitter van ZonMw en van medio 2014 tot juni 2019 voorzitter van de Raad voor Volksgezondheid en Samenleving. Sinds 1 januari 2019 is zij voorzitter van het Prins Bernhard Cultuurfonds. Pauline Meurs woont met haar man in Bilthoven.



“Is transparantie wel altijd goed? Niet iedereen hoeft alles te weten. Soms is het gewoon beter om in de beslotenheid te beslissen”

dan vroeger. De keerzijde is dat nu veel meer mensen een chronische ziekte hebben, maar dankzij onze goede gezondheidszorg leiden zij over het algemeen tot op hoge leeftijd een goed leven. Dat is een enorme verbetering ten opzichte van vroeger.”

4 Is die verandering alleen maar positief?

“Dat mensen ouder worden en ook met een chronische ziekte een goed leven kunnen leven is natuurlijk positief. Maar die ontwikkeling leidt ook tot nieuwe (ethische) vragen, die maar voor een deel binnen de zorg zijn op te lossen. Want hoe houden we mensen – ouderen, chronisch zieken, maar óók hun verzorgers en naasten – in deze nieuwe situatie gezond? Dat vergt ook andere oplossingen, zoals het bieden van een passende woonomgeving. En maatregelen om de druk op verpleegkundig personeel en mantelzorgers te verminderen.”

5 Wat ziet u – terugkijkend – als een wapenfeit in het zeventigjarig bestaan van het Zorginstituut?

“Een specifiek wapenfeit kan ik niet noemen, maar ik vind het heel goed dat het Zorginstituut zich binnen de zorg een gezaghebbende positie heeft weten te verwerven. Het instituut speelt een belangrijke rol zonder heel zichtbaar te zijn. Dat is juist het mooie en goede, dat mensen weten dat er een club is die zich bekommert om de kwaliteit van zorg. Als onafhankelijk orgaan in het publieke domein.”

6 Wat doet u bij een zeurend pijntje: even aankijken en doormodderen of meteen naar de huisarts?

“Negeren! Ik kan heel lang met een pijntje doorlopen, met het idee: het gaat wel weer over, ik moet het ermee doen, klaar!”

7 Wat is uw favoriete zorgwoord?

“Dat heb ik niet. Ik heb wél veel woorden die in de ban zouden moeten. Zoals transparantie, uitrollen, opschalen. Ze wekken de illusie van duidelijkheid, maar het tegendeel is het geval; ze roepen juist vragen op. Hetzelfde geldt voor afkortingen. Een heel erge is: DOT. Dat staat voor ‘Diagnose behandelcombinaties Op weg naar Transparantie’. Verschrikkelijk. Bovendien: is transparantie wel altijd goed? Niet iedereen hoeft alles te weten. Soms is het gewoon beter om in de beslotenheid te beslissen.”

8 Stel, u ligt met een gebroken been op een tweepersoonskamer in het ziekenhuis. Naast wie wilt u dan liggen?

“Liever alleen op een kamer en in elk geval naast een vrouw! Ik vind gemengde kamers vreselijk. Het liefst zou ik naast een goede vriendin willen liggen die ik al lang ken en met wie ik vertrouwd ben. En dan de tijd nemen om rustig bij te kletsen en het leven door te nemen. En met de deur dicht.”

9 Wat vindt u de belangrijkste voorwaarde voor goede zorg?

“Het belangrijkste is het erkennen en accepteren dat wat voor de een goede zorg is voor een ander heel anders kan liggen. Daarom vind ik de slogan ‘Beter zorg begint bij een goed gesprek’ zo treffend. Juist in dat gesprek moet het gaan over wat kwaliteit in die specifieke situatie betekent. Er is niet één kwaliteit. Het zou moeten gaan over kwaliteit in meervoud. Dat is meer een zoektocht naar de zorg die het beste past bij de noden en wensen van de persoon en bij de kennis van de professionals.”

10 Hoe ziet de zorg en/of ons zorgstelsel er volgens u over vijf jaar uit?

“Ik denk voor een deel hetzelfde: we willen vooral rust en ik hoop voor de sector dat er niet te veel veranderingen komen. Wel verwacht ik dat ontwikkelingen in e-health en robotisering, die nu al volop gaande zijn, nog meer veranderingen teweeg gaan brengen. Daarnaast hoop ik dat er meer variëteit in voorzieningen komen, zodat er bijvoorbeeld voor ouderen allerlei tussenvormen beschikbaar zijn tussen thuis en het verpleeghuis. En dat er uiteenlopende vormen van begeleid wonen komen in de psychiatrie. Bij ziekenhuiszorg kan ik me een verdere verschuiving naar poliklinische zorg voorstellen. Daarnaast verwacht ik dat patiënten en cliënten steeds meer zelf het heft in handen nemen. Dat is op zich goed, maar niet iedereen zal de vaardigheden hebben om hierin mee te gaan. Ik maak me zorgen over de kloof die hierdoor in de zorg kan ontstaan. Daar moeten we heel alert op blijven.” ●

Interview Hans Hillen, oud-voorzitter CVZ

Tastend de nieuwe tijd in

Hans Hillen is nooit bang geweest om tegen heilige huisjes te schoppen. Ook niet in de periode van 2003 tot 2007, toen hij voorzitter was van het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Zo was hij in 2005 de eerste die in het televisieprogramma *Buitenhof* opperde dat de rollator wel uit het AWBZ-pakket kon. Tijdens zijn CVZ-tijd werd het nieuwe stelsel van zorgverzekeringen ingevoerd.

Tekst Jos Leijen **Beeld** De Beeldredactie | Sander Koning

Hillen had twaalf jaar in de Tweede Kamer gezeten toen er een vacature kwam bij het CVZ. “Na drie termijnen in de Tweede Kamer vond ik het welletjes”, vertelt hij. “Ik was beschikbaar voor iets anders. Ik kende Louw de Graaf, de vorige voorzitter van het college, goed. We spraken wel eens over zijn werk. Het leek me boeiend, ook al omdat de nieuwe wetgeving voor de bekostiging van de zorg in de maak was. Ik had me in de jaren daarvoor verdiept in de zorgsector. Door de paarse kabinetten was mijn partij, het CDA, voor het eerst in de geschiedenis in de oppositie gedrukt. Dat noopte ons om ons af te vragen waarin wij ons onderscheiden van andere partijen en welk programma wij de samenleving te bieden hadden. Ik was destijds fractie-secretaris en werkte veelvuldig samen met Ab Klink, die toen directeur was van het Wetenschappelijk Instituut voor het CDA.

Een van de onderwerpen die aan bod kwamen was de volksgezondheid. Daar werd niet alleen in de samenleving, maar ook binnen onze eigen partij heel verschillend over gedacht. We hebben toen samen met Kamerlid Nancy Dankers een rapport geschreven waarin we in grote lijnen schetsten hoe de financiering eruit zou kunnen zien. Maar dat rapport verdween in de la. Een jaar later was er meer steun voor; grosso modo kwam het overeen met het beleid dat later ingevoerd zou worden.”

Ziekenfondsters

De benoeming van Hillen tot voorzitter van het CVZ was niet onomstreden. Het eerste gesprek over het voorzitterschap was in januari 2003 en pas tijdens de laatste

kabinetsvergadering van Balkenende I in mei was de kogel door de kerk. Hillen zelf wijt de tegenstand aan ‘de ziekenfondsters’ die weinig moesten hebben van in hun ogen te liberale opvattingen, zoals meer marktwerking en alle verzekerden - ziekenfonds en particulier - in één soort verzekering.

Die bestuurders voelden zich heel sterk verantwoordelijk om alles tot in detail te regelen voor de mensen. Het ging hun met name om de solidariteit. Wij zagen de wereld veranderen. We vonden ook dat als je solidariteit in de wet vastlegt, de burger gaat calculeren. Je neemt de eigen verantwoordelijkheid over. De solidariteit gaat van het hart naar het hoofd en wordt uitgemunt: *what’s in it for me* in plaats van *what’s in it for us*.”

Binnen het CVZ, opvolger van de Ziekenfondsraad, was er een bastion van ‘de ziekenfondsters’. Hillen spreekt zelfs van ‘een godsdienstoorlog’. Tegelijk roemt hij de samenwerking binnen het college, ook al zaten de meeste leden op de lijn van het Ziekenfonds. “We waren het best wel eens oneens, maar we hadden een goede onderlinge verhouding. Het was een voortreffelijk college en we hadden nooit persoonlijke problemen. Alle invalshoeken kwamen aan bod en we kwamen er samen altijd uit. Ik heb genoten van de drieënhalf jaar dat ik voorzitter was van het CVZ. Het was mooi om in het hart van de veranderingen te zitten, al ging het mij niet snel genoeg.”

Rollator

De voorzitter van het CVZ was een voorstander van meer eigen verantwoordelijkheid voor de burger. Hij zag de



“We waren het binnen het college best wel eens oneens, maar we hadden een goede onderlinge verhouding. We kwamen er samen altijd uit. Ik heb genoten van die tijd”

kosten van de zorg stijgen en steeds meer voorzieningen in het AWBZ-pakket belanden. Op 1 februari 2004 gooide hij de knuppel in het hoenderhok door in *Buitenhof* voor te stellen om de rollator en andere voorzieningen uit het pakket te halen. De commentaren waren niet mals. “De weg die Hillen inslaat, is onbeschaafd en een christen onwaardig”, aldus de Wageningse gezinssocioloog prof. dr. Kees de Hoog.

“Het werd direct geframed als: Hillen gunt ouderen hun rollator niet. Maar daar ging het natuurlijk helemaal niet om. Er was grote druk op het pakket en de zorg dreigde onbetaalbaar te worden. Het is alsof je aanbelt bij je buurman en zegt: ‘Ik ben wat slecht ter been, kun je een rollator voor mij betalen?’ Dat zou je toch ook niet doen? Maar omdat het anoniem is, kon het wel. Oma’s deden hun kleinkind ook een fiets cadeau. Zouden ze dan geen rollator kunnen betalen?

Wat mij ook irriteerde, was dat die hulpmiddelen een beschermde markt vormden. Je moest ervoor naar speciale winkels die exorbitante prijzen rekenden en gemakkelijk rijk werden. Je kunt rollators ook door de Gamma laten verkopen voor de helft van de prijs of minder. En ze zullen heus geen ondeugdelijke spullen verkopen, want dat komt als een boemerang terug. Pas dertien jaar later is de rollator toch uit het pakket gehaald en nu hoor je daar niemand meer over. Dat geeft aan hoe lang het soms kan duren.”

Haast

Het CVZ adviseerde de minister van Volksgezondheid over het verzekerde pakket. Hillen vindt dat de adviezen op het departement niet altijd op waarde werden geschat. “Met toenmalig minister Hans Hoogervorst heb ik daar wel discussies over gehad. ‘Jij wilt op mijn stoel zitten’, zei hij dan. Nee, dat wilde ik niet, maar publieke, goed afgewogen adviezen zijn zeer waardevol voor de besluitvorming. Hoogervorst wilde efficiënt wetten maken en die snel in de *Staatscourant* hebben. ►



Als je zoveel haast hebt, gaat het soms mis. De hele gang van zaken rond verzekeren in het buitenland vind ik nog altijd onacceptabel. Het nieuwe systeem dat op 1 januari 2006 van kracht werd werkte goed uit binnen onze landsgrenzen en binnen Europa, maar daarbuiten ontstonden grote problemen. Veel Nederlanders in het buitenland waren van de ene op de andere dag niet meer verzekerd. Ze vielen buiten de contouren van de wet. Mensen in Indonesië bijvoorbeeld waren rechteloos. Zelfs Nederlandse inwoners van de Antillen, nota bene onderdeel van het koninkrijk. Wij hebben de afdeling Buitenland van het CVZ verdrievoudigd om alle hulpvragen te kunnen beantwoorden. We konden het niet aan. Ik heb wanhopige mensen aan de telefoon gehad die failliet dreigden te gaan omdat ze zelf hun zorgkosten moesten betalen. In mijn ogen heeft de politiek daar flinke steken laten vallen.”

Poortwachter

Het nieuwe stelsel met concurrerende verzekeraars zou ook de kosten van de zorg moeten beteugelen. Daar is weinig van terechtgekomen, constateert Hillen. “Daar twijfelde ik destijds al aan. Het is een dilemma: als verzekerde wil je dat de kosten beteugeld worden, als patiënt wil je de best denkbare zorg. Als de kosten stijgen en alle verzekeraars wentelen dat af door de premie te verho-

“Oma’s deden hun kleinkind ook een fiets cadeau. Zouden ze dan geen rollator kunnen betalen?”

gen, dan is dat effect van de concurrentie weg. Ik weet niet of de keuze voor verzekeraars als poortwachter de beste was. Ik denk dat de huisarts beter kan beoordelen of een ingreep medisch noodzakelijk is. Maar dit blijft een lastig probleem.”

Hillen was er in zijn jaren bij het CVZ al van overtuigd dat de zorg op een andere leest geschoeid zou moeten worden. “Zaken veranderen, de samenleving verandert. We gaan tastend de nieuwe tijd in. Ik vind dat verpleegkundigen tegenwoordig te veel worden afgerekend op efficiency en te weinig tijd hebben om werkelijk aandacht te geven aan de patiënt. Gelukkig is daar nu ook een tegenbeweging gaande. Destijds heb ik ziekenhuizen voorgesteld om te gaan fuseren, maar dat was onbespreekbaar. Ik denk dat een medisch specialist op reis moet. Een paar dagen in het ziekenhuis, een dag in een polikliniek. Met een flinke rol voor privéklinieken. De verpleging na een operatie kun je uitbesteden aan een hotelachtige voorziening. Gelukkig beginnen die ideeën nu meer aanhang te krijgen.” ●

Hans Hillen

Hans Hillen (1947) groeide op in Hilversum. Hij verruilde zijn studie aan de School voor Journalistiek na een jaar voor de studie sociologie en werkte daarna veertien jaar voor de NOS, waarvan zes jaar als politiek verslaggever. Ook gaf hij maatschappijleer op middelbare scholen in 't Gooi. In 1983 werd hij voorlichter van minister van Financiën Onno Ruding. In 1990 werd Hillen lid van de Tweede Kamer voor het CDA. Vanaf 1998 was hij fractiesecretaris. Na twaalf jaar in het parlement werd hij voorzitter van het CVZ. In 2007 kwam hij in de Eerste Kamer. Van 14 oktober 2010 tot 5 november 2012 was hij minister van Defensie in het kabinet Rutte I. Hij is nu nog volop actief in de samenleving, onder meer als voorzitter van de branchevereniging voor trainen & opleiding NRTO en als voorzitter van de Stichting Nederlandse Industrie voor Defensie en Veiligheid.

“In tijden van groeiend nationalisme is het wellicht geen goed idee eraan te herinneren dat ons ziekenfonds is terug te voeren op de Krankenkassen van Bismarck”



70 jaar

column

In de jaren vijftig liet Godfried Bomans zijn stripfiguur Pa Pinkelman de volgende uitspraak doen: “Vandaag vieren Tante Pollewop en ik dat wij 36 jaar, elf maanden en vier dagen bij elkaar zijn. Eigenlijk is dat pas volgende week dinsdag, maar we konden niet langer wachten.” Ik moest aan deze passage denken toen ik erachter kwam dat het Zorginstituut uitgebreid wil stilstaan bij het 70-jarig bestaan. 75 lijkt me een mooi rond getal, maar 70? Dan zou ik een jaartje of twee wachten, dan is het 80 jaar geleden dat de Duitse bezetter een verplichte ziektekostenverzekering invoerde. Maar in tijden van groeiend nationalisme is het wellicht geen goed idee om Nederland eraan te herinneren dat ons ziekenfonds rechtstreeks is terug te voeren op de Krankenkassen van Bismarck. Overigens valt er genoeg te herdenken voor de 70-jarige. Maar dan wel met de aantekening dat het vooral inhoudsdeskundige mensen zijn met bevoegdheid voor de publieke zaak, die het instituut zijn legitimatie en gezag verlenen. Ter illustratie wil ik mij op deze plek beperken tot één enkele persoon: de enige jaren geleden overleden farmacoloog prof. Frank Gribnau. Strikt genomen geen medewerker van Ziekenfondsraad, CVZ of Zorginstituut. Hij was tot ongeveer 2007 voorzitter van de Commissie Farmaceutische Hulp, die later opging in de Wetenschappelijke Adviesraad. Frank verenigde in zijn persoon een aantal deugden die emblematisch zijn voor het beste dat publieke instituties te bieden hebben. Hij was inhoudelijk briljant, hoffelijk, welbespraakt, attent en bevoegd voor de publieke zaak. Een bruggenbouwer *pur sang*: na elke vergadering ging iedereen met een goed gevoel naar huis. De eerlijkheid gebiedt te zeggen, dat niet iedereen achteraf hetzelfde beeld had bij wat er was besloten, maar dat streek de secretaris van de commissie dan achteraf weer netjes glad.

Nog steeds zit er, om maar eens een uitdrukking uit 1988 te gebruiken, ‘een goed stel’ mensen bij het Zorginstituut. Mensen met een of meerdere van de bovenbeschreven eigenschappen. Ze hebben alles over voor de patiënt, maar durven ook nee te zeggen als het moet. Hopelijk blijft dat zo, want de publieke sector betaalt gemiddeld iets minder goed dan de private. In dat verband schiet me een oude quote van Wim Kan te binnen: “Zij die het vuile werk doen, verdienen schoon te weinig”.

Om een succesvolle verbintenis tussen een instituut en zijn mensen luister bij te zetten, is uiteindelijk elk herdenkingsmoment geschikt. In die zin was de timing van Pa Pinkelman zo gek nog niet, en is dus ook die 70 jaar het herdenken meer dan waard.

Martin van der Graaff werkte jarenlang bij het Zorginstituut en werpt nu als gepensioneerd zijn licht op de wereld van de zorg

Feiten & Cijfers

(in 7 decennia)



124 ambtenaren...

telde de Ziekenfondsraad in 1949. De totale bureaunkosten bedroegen toen **741.000 gulden**. Bijna 70 jaar later, in 2018, bedroegen de bureaunkosten **2.787.000 euro**. In 2018 telde het Zorginstituut **305,4 fte**.

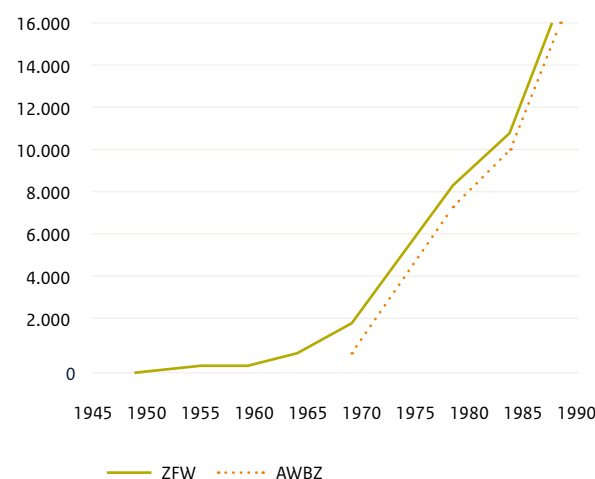
BRON: ZORGINSTITUUT



De totale lasten van de Ziekenfondswet (ZFW) stegen van minder dan **1 miljard gulden in 1965** naar meer dan **10 miljard gulden in 1985**.

BRON: ZORGINSTITUUT

Jaarlijkse lasten ZFW/AWBZ tussen 1945 en 1990: in miljoenen guldens



In 1950 stroomde jaarlijks circa **190 miljoen gulden** door het Vereveningsfonds; eind jaren 90 was dat **enkele tientallen miljarden guldens**.

BRON: ZORGINSTITUUT



De zorguitgaven aan het basispakket van de Zvw stegen in 2019 naar verwachting met **2,1 miljard tot 46,4 miljard euro**, een stijging van 4,6%.

BRON: ZORGINSTITUUT



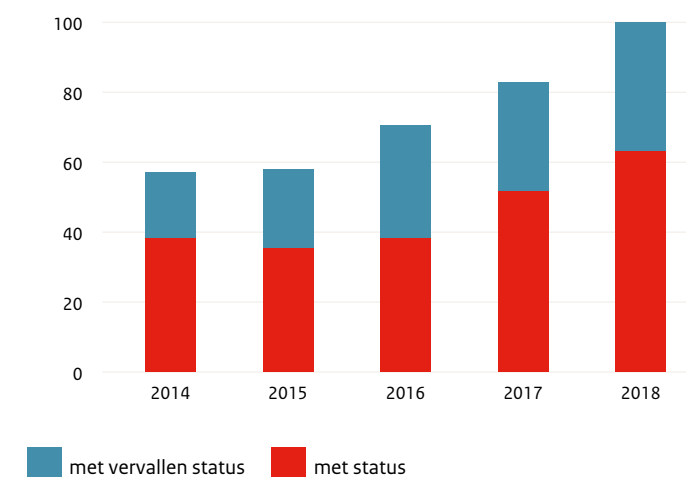
In 1937 waren er bijna **600 ziekenfondsen**, in 1949 waren dat er **151** en in 1984 telde Nederland er **54**.

BRON: ZORGINSTITUUT, CBS (1937)



Openbare apotheken verstrekten in 2018 bijna **40.000 maal** een weesgeneesmiddel dat werd vergoed uit het basispakket. In de periode 2014-2018 zijn de uitgaven toegenomen van **56 miljoen naar 106 miljoen euro**. Het aantal verstrekkingen groeide in diezelfde periode van ruim 26.000 tot bijna 40.000.

UITGAVEN AAN WEESGENEESMIDDELEN OOK NADAT DE STATUS IS VERVALLEN (2014-2018)



BRON: STICHTING FARMACEUTISCHE KENGETALLEN (SFK)

Het aantal wanbetalers - mensen die de zorgverzekeringspremie niet of niet op tijd betalen - is met ruim een derde gedaald. Eind 2014 waren er nog circa **325.000 wanbetalers**, nu zijn dat er nog ongeveer 215.000.

BRON: CAK

'Zorgjargon' nader verklaard

Soms zijn er van die termen of begrippen die je hoort van collega's, leest in rapporten of tegenkomt in diverse media. Woorden die al langer rondzingen in de organisatie en de zorg, en die we van elkaar overnemen, zonder exact te weten waar ze vandaan komen of wat ze precies betekenen. *Zorginstituut Magazine* gaat op zoek naar de achtergrond van zo'n woord en geeft nadere toelichting. Voor deze jubileumeditie hebben we een **evergreen** uitgezocht: **'eigen bijdrage'**.

De geschiedenis van de 'eigen bijdrage' in de zorg leest als het verhaal van een veelkoppige draak (zonder daarmee een waardeoordeel uit te willen spreken over de regeling!): de eigen bijdrage wordt ingevoerd, afgeschaft en steekt in andere vorm weer de kop op. De eigen bijdrage komt het eerst op in 1968, maar toen wees onze Ziekenfondsraad – net als in 1972 – deze nog unaniem van de hand. Alle partijen in de Raad gaven de “toegankelijkheid van de sociale-ziektekostenverzekering voorrang boven bezuinigingsoverwegingen.” In 1983 kwam de eigen bijdrage er alsnog in de vorm van een ‘medicijnknaak’; per afgeleverd geneesmiddel moesten ziekenfondsverzekerden 2,50 gulden eigen bijdrage betalen. De knaak werd in 1990 weer afgeschaft, net als het in 1988 geïntroduceerde ‘specialistengeeltje’ (een eigen bijdrage van 25 gulden per consult tot maximaal 75 gulden per jaar). Ook de algemene eigen bijdrage voor het ziekenfonds ging al een jaar na de invoering in 1997 roemloos ten onder. Geen van die eigen bijdragen leverde het gewenste resultaat op, namelijk dat mensen minder snel een beroep zouden doen op artsen en medicijnen. Bovendien stonden de kosten voor de uitvoering van de regeling soms in geen verhouding tot wat zij moest opleveren. Maar tijden veranderen. De eigen bijdragen die we nu al jaren betalen voor bepaalde vormen van zorg, hulpmiddelen en medicijnen staan nauwelijks ter discussie. Zo trekt in elk geval één drakenkop aan het langste eind, vooralsnog...

Interview Romke van der Veen

"Pakketbeheer in verleden, heden en toekomst"

Als bestuurder van het College voor Zorgverzekeringen maakte Romke van der Veen belangrijke verschuivingen mee in het sociaal domein, waaronder de invoering van de Zorgverzekeringswet. In zijn huidige functie als voorzitter van de Adviescommissie Pakket (ACP) pleit hij voor een bredere maatschappelijke discussie over de besteding van collectieve zorggelden. Bij het zeventigjarig jubileum van het Zorginstituut kijkt hij terug en blikt vooruit, want het pakketbeheer moet meebewegen met ontwikkelingen in het stelsel en met de praktijk.

Tekst Robert van der Broek en Jacqueline Zwaap
Beeld De Beeldredactie | Arno Massee

“Ik ben zeven jaar bestuurslid geweest van het CVZ, de voorganger van het Zorginstituut. Aan het eind van die periode verving de Zorgverzekeringswet (Zvw) de Ziekenfondswet. Het CVZ was aanvankelijk een beetje zoekende; het had tijd nodig de eigen taken opnieuw te formuleren. Er was ook een voelbare spanning tussen de vele taken, zowel op het terrein van de uitvoering als van het toezicht, de financiën en het pakketbeheer. In 2007 veranderde het bestuursmodel van het CVZ: het college van onafhankelijke deskundigen werd vervangen door een Raad van Bestuur. Als scheidend college adviseerden wij de minister toen al om de uitvoerings- en pakketbeheertaken van elkaar te scheiden. Die zaten elkaar in de weg. Pas tien jaar later is dat uiteindelijk doorgevoerd: sinds 2017 worden de uitvoeringstaken – de ‘burgerregelingen’ – behartigd door het CAK.”

“Geleidelijk kwam de nadruk te liggen op advisering over de zorgverzekering. Dat gaat niet alleen over de samenstelling van het verzekerde pakket, maar ook over de wijze waarop de aanspraak op zorg wordt vormgegeven. Wij noemen dit laatste ‘systeemadviezen’. Vanaf het prille begin heeft de Ziekenfondsraad veel van dergelijke adviezen gegeven. Na de overgang van de Ziekenfondswet naar de Zorgverzekeringswet en na de overgang van de AWBZ naar de Wlz zagen we een toename van het aantal systeemadviezen. Dat is logisch, want na een ingrijpende herziening komen er altijd veel inrichtings- en uitvoeringsvragen die beantwoord moeten worden.

De laatste tijd zien we weer minder van dergelijke systeemadviezen, maar gaan de pakketadviezen vooral over de grenzen van het verzekerde pakket, de zogenaamde in- en

uitstroomadviezen, waarin de dure geneesmiddelen de boventoon voeren.”

Kostenbeheersing

“Terugkijkend kunnen we stellen dat het accent van de overheid vóór de invoering van de Zvw vooral lag op kostenbeheersing, onder andere via budgettering. Mede vanwege de wachtlijsten die hiervan het gevolg waren en om ideologische en praktische redenen die samenhangen met de (ongewenste) scheiding tussen de Ziekenfondswet en particuliere zorgverzekeringen, is gekozen voor één basisverzekering voor alle burgers (de Zvw), gebouwd op een systeem van *managed competition*. In een dergelijk systeem van uitvoering door private partijen onder publieke randvoorwaarden is kostenbeheersing het resultaat van zorgvuldig georganiseerde marktverhoudingen. Maar dat bleek in de praktijk lastiger dan gedacht. Daarom zette de overheid na verloop van tijd steeds vaker andere instrumenten in om kosten te beheersen. Zo vroeg zij het Zorginstituut om voorstellen voor pakketmaatregelen, zette ze het macrobeheersingsinstrument in en maakte ze afspraken met sectoren over maximale uitgavenstijgingen, de zogenaamde Hoofdlijnakkoorden. Dit laat zien dat niet alleen het Zorginstituut maar ook de overheid werkendeweg moest uitvinden welke (management)rol zij in het vernieuwde stelsel had. Naast sturing door middel van een geregisseerde markt bleek ook andersoortige sturing en ordening noodzakelijk.”

Drie publieke randvoorwaarden

“Het Zorginstituut - en dus ook de ACP en de Kwaliteitsraad – bewaken drie publieke



ROMKE VAN DER VEEN

Prof.dr. Romke van der Veen is hoogleraar Sociologie van arbeid en organisatie aan de Erasmus Universiteit. Sinds 2015 is hij voorzitter van de Adviescommissie Pakket van het Zorginstituut. Daarnaast is hij kroonlid van de Sociaal Economische Raad (SER). Eerder was hij vicevoorzitter van het College van Zorgverzekeringen (CVZ) en lid van de Raad van Advies.

randvoorwaarden: betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Waar pakketuitspraken op het eerste gezicht vooral als doel lijken te hebben de zorg betaalbaar te houden, ligt het accent bij de kwaliteitstaken op het stimuleren van partijen om de zorg te verbeteren en te beschrijven wat goede zorg is. Tot dusver heeft het Zorginstituut daarbij angstvallig geprobeerd geld en kwaliteit te scheiden. Ik denk echter dat die drie publieke randvoorwaarden onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. In de werkwijze van het Zorginstituut en dus ook in het functioneren van de Kwaliteitsraad en de ACP dienen de drie publieke belangen in onderlinge samenhang bekeken te worden. Vanuit deze visie

zie ik drie belangrijke opgaven voor de ACP en daarmee voor het Zorginstituut.”

Bredere agenda gericht op gebruik van pakket

“Het verzekerde pakket is voor het grootste deel open omschreven. Dat betekent dat de beroepsgroep mede bepaalt welke zorg verzekerd is. Het idee hierachter is dat de politicus niet te veel op de stoel van de dokter gaat zitten. Een voorwaarde voor een open pakket is wel dat je moet toezien hoe van het pakket gebruik wordt gemaakt. Zonder een zekere vorm van sturing op gepast gebruik kan een open omschreven pakket tot sterk stijgende kosten leiden. Het Zorginstituut is

“Pakketbeheer en kwaliteit kunnen qua werkwijze van elkaar leren”

daarom de laatste jaren ook meer gaan inzetten op gepast gebruik en zinnige zorg, dat ik ook tot pakketbeheer reken. Pakketbeheer gaat dus niet alleen over in- en uitstroom, maar ook over het gebruik van de verzekerde zorg. De ACP - die staat voor de maatschappelijke weging van betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit bij pakketbeslissingen - zal zich dus ook, meer dan nu, op gepast gebruik en zinnige zorg moeten oriënteren. Dan wordt niet alleen gekeken naar de prestaties van een behandeling zelf, maar wordt breder afgewogen of het vergoeden van zo'n behandeling een rechtvaardige beslissing is vanuit het oogpunt dat we zo veel mogelijk gezondheidswinst met collectieve middelen willen genereren.

De verbreding van de agenda heeft ook betrekking op de totstandkoming van kwaliteitsproducten. Denk aan het Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg. Daarbij vindt nu geen expliciete maatschappelijke afweging plaats van kwaliteit, betaalbaarheid en toegankelijkheid. Het zou goed zijn als dat wel gebeurt, net zoals we dat bij pakkethebeer doen. Het risico van verdringing, de mogelijkheid dat ondoelmatige zorg andere, doelmatiger zorg verdringt, is een van de zaken waar de ACP naar kijkt. Verdringing kan zich ook voordoen bij de invoering van kwaliteitsstandaarden en zou dan ook meegewogen moeten worden.”

“Wanneer de ACP zich ook meer buigt over het gebruik van het pakket, zal dat op een andere wijze moeten gebeuren dan nu in de pakketadviezen gebeurt. Daar speelt de beoordeling van met name de (kosten)effectiviteit een grote rol. Wellicht kunnen we de beoordeling van gepast gebruik ook of ►



"Toegankelijkheid is een belangrijk onderdeel van pakketbeheer. Aanspraak hebben op zorg is één, maar wat heb je eraan wanneer je de zorg niet kunt krijgen?"

meer baseren op de toetsing van het proces, zoals dat nu bij kwaliteitsstandaarden het geval is. Getoetst wordt dan of alle relevante partijen betrokken zijn en of ze hun rol zodanig pakken dat het resultaat daarvan past binnen de gestelde publieke randvoorwaarden. Pakketbeheer en kwaliteit kunnen qua werkwijze dus van elkaar leren: binnen pakketbeheer kan denk ik meer worden getoetst op het proces en binnen kwaliteit kan meer inhoudelijk worden getoetst of het resultaat past binnen de publieke randvoorwaarden."

Interventies breder beoordelen

"Een tweede opgave die ik voor het Zorginstituut en de ACP zie, is dat we interventies niet op zichzelfstaand beoordelen, maar dat wij ze waarderen tegen de achtergrond van het behandelarsenaal dat beschikbaar is voor patiënten met een bepaalde aandoening. Nu wordt per indicatie een nieuwe behandeling beoordeeld. Vaak zijn er al allerlei andere middelen beschikbaar en voegt een nieuwe behandeling weinig toe. Maar soms is er nog heel weinig behandeling voor patiënten

mogelijk en betekent een nieuwe behandeling juist een hele stap vooruit. Het zal zeker complex zijn om een dergelijk breed beeld te verkrijgen, maar het lijkt me onontbeerlijk om een behandeling naar waarde te schatten. Zo komt de behandelwijze van professionals in zicht van de pakketbeoordeling en zo beoordelen we ook andere interventies dan (dure) geneesmiddelen."

Het belang van toegankelijkheid

"De derde opgave voor het Zorginstituut en de ACP betreft de toegankelijkheid van de zorg. Mij valt op dat dit criterium relatief weinig in het pakketbeheer aan de orde komt. Ik denk dat toegankelijkheid een belangrijk onderdeel van pakketbeheer is, en steeds belangrijker wordt. Aanspraak hebben op zorg is één, maar wat heb je eraan wanneer je de zorg niet kunt krijgen? Zo is er nu bijvoorbeeld sprake van onvrede over de toegankelijkheid van ggz. Dergelijke vraagstukken horen op de agenda van het Zorginstituut thuis. Problemen met de toegankelijk hoeven namelijk niet alleen met geld te maken te hebben, maar kunnen ook komen door knelpunten in de ordening en sturing. Aandacht voor dergelijke vraagstukken spoort goed met het voornemen van het kabinet de komende jaren meer aandacht te geven aan de 'organiseerbaarheid' van de zorg."

Voorzitterschap is een uitdaging

"Voorzitter zijn van de Adviescommissie Pakket tegen de achtergrond van al deze ontwikkelingen vind ik een uitdaging. We hebben binnen de commissie te maken met verschillende perspectieven - economisch, medisch, ethisch, juridisch - en die moeten we bij elkaar zien te brengen. Ik vind dat heel inspirerend. De vergaderingen van de ACP zijn verder openbaar. Ik beschouw dat als een belangrijke waarde van het beoordelingsproces. Nadat een casus is besproken, ga ik vaak na afloop even in gesprek met de 'insprekers', die het natuurlijk niet altijd eens zijn met ons advies. Echter, als ze zeggen te begrijpen wat de reden is achter het advies, dan denk ik dat we een transparant en evenwichtig proces hebben uitgevoerd, en dat wij als ACP ons werk naar behoren hebben gedaan." ●

Beeld Ron Zwagemaker

In de Elevator Pitch legt een medewerker van het Zorginstituut in 200 woorden uit wat voor werk hij/zij doet. Voor deze jubileumeditie blikken we in een aangepaste Elevator Pitch terug met:

Carel Mastenbroek
Adviseur Zorg

"In 1989 kwam ik bij de Ziekenfondsraad binnen als beleidsmedewerker BU. Dat stond voor 'Beleidsaangelegenheden Uitvoeringsorganisatie'. Er liepen hier vooral heren van middelbare leeftijd rond, de sfeer was formeel. In 1996 werd ik directiesecretaris. Onze organisatie transformeerde in die tijd van het participatiemodel van de Ziekenfondsraad naar het kroonledenmodel van het CVZ. Dat vereiste een andere invulling van onze publieke taken. Waar eerst alle partijen maandelijks naar de Ziekenfondsraad kwamen om te vergaderen, moesten wij nu zelf, proactief, op de partijen af. Dat veranderingsproces maakte ik als directiesecretaris van dichtbij mee. Een heel boeiende tijd!

In 2001 werd ik adviseur binnen de curatieve zorg. Dat ben ik nu nog, met veel plezier. De inhoud verandert continu en dat houdt het werk na al die jaren nog steeds leuk. Ook is onze organisatie – gelukkig! – de afgelopen decennia veranderd. De medewerkers zijn jonger en diverser; dat was dertig jaar geleden wel anders! Toch zie je dat de drie randvoorwaarden voor goede zorg - kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid - al die jaren hetzelfde zijn gebleven. We gebruiken nu andere termen, bedenken nieuwe programma's, maar die rode draad is diep verankerd in het DNA van onze organisatie. Dat is mooi om te zien en ik vind het een voorrecht om daaraan bij te mogen dragen."

Elevator Pitch



“Dit advies vormde een keerpunt in hoe wij omgingen met adviezen rond soortgelijke gevoelige, ethische kwesties”

Hoe pakken de adviezen, richtlijnen, handreikingen of standpunten van het Zorginstituut in de praktijk uit? In hoeverre sluit dat wat ‘aan het bureau’ is bedacht aan op de dagelijkse praktijk ‘aan het bed’? Speciaal voor dit jubileumnummer een spraakmakend advies uit het verleden: het advies inzake het weesgeneesmiddel Myozyme voor de ziekte van Pompe.

Tekst Edith Bijl

Beeld Ron Zwagemaker,

De Beeldredactie | Guido Benschop

aan het bureau

Hedi Schelleman was destijds en is nog steeds adviseur Zorg bij het Zorginstituut.

“De ziekte van Pompe is een ernstige maar zeer zeldzame ziekte: in 2009 telde Nederland 113 patiënten die aan deze ziekte leden. Van hen was 10 procent kind. Het geneesmiddel voor deze ziekte, Myozyme, stond in 2006 op de lijst van dure (wees)geneesmiddelen: het werd vergoed, maar onder voorwaarde dat wij, toen nog als CVZ, het middel zouden beoordelen op (kosten)effectiviteit. Uiteindelijk hebben wij het op alle vier criteria beoordeeld. Wij concludeerden dat het middel effectief was, maar dat de kosteneffectiviteit ongunstig was. In 2010 bedroegen de kosten voor Myozyme 44 miljoen euro. In het conceptadvies raadden wij aan het middel niet voor alle patiënten vanuit het basispakket te vergoeden. Helaas lekte dat concept in de zomer van 2012 naar de pers. Dat veroorzaakte enorme commotie en onrust bij behandelaren en patiënten.

In november 2012 luidde onze uiteindelijke advies het middel wel te vergoeden, maar dat er middelen ingezet moeten worden om de behandeling doelmatiger te maken (waaronder ook prijszonderhandelingen). Ook adviseerden wij VWS een aparte financieringsvorm buiten het Zvw-systeem te creëren en meer onderzoek te laten doen naar de werkzaamheid van deze middelen. Dat is uiteindelijk ook gebeurd.

Terugkijkend vormde dit advies (en die rond de zeldzame ziekte Fabry) een keerpunt in hoe wij omgingen met adviezen rond soortgelijke gevoelige, ethische kwesties. Het gelekte concept bracht een schok teweeg bij patiënten en behandelaren. Wij kregen vragen als ‘Wat is mijn leven waard..?’. Het was een van de eerste keren dat wij met dit dilemma geconfronteerd werden. Daar hebben we van geleerd: we betrekken partijen nu veel vroeger bij het proces en informeren hen bijtijds, zodat ons advies niet meer zo’n heftige schok tot gevolg heeft.”



“Als beroepsgroep voelen wij een enorme verantwoordelijkheid om deze dure medicijnen doelmatig in te zetten”

aan het bed

Prof.dr. Ans van der Ploeg was destijds en is nog steeds metabole kinderarts aan het ErasmusMC.

“Ik kan mij de enorme impact van het uitgelekte conceptadvies nog goed herinneren. Patiënten zagen op tv dat zij de behandeling niet meer vergoed zouden krijgen. En dat terwijl het middel voor hen letterlijk van levensbelang kan zijn. Baby’s met Pompe kunnen zonder medicatie binnen een jaar sterven, maar ook voor oudere kinderen is het een belangrijk middel.

Ook voor ons als behandelaren was dit conceptadvies een onaangename verrassing. Sinds 1999 zijn wij het wereldexpertisecentrum voor de ziekte van Pompe. In 2006 zagen we al dat het middel kostbaar zou worden. Daarom hebben we een afdelingsoverstijgend centrum ingericht waardoor alle verantwoordelijke afdelingen onderdeel waren van een zo efficiënt mogelijke toepassing van het middel. We hebben een indicatiecommissie ingesteld die per patiënt kijkt of de behandeling zinvol is. Daarnaast hebben wij in opdracht van CVZ, dat toen een advies voorbereidde voor Myozyme, geprotocolleerd data over de effectiviteit van het middel verzameld en hebben we een doelmatigheidsonderzoek gedaan. De resultaten daarvan hebben we met het CVZ besproken. Achteraf denk ik dat die communicatie beter had gekund. In het uiteindelijke advies deed het CVZ de aanbeveling onderzoek te blijven doen naar de doelmatigheid en werkzaamheid van het middel. Daarvoor moet je veel data verzamelen en dat is lastig bij een zeldzame ziekte als Pompe. Dankzij internationale samenwerking kunnen we nu gelukkig wereldwijd gegevens genereren. Daarnaast blijven we continu bezig met innovatie. Als beroepsgroep blijven wij een enorme verantwoordelijkheid voelen om deze dure medicijnen doelmatig in te zetten. Dat is onze plicht, tegenover de maatschappij, maar ook tegenover onze patiënten. Het blijft lastig de zorg rond zeldzame ziekten goed te regelen. Toch vind ik dat we in Nederland daarin nu veel goede en grote stappen maken.”

Raad van Bestuur:

Blik op de toekomst

De voorgaande pagina's toonden in vogelvlucht de geschiedenis van het Zorginstituut en zijn voorgangers. De lessen die we kunnen trekken uit ons verleden kunnen ons helpen zaken te verbeteren voor de toekomst, menen de drie leden van de huidige Raad van Bestuur. Aan het slot van dit jubileumnummer blikken zij kort terug, maar richten zij zich vooral op de toekomst.

Tekst Edith Bijl

Beeld De Beeldredactie | Diederik van der Laan

We stelden de drie RvB-leden, Sjaak Wijma (voorzitter), Tiana van Grinsven en Peter Siebers, de volgende vraag: welke rode lijnen zien jullie in de geschiedenis van ons zeventigjarig instituut, en welke lessen kunnen wij hieruit trekken voor de toekomst? Allereerst realiseert de RvB zich dat we als Zorginstituut op de schouders van onze voorgangers mogen staan. Er is door de jaren heen door de medewerkers van Ziekenfondsraad/CVZ en Zorginstituut iets moois neergezet. Vanuit die positie blikken we graag terug en kijken we welke lessen er te leren zijn. Dat leverde zes interessante inzichten op.

Inzicht 1: Gezamenlijkheid

Een duidelijk verschil met de beginjaren is onze positie in het maatschappelijk veld. Waar we vroeger vanuit een eigenstandige positie bepaalden wat goede zorg was (nadruk op pakketvraag), doen we dat tegenwoordig veel meer samen met andere partijen. Veel meer dan vroeger zoeken we nu de verbinding met partijen in de zorg én met de samenleving, de zeventien miljoen burgers in dit land.

Inzicht 2: Kwaliteitstaken en pakketbeheer liggen dicht bij elkaar

Samen met andere partijen bepalen we wat goede zorg is. We brengen nadrukkelijk een dialoog op gang die de perspectieven van burgers, patiënten en professionals verbindt. En dat doen we altijd vanuit de drie criteria kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaar-

heid. Ook in het verleden speelden deze criteria in hun samenhang een belangrijke rol. Toch hadden we nogal eens de schijn tegen en werden we gezien als een club die uitsluitend keek naar de kosten. Zoals in 2014, toen het CVZ op basis van de hoge kosteneffectiviteit de minister negatief adviseerde over opname in het pakket van de medicatie voor de ziekten van Pompe en Fabry. Bij externe partijen bleef toen vooral hangen dat het ons om de kosten ging. Natuurlijk ging het daar ook om, maar wel *in relatie tot* de effectiviteit, en daarmee ook de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg. Zo zijn die drie criteria – vroeger en nu nog steeds – onlosmakelijk met elkaar verbonden.

“Wij willen nog veel duidelijker over het voetlicht brengen dat wij er zijn voor *alle* zorg”

Inzicht 3: Zichtbaarheid van onze standpunten

Tegenwoordig kunnen we onze standpunten en adviezen steeds beter met wetenschappelijke data onderbouwen. Juist in het licht van de waarden kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid vinden we het belangrijk dat we als Zorginstituut keuzes durven te maken. Het is belangrijk dat we het publiek laten zien

waar het Zorginstituut voor staat. We zijn onafhankelijk maar niet neutraal. We willen uitdragen dat we een gefundeerde mening hebben over kwesties die in de zorg spelen. Daarbij spelen data een steeds belangrijker rol, maar – zoals eerder opgemerkt – vooral de dialoog over data. Alleen door het voeren van de dialoog over data komen partijen bij elkaar.

Inzicht 4: Breed takenpakket

In ons zeventigjarig bestaan kwamen wij als instituut vooral in de media als het ging om onze taak als pakketbeheerder. Heel vaak gaat het dan over medisch-specialistische zorg en medicijnen. Zo is er van ons werk een eenzijdig beeld ontstaan. Dat is jammer, want ons werk omvat zo veel meer, zoals huisartsenzorg, langdurige zorg, geestelijke gezondheidszorg. Wij willen nog veel duidelijker over het voetlicht brengen dat wij er zijn voor *alle* zorg.

Inzicht 5: Aandacht voor innovatie

Dat geldt zowel voor innovaties in de zorg als voor innovatief werken binnen het Zorginstituut. De groeiende zorgvraag vraagt om het toepassen van nieuwe inzichten. Innovatie is niet per definitie hightech en niet per definitie een verbetering. Laten we als Zorginstituut vooral nieuwsgierig zijn en tegelijkertijd kritisch blijven in het belang van de burger. Op zoek naar ‘patient driven’ verbeteringen. Dat betekent tegelijkertijd dat we iets vinden van de gevolgen van die innovaties voor de klassieke zorg. We kunnen kijken of de gangbare zorg nog wel effectief is in relatie tot de zorg die de innovatie biedt en daar waar nodig de-implementeren. Als Zorginstituut blijven we op zoek naar nieuwe methoden om ons werk nog beter uit te kunnen voeren. Neem datagedreven werken. We maken daar nu flinke stappen in, met uiteindelijk doel dat we op basis van relevante en actuele data afspraken kunnen maken over gepast gebruik: ‘zorg op maat’.



Inzicht 6: Daadkracht

Het Zorginstituut speelt op het gebied van kwaliteit (vertegenwoordiger burgerperspectief) een rol van betekenis. De doorzettingsmacht die wij bij wet hebben gekregen, heeft ons (en daarmee de burger) meer daadkracht gegeven. Voor onze organisatie is het dan ook een van de belangrijkste ontwikkelingen van de laatste jaren. Want dankzij de doorzettingsmacht kunnen wij de vraag van de burger naar verbetering van de zorg ook daadwerkelijk doorgevoerd krijgen.

Belangrijkste les voor de toekomst

Als Raad van Bestuur kijken we bij voorkeur naar de toekomst; daar zijn onze strategie en ambities op gericht. Maar voor een goed onderbouwde toekomstvisie is kennis van onze geschiedenis essentieel; weten waar je vandaan komt. Dit jubileumnummer laat zien dat onze doelen in die zeven decennia nauwelijks zijn veranderd: het ging altijd – zij het in andere bewoordingen – om het bevorderen van kwalitatief toegankelijke en betaalbare zorg. Maar we hebben daar wel een expliciete keuze voor de burger aan toegevoegd. In hoeverre we daarin slagen hangt sterk af van onze positie in de samenleving. Dat is misschien wel de belangrijkste les die wij uit ons verleden kunnen trekken: we willen onverminderd aan burgers duidelijk maken dat we er primair voor hen zijn, dat wij ons voor hen inzetten om de zorg betaalbaar, toegankelijk en van goede kwaliteit te houden. Dat we de maatschappelijke vraagstukken kennen, en onze bijdrage aan een oplossing kenbaar maken. Die boodschap wordt in de toekomst alleen maar relevanter, want we zullen ook de komende jaren keuzes moeten maken. Denk daarbij aan vraagstukken als de arbeidsmarktproblematiek, de toenemende vergrijzing en de druk op de betaalbaarheid van de zorg.

‘We’, dat is allereerst de politiek; het is te verwachten dat bij de komende verkiezingen zorg een van de grote thema's is. ‘We’ zijn ook wij van het Zorginstituut en hoe wij kunnen bijdragen aan de oplossingen voor de genoemde maatschappelijke vraagstukken. De bijdrage die wij leveren kunnen we alleen goed doen als we het begrip en vertrouwen van het publiek hebben. En dat is een van onze grootste uitdagingen voor de toekomst: het verdienen van begrip en vertrouwen en deze vervolgens behouden en koesteren. ●

Over zorg gesproken...

(in 7 decennia)

“De Ziekenfondsraad is een waardeloos, ja zelfs voor een goede gang van zaken belemmerend werkend samenvoegsel van vertegenwoordigers van verschillende belanghebbende groeperingen.”

Centraal Sociaal Werkgevers Verbond beschuldigde de Ziekenfondsraad ervan de premielasten vooral op de schouders van het bedrijfsleven te leggen, in CSWV Mededelingen (1950).

“Laat men niet menen dat op het terrein van de volksgezondheid de keiharde taal van de economie het alleen voor het zeggen heeft!”

Ziekenfondsraad over de SER, in zijn jaarverslag (1956).

“Ze zagen hoe iemand die particulier verzekerd was bij de dokter terecht kon en jij maar ergens in de wachtkamer moest gaan zitten tot je aan de beurt was.”

Vakbondsman H. Bode over het verschil in behandeling tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden in de jaren 50, in ‘Zorg tussen staat en markt’ (1999).

“In het hart van de vergaderzaal heerst een permanente schemer. Daar vergaderen de negenendertig leden van de Ziekenfondsraad.”

Uit de bijlage van Vrij Nederland, geheel gewijd aan de Ziekenfondsraad, november 1981.

“Toen ik in 1968 bij de Ziekenfondsraad in dienst trad, zei ik tegen mijn vrouw: ik geloof dat ik gesolliciteerd heb als portier bij een bejaardenoord.”

Oud-medewerker J.M. van der Most over de sfeer op het Secretariaat van de Ziekenfondsraad, in ‘Zorg tussen staat en markt’ (1999).

“EINDELIJK! Voor mij en vele anderen de vlag uit vandaag!”
#diabetestype1
#vergoeding

Maureen Kayser over de opname van de Flash Glucose Monitor in het basispakket, op Twitter (12 december 2019).

“Veel meer dan vroeger zoeken we nu de verbinding met partijen in de zorg én met de samenleving, de zeventien miljoen burgers van dit land.”

Raad van Bestuur van het Zorginstituut in een interview in dit magazine, pagina 26.

“Ik weet niet of de keuze voor verzekeraars als poortwachter de beste was. Ik denk dat de huisarts beter kan beoordelen of een ingreep medisch noodzakelijk is.”

Oud-CVZ-voorzitter Hans Hillen in een interview in dit magazine, pagina 14.