

Vergaderjaar 1995–1996

24 126

Volksgezondheidsbeleid 1995–1998

Nr. 11

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 22 maart 1996

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 14 februari 1996 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de beleidsbrief van 28 november 1995 over **Medische Technology Assessment (MTA) en doelmatigheid van zorg** (Kamerstuk 24 126, nr. 9).

Van het gevoerde overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Lansink** (CDA) vond de beleidsbrief een voortreffelijk stuk. De opbouw is goed, de opsomming van mogelijkheden vrijwel volledig en zelfs aan de knelpunten op pagina 13 lijkt niets te ontbreken. Hij ging er vanuit dat de notitie alleen is geschreven, omdat de regering in haar regeerakkoord heeft uitgesproken dat zij een wet op de MTA zal uitbrengen. Hij deelde de conclusie van de minister dat zo'n wettelijke regeling niet nodig is. Het beschikbare instrumentarium voor de beoordeling en beheersing van bestaande en nieuwe technologieën in Nederland is afdoende om de doelmatigheid te waarborgen.

De heer Lansink noemde twee speerpunten die wel enige aandacht verdienen. In de eerste plaats lijken op het terrein van onderzoek meer sturing en een betere afstemming op hun plaats. In de tweede plaats moet de bestaande kennis toegankelijker worden gemaakt en worden overgedragen, om te beginnen in het onderwijs, maar ook daarbuiten. Bovendien moet worden aangesloten bij ontwikkelingen in het buitenland. De notitie biedt daarvoor de nodige handvatten.

Mevrouw **M. M. H. Kamp** (VVD) wees erop dat de minister tijdens een hoorzitting op 2 februari 1994 als vertegenwoordiger van de Gezondheidsraad heeft gezegd dat zij de visie deelt van professor Banta dat het onderzoek naar nieuwe medische technologieën in Nederland voldoende is, maar dat het schort aan een goede coördinatie en regie. In opdracht van het Rathenau-instituut heeft hij dit onderzoek recent herhaald en zijn conclusie is onveranderd: er bestaat nog steeds behoefte aan regie en centrale sturing. De minister verkeert inmiddels in de positie waarin zij die centrale sturing ter hand kan nemen. Meent zij dat in haar

¹ Samenstelling:

Leden: Lansink (CDA), Schutte (GPV), Van Nieuwenhoven (PvdA), voorzitter, Van der Heijden (CDA), ondervoorzitter, Van Heemskerck Pillis-Duvekot (VVD), M. M. H. Kamp (VVD), Doelman-Pel (CDA), Swildens-Rozendaal (PvdA), Vliegthart (PvdA), Mulder-van Dam (CDA), Versnel-Schmitz (D66), Middel (PvdA), Leerkes (Unie 55+), Nijpels-Hezemans (groep-Nijpels), Fermina (D66), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Marijnissen (SP), Essers (VVD), Oudkerk (PvdA), Cherribi (VVD), Sterk (PvdA), Van Boxtel (D66), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD).

Plv. leden: Soutendijk-van Appeldoorn (CDA), Van der Vlies (SGP), Lilipaly (PvdA), Esselink (CDA), Rijpstra (VVD), Voûte-Droste (VVD), Smits (CDA), Dijksman (PvdA), Houda (PvdA), Beinema (CDA), Van den Bos (D66), Vreeman (PvdA), Rouvoet (RPF), Boogaard (groep-Nijpels), Van Waning (D66), Sipkes (GroenLinks), De Jong (CDA), Passtoors (VVD), Kalsbeek-Jasperse (PvdA), J. M. de Vries (VVD), Noorman-den Uyl (PvdA), Bremmer (CDA), Bakker (D66), Cornielje (VVD).

beleidsbrief voldoende aandacht wordt besteed aan de sturing? Mevrouw Kamp wees erop dat de sturing op bijvoorbeeld het terrein van de bio-technologie veel verder gaat.

De beleidsbrief, maar ook MTA als zodanig, zijn in de eerste plaats gericht op de zorg. Alles is erop gericht dat de patiënt er beter van wordt en de medische technologie lijkt daarbij iets ten achter te worden gesteld. Medische technologie is een speerpunt van het ministerie van Economische Zaken (EZ). Hoe verloopt de samenwerking tussen de betrokken ministeries op dit punt? Hoe verloopt de samenwerking met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) over de maatschappelijke kosten van de volksgezondheid door ziekteverzuim?

Zij steunde de beleidsintentie te komen tot een nationaal programma doelmatigheid. Bij de presentatie van het Rathenau-rapport bleek echter dat er verschillende definities van doelmatigheid worden gehanteerd. Hoe kan hierin verandering worden gebracht?

Mevrouw Kamp vroeg vervolgens welke inbreng Nederland kan leveren op Europees niveau. Welke invloed heeft Nederland kunnen uitoefenen op de formulering van de EG-richtlijn medische hulpmiddelen? Zij herinnerde eraan dat zij er meer dan eens voor heeft gepleit dat het gebruik van kunst- en hulpmiddelen met het oog op de veiligheid veel nadrukkelijker moet worden gevolgd, maar de richtlijn beperkt zich tot de veiligheid bij het op de markt brengen van middelen. Bij de beoordeling voor de toelating en registratie van geneesmiddelen in Europees verband wordt uitgegaan van de criteria veiligheid en effectiviteit; er wordt geen koppeling gelegd met een indicatiegebied zoals in Nederland gebruikelijk is. In de notitie wordt gesteld dat een geneesmiddel dat in een andere lidstaat is geregistreerd, in principe niet kan worden geweigerd door het college ter beoordeling van geneesmiddelen. Is er op den duur dan nog wel een taak weggelegd voor dit college?

De doelmatigheid is ook gediend met een eenduidig begrippenkader. In dit kader onderschreef mevrouw Kamp dat de minister altijd spreekt van een «evidence based» gezondheidszorg. Doelmatigheid is niet alleen geboden met het oog op de kostenbeheersing, maar natuurlijk ook en in de eerste plaats om een effectieve behandeling van de patiënt te bevorderen. De protocollering speelt hierbij een grote rol. In de laatste anatomische les plaatst prof. Wulf hierbij echter kritische kanttekeningen. Hij wijst erop dat richtlijnen het resultaat zijn van consensus van de beroepsgroepen en op die grond het etiket «wetenschappelijk» krijgen, al is het niet altijd zeker of zij wetenschappelijk verantwoord zijn. Hoe kan worden bereikt dat de richtlijnen ter kennis komen van de mensen die ermee moeten werken? Hoe wordt de informatievoorziening geregeld?

Mevrouw Kamp vroeg vervolgens naar de stand van zaken in het onderzoek van de Ziekenfondsraad naar de zogenaamde lijst van 126. Overigens was zij van mening dat er over het algemeen meer aandacht wordt besteed aan geneesmiddelen en technologieën die in het pakket moeten worden opgenomen, dan aan de behandelingen die er eventueel uit kunnen worden gehaald.

Hoe wordt gereageerd op nieuwe, veelbelovende methoden? Ter illustratie wees zij erop dat in informatie die haar ter beschikking is gesteld, wordt aangegeven dat brandwonden veel effectiever kunnen worden behandeld met een balsem dan met de traditionele methode van koud water. Hoe wordt op dergelijke informatie gereageerd?

Zij vroeg verder in hoeverre de patiënten-/consumentengroeperingen worden betrokken bij de ontwikkeling van MTA.

Naar verluidt heeft het Nederlands huisartsengenootschap (NHG) een richtlijn in voorbereiding over de toepassing van de derde generatie anti-conceptiepillen die in tegenspraak is met de opmerking van de minister naar aanleiding van de negatieve berichtgeving ter zake. Kan zij dit toelichten?

Hoe ziet zij erop toe dat in de kwaliteitswetgeving niet alleen aandacht wordt besteed aan de bejegening, maar ook aan de operationalisering van medisch technische voorzieningen?

Hoever is de voorbereiding van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen gevorderd?

Mevrouw Kamp merkte ten slotte op dat de beleidsbrief en de rapportage van het Rathenau-instituut de conclusie van de minister rechtvaardigen dat er geen wetgeving nodig is.

Ook de heer **Van der Vlies** (SGP) vond de beleidsbrief helder en overzichtelijk. Hij biedt een goed overzicht van en inzicht in het beschikbare instrumentarium en wijst uit dat Nederland over een instrumentarium beschikt dat vooraleerst voldoende mogelijkheden biedt voor een gepast en doelmatig gebruik van medische zorg. De minister komt tot de conclusie dat het niettemin beter kan. Als het beter kan, dan moet het beter, zo meende hij, maar dit betekent niet dat er een geheel andere koers moet worden gevaren. Natuurlijk moet er wel een oplossing worden gezocht voor de knelpunten.

De minister noemt als eerste beleidsvoornemen de coördinatie en prioritering van MTA-onderzoek. Zij schrijft dat zij de Raad voor gezondheidsonderzoek (RGO) om advies zal vragen over de haalbaarheid en invulling van een integraal programma voor doelmatigheidsonderzoek en somt een aantal randvoorwaarden op waaraan dit programma moet voldoen. De heer Van der Vlies vroeg of er dan nog wel sprake is van een integraal programma. Hij onderschreef de aandacht in het MTA-onderzoek voor maatschappelijke en juridisch-ethische aspecten van technologieën. Niet alles dat kan, mag, zo benadrukte hij. De toepassing van technologieën moet daarom worden genormeerd en gestuurd. MTA kan hieraan een bijdrage leveren.

Verdere beleidsvoornemens hebben betrekking op de synthese en verspreiding van verworven kennis en inzichten en op de bevordering van de implementatie van MTA-kennis. De minister ziet hierbij een rol weggelegd voor de patiënten-/consumentenorganisaties, maar stelt zich wel terughoudend op. Waarom doet zij dat? Hij drong erop aan dat de stem van de organisaties wordt gehoord, want zij vertegenwoordigen de doelgroepen van het beleid. Wil de minister een reactie geven op de brief van 7 februari jl. van het Nederland patiënten- en consumentenplatform (NPCF)?

Ten slotte stemde hij in met de conclusie dat, gelet op alles dat in gang is en de bestaande procedures en randvoorwaarden, een Wet op de MTA vooralsnog niet nodig lijkt te zijn. De ontwikkelingen op medisch-technologisch gebied gaan echter zo snel, dat nu niet kan worden gezegd dat zo'n wet nooit nodig zal zijn.

De heer **Oudkerk** (PvdA) prees de beleidsbrief, die duidelijk aangeeft waar het goed gaat, waar het beter zou kunnen en waar het misschien nog niet helemaal spoort. Alle uitkomsten van MTA-onderzoek moeten worden vertaald naar de dagelijkse praktijk van de patiënt, huisarts en specialist en in doelmatig handelen op hun niveau. MTA dient drie doelen: het moet uitkomst bieden in de afweging over de toelating tot de markt, de toelating tot het verstrekkingenpakket en de doelmatige toepassing binnen het pakket. Dit laatste is niet alleen van MTA afhankelijk, maar heeft ook te maken met de organisatie en structuur van de zorg en het gedrag van patiënten en artsen. Overigens zou een debat als dit een regelmatig vervolg moeten hebben om te voorkomen dat de snelle technisch-medisch ontwikkelingen onbeheersbaar en onbetaalbaar worden en de toegankelijkheid in gevaar komt. Hij wees in dit verband op de situatie die is ontstaan rond de toepassing van Taxol.

De minister is van mening dat een wet op de MTA niets toevoegt aan de bestaande wettelijke regelingen. De huidige wetgeving en zelfregulering

op het terrein van de toelating tot de markt bieden inderdaad ook zonder een nieuwe wet voldoende waarborgen. In het regeerakkoord wordt gesteld dat een wet op de MTA ook betrekking zal hebben op de toetsing van hulpmiddelen en behandelprocedure. De minister merkt in haar brief echter op dat een nieuwe psychiatrische behandelingsmethode of gesprekstechniek zonder meer (op ruime schaal) kan worden toegepast. De heer Oudkerk vond dit onvoldoende en vroeg of de minister bereid is op dit punt regelgeving voor te bereiden overeenkomstig de regels voor de somatische zorg.

De toelating tot het verstrekkingenpakket is aan minder regels gebonden. Een verrichting die in de kring der beroepsgenoten wetenschappelijk is aanvaard, zit automatisch in het pakket. Maar consensus onder beroepsgenoten is toch iets anders is dan wetenschappelijk aanvaard? De Commissie keuzen in de zorg (de commissie-Dunning), de Gezondheidsraad en de Ziekenfondsraad hebben op wetenschappelijke gronden eerder het een en ander afgedongen op een onder beroepsgenoten aanvaarde verrichting. In de praktijk wordt bovendien ook op andere gronden besloten over de toelating tot of verwijdering uit het pakket. Dit geldt bijvoorbeeld voor belangrijke onderdelen van de tandheelkundige zorg, het geneesmiddelenpakket en fysiotherapie. Hij pleitte er daarom voor dat naar een controleerbaar en verifieerbaar toetsingsinstrument wordt gezocht aan de hand waarvan over toelating tot het pakket wordt besloten.

De heer Oudkerk vond de doelmatige toepassing binnen het pakket het belangrijkste element van de eerdergenoemde trits. De in de beleidsbrief opgesomde instrumenten in dit kader als protocollen, prikkels tot doelmatig handelen, kwaliteitsbeleid, farmacotherapie-overleg, enz. zijn intrinsiek voldoende, maar leveren in de praktijk onvoldoende resultaten op. Soms omdat ze te vrijblijvend zijn, maar vaak ook omdat ze niet goed op elkaar zijn afgestemd. Hij steunde daarom het voornemen van de minister de samenhang en coördinatie te verbeteren. Wie wordt belast met de sturing van deze activiteiten en wie draagt daarvoor de verantwoordelijkheid? Hij steunde verder de opvatting dat de bevordering van doelmatige zorg door de toepassing van MTA-onderzoek vraagt om gedragsbeïnvloeding. Daarom moet een maximale inzet worden gericht op gepast gebruik van zorg. Omdat het ongepaste gebruik van zorg en dan vooral van langer bestaande voorzieningen min of meer is ingesleten, zou het MTA-onderzoek breder moeten worden gericht op een evaluatie van bestaand onzinnig, onnodig en onnuttig handelen. Voor dergelijk onderzoek zijn de instrumenten voorhanden, maar het schort aan de sturing en controle. Het advies van de Ziekenfondsraad over de kosten-effectiviteitsanalyse van bestaande verstrekkingen is al weer drie jaar oud en het onderzoek is nog lang niet afgerond. Enige stimulering lijkt hier op zijn plaats.

In 1987 heeft de Kamer al gezegd dat regering en parlementen zouden moeten beslissen over de verkrijgbaarheid en vergoeding van een behandeling of medicijn. Dit uitgangspunt is helder en controleerbaar. Het is echter een probleem dat de overheid wel de toelating tot de markt en het pakket kan sturen, maar veel minder de toepassing van nieuwe technologieën en medicijnen. Er zou daarom een instrumentarium moeten worden aangereikt om zinvolle van zinloze zorg te kunnen onderscheiden. De heer Oudkerk vond dat de overheid het zich niet kan permitteren steeds weer op het veld te wachten. Budgettering van verzekeraars en flexibilisering van de Ziekenfondswet zijn prima stappen, maar er is meer nodig. Wellicht kan zorgverzekeraars worden gesuggered medische adviseurs aan te stellen die in een consortium kunnen worden ingezet om te komen tot een meer gepast gebruik van zorg.

Hij gaf de minister verder in overweging in het overleg met de zorgverzekeraars te spreken over de mogelijkheid van een keurmerk voor gepaste zorg. Daarbij moet worden gewaakt voor artsen of instellingen

met een «sterretje», maar als een patiëntenorganisatie of een patiënt kunnen zien waar volgens wetenschappelijk getoetste protocollen en richtlijnen wordt gewerkt, kunnen zij zelf beslissen om zich aan die instelling of arts toe te vertrouwen. Desgevraagd merkte hij op dat het tripartiete overleg dat in de beleidsbrief wordt gesuggereerd, over zo'n keurmerk zou kunnen beslissen. Op de opmerking dat een patiënt er toch vanuit moet kunnen gaan dat ieder die een medische praktijk uitoefent, zo'n keurmerk heeft, antwoordde hij dat de praktijk helaas soms weerbarstiger is. De intercollegiale toetsing en de herregistratie moeten ervoor zorgen dat artsen of instellingen zonder keurmerk aan voorwaarden worden gebonden.

Aanbieders en verzekeraars hebben overigens wel een prikkel nodig om tot meer gepast gebruik of gepaste inkoop te komen, aldus de heer Oudkerk. Zou een experiment met bijvoorbeeld een budgethouderschap voor huisartsen voor geneesmiddelen of paramedische zorg uitkomst kunnen bieden? Wat heeft het experiment in Hoogeveen opgeleverd?

Hij steunde de opvatting van de minister dat een wet op de MTA niets toevoegt aan de bestaande regelgeving. Het zou echter onverantwoord zijn als de minister niet een meer initiërende rol zou spelen bij de afstemming en coördinatie van de toepassing van de technologie- en zorgaanspraken. Hij deed daarvoor enkele suggesties. Wellicht is het een idee een meldingsplicht in te voeren voor alle, ook niet-fysieke, nieuwe behandelingsmethoden en -technologieën. De Gezondheidsraad zou deze meldingen kunnen verzamelen.

In de tweede plaats zou de volgorde van het beleid moeten worden omgedraaid. Volgens de huidige procedure wordt op grond artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen eerst besloten over toelating tot de markt en vervolgens over toelating tot het pakket. De eigen dynamiek die dan ontstaat bij de toepassing binnen het pakket is echter lang niet altijd voorspelbaar en duidelijk. De systematiek gaat uit van een directe koppeling tussen de aanspraak en een scherp omschreven indicatiegebied. In plaats daarvan zou, voordat een technologie of methode wordt toegelaten, de doelmatigheid van de toepassing via protocollen en richtlijnen zodanig moeten worden geregeld dat die eigen dynamiek bij de toepassing kan worden beheerst. Deze systematiek van aanspraak op indicatie is een hoofdpunt bij de vernieuwing van de ouderenzorg in het kader van de AWBZ en zou zijns inziens ook in de curatieve zorg ingang kunnen vinden. Is de minister bereid aan de Gezondheidsraad of de Ziekenfondsraad advies te vragen over de ontwikkeling van een dergelijke systematiek? Ook het aangekondigde tripartiete overleg kan hierbij een rol spelen, omdat in dit overleg afspraken kunnen worden gemaakt over de toepassing van technologieën; die afspraken kunnen dan in de Uitkomsten van overleg worden vastgelegd.

Een derde suggestie heeft betrekking op gedragsbeïnvloeding. De voorlichting in de gezondheidszorg vraagt om een andere opbouw dan andere publieksvoorlichting. Hoe denkt de minister over een vervolg op de publiekscampagne Keuzen in de zorg binnen het nationaal programma doelmatigheidsonderzoek? De heer Oudkerk ging ervan uit dat er een beter beeld ontstaat bij de burger als de voorlichting wordt gericht op wat onnuttig, onnodig en onzinnig is. De NPCF zou hierbij een leidende rol kunnen en moeten spelen en ideeën moeten aandragen voor de communicatie met de burger. Hij wees erop dat nu al moderne communicatiemiddelen als interactieve beeldplaten worden gebruikt om de patiënt te informeren.

Hij vroeg of de minister wil toezeggen haar beleidsvoornemens niet alleen in concrete actiepunten te vertalen, maar ook in meetbare ijkpunten opdat de Kamer regelmatig, bijvoorbeeld jaarlijks, kan worden bericht over de voortgang.

Hij drong er vervolgens op aan dat het doelmatigheidsonderzoek wordt uitgebreid tot onderwerpen als werkgelegenheid, arbeidsomstandigheden

en ziekteverzuim. Wachtlijsten leveren immers niet alleen problemen op in de gezondheidszorg.

Ten slotte vroeg de heer Oudkerk of het mogelijk is onderzoek op te zetten naar de zogenaamde lage-kansgeneeskunde en daarin een vergelijking te maken met lage-kanssituaties buiten de gezondheidszorg.

De heer **Van Boxtel** (D66) deelde de opvatting van de minister dat een wet op de MTA niet nodig is. Dat dit voornemen in het regeerakkoord is opgenomen, kan zijns inziens worden verklaard uit de studiereis van een delegatie van de Kamer naar de VS. Hij steunde de benadering van de trits toelating tot de markt, toelating tot het pakket en doelmatige toepassing.

De huidige systematiek in Nederland is goed, maar roept niettemin een aantal vragen op. In de eerste plaats is het de vraag waarom het tweeën-eenhalf jaar moet duren voordat de Ziekenfondsraad de eerste 45 verstrekkingen van de zogenaamde lijst van 126 tegen het licht houdt. In de tweede plaats waarom een farmaceutische industrie in Nederland geen kosteneffectiviteitsanalyse hoeft te overleggen bij de introductie van nieuwe geneesmiddelen. Is de minister bereid het tot een dergelijke systematiek te leiden?

Een andere vraag is hoe effectief de minister het rendement en de impact van MTA kan verhogen. Op bladzijde 14 van haar brief stelt zij dat de overheidsmiddelen voor MTA-onderzoek verantwoord besteed moeten worden. Een dergelijke uitspraak verdient natuurlijk steun, maar de PEO-organisatie, het NWO en de Ziekenfondsraad die de middelen uitgeven, zijn tegelijkertijd belast met het toezicht op de besteding. De heer Van Boxtel meende dat hier sprake is van een onvoldoende scheiding van functies. Zou het niet beter zijn een klein instituut op te richten dat onafhankelijk kan adviseren over de kwaliteit en toelating van produkten, technieken of diensten in de medische sector? Wie stelt op dit moment bijvoorbeeld de vraag wat de meerwaarde is in relatie tot de prijs.

De minister schrijft dat zij kiest voor een bont palet van activiteiten in plaats van voor een wet. Is de politiek in dit stelsel in staat zijn primaat in de keuzen in de zorg voldoende waar te maken in de infrastructuur van onderzoeks- en begeleidingsinstellingen? Is de opzet van het beoogde nationale programma doelmatigheidsonderzoek ook in zichzelf doelmatig? Hoe oordeelt de minister over de aanbevelingen van het Rathenau-instituut MTA te verbreden en daar bijvoorbeeld de directie industrie van het ministerie van EZ bij te betrekken of het ministerie van SZW als het gaat om het ziekteverzuimbeleid? Hoe denkt zij over de aanbeveling van het Rathenau-instituut het overleg over protocollen en richtlijnen niet te beperken tot betrokken partijen?

In vergelijking met andere Europese landen heeft Nederland op macro-niveau een relatief sterke positie, zo vervolgte de heer Van Boxtel. Kan die positie worden gebruikt om de Nederlandse methodiek wat sterker aan te zetten in Europees verband? Zou Nederland niet het aangewezen land zijn voor een coördinerende rol in de Europese toetsing voor de toelating van nieuwe technieken en produkten?

Een volgende vraag is hoe de doelgroep, nu er geen wet wordt gemaakt, met «incentives» en confrontaties kan worden gedwongen tot doelmatige zorg. Hij vond de gedachte van een gepaste zorgpolis interessant, maar was overigens van mening dat vooral de verzekeraars zich moeten toeleggen op medewerking aan systemen van produkttypering en «monitoring» van behandelprocessen. Het oude adagium «meten is weten» gaat ook hier op. Waarom kost een vervangende heupoperatie in het ene ziekenhuis gemiddeld acht ligdagen en in een ander ziekenhuis tien of twaalf? Het moet in principe toch mogelijk zijn dit enige tijd in alle ziekenhuizen terug te brengen tot acht dagen? Het verschil in ligdagen bij vergelijkbare behandelingen kan vaak worden verklaard uit de aandacht die al voor de opname wordt besteed aan de

opvang na de behandeling. Hij pleitte ervoor dat verzekeraars een systeem opzetten dat een goede interne vergelijking van behandelmethoden mogelijk maakt. Verder zouden zij in hun afspraken met de aanbieders in de regio moeten afdwingen dat de zorg doelmatig is.

Het voorgestelde model van de minister gaat enerzijds uit van «management by speech» door voortdurend uit te leggen dat er doelmatig moet worden gehandeld en anderzijds van kwaliteitsbeleid. De heer Van Boxtel onderschreef deze opstelling en hoopte dat hij effectief zal zijn. Voortdurende «monitoring», bijscholing en informatie-overdracht zullen, ook bij de aanbieders, tot kostenbewust werken moeten leiden.

Hij zei dat MTA een scharnier is in de discussie over de zin en onzin van medisch handelen voor een «evidence based medicine». Nu de budgetten voor de gezondheidszorg zo onder de druk staan, komen vragen naar de kwaliteit van leven en de kwaliteit van behandelen sterker naar voren. Zij dwingen tot een antwoord op de klemmende vraag hoever de medische zorg moet gaan. Hij steunde de minister in haar aanpak. Hopelijk volgt zij bij de uitvoering nauwgezet waar de meerwaarde van haar beleid kan liggen.

Het antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De **minister** was verheugd over de instemming met haar voornemen geen wet op de MTA voor te bereiden, omdat de beschikbare beheersmechanismen rond de toelating van nieuwe en bestaande technologieën afdoende zijn. In het buitenland wordt Nederland wel als speerpuntland op dit gebied aangewezen, maar dit laat onverlet dat het nog steeds schort aan effectieve coördinatie waardoor het moeilijk is een overzicht te krijgen van wie wat doet en waar de witte plekken liggen.

De grote overschrijdingen die de nieuwe Ziekenfondsramingen laten zien ten opzichte van het macro-budget moeten enigszins worden gerelativeerd, zo meende zij. Een overschrijding van 60 mln. op een macro-budget van 60 mld. is niet meer dan 1%, terwijl minstens 600 000 mensen bij de uitvoering van het beleid zijn betrokken. Dit neemt niet weg dat de overschrijding grote problemen oplevert en beheersing van de uitgaven in de sector hoge prioriteit verdient. Zij ging ervan uit dat de oplossing vooral moet worden gezocht in gepast gebruik, dat langs verschillende wegen gestalte moet krijgen. Uiteindelijk moet dit tot de gewenste financiële beheersing leiden.

De minister beaamde dat de bestaande kennis toegankelijker moet worden. De Gezondheidsraad heeft in dit kader geadviseerd in Nederland een soort MTA-bulletin uit te brengen; een bulletin dat regelmatig verschijnt en voor niets of tegen geringe kosten aan artsen ter beschikking wordt gesteld, dat een aantrekkelijke opmaak heeft en in korte mededelingen aangeeft welke methode om welke redenen de voorkeur verdient. Die korte samenvatting zou vergezeld moeten gaan van een literatuuropgave. Verder kunnen bijwerkingen worden gemeld en onverwachte nadelen in de kosteneffectiviteitsverhouding van zowel nieuwe als bestaande technologieën. Daarnaast zou een publieksversie van deze mededelingen kunnen worden uitgebracht. Zij wees erop dat het in de VS gebruikelijk is bij de publikatie van nieuwe richtlijnen een korte brochure-achtige vertaling uit te brengen voor het publiek opdat ook patiënten en consumenten geïnformeerd zijn over de nieuwe kennis. Ook de standaarden van het NHG huisartsengenootschap lenen zich goed voor publieksversies, zo meende zij.

Het is een aantrekkelijke suggestie de centrale sturing in te richten overeenkomstig het bio-technologieprogramma van het ministerie van EZ, maar gelet op de partijen die zijn betrokken bij MTA, lijkt een betere coördinatie meer op zijn plaats. In antwoord op de vraag of de interdepartementale samenwerking moet worden uitgebreid, wees de minister erop

dat er al geruime tijd wordt samengewerkt met het ministerie van EZ. Zo is het stimuleringsprogramma thuiszorgtechnologie ontwikkeld door en op kosten van beide ministeries. Niettemin lijkt er aanleiding de samenwerking te intensiveren. Zij vond het verder een goede gedachte in overleg met het ministerie van SZW te kijken naar de doelmatigheid van bepaalde procedures uit het oogpunt van onnodig lang ziekteverzuim.

De RGO heeft naar aanleiding van de beleidsbrief aangegeven welke taken hij voor zijn rekening kan nemen. Een van die taken is het ontwerpen van een uniform begrippenkader. Langs deze weg kan een eenduidige definitie van bijvoorbeeld het begrip doelmatigheid tot stand komen.

De Europese regelgeving over medische hulpmiddelen heeft geleid tot een nadere invulling van de Wet op de medische hulpmiddelen met twee besluiten, een voor de actieve implanteerbare medische hulpmiddelen (bijvoorbeeld een pacemaker) en een voor de overige (bijvoorbeeld een kunstheup). In die besluiten is opgenomen dat de fabrikant de plicht heeft tot «postmarketing surveillance». In sommige gevallen zal de fabrikant zijn produkt tot op het niveau van de patiënt moeten kunnen volgen.

De minister wees erop dat een geneesmiddel dat in een andere lidstaat is geregistreerd zonder indicatie, ook in Nederland moet worden toegelaten. Het zal dan echter wel met een indicatie worden geregistreerd. Daartoe wordt het voorgelegd aan het College ter beoordeling van geneesmiddelen dat de toelating volgens Nederlandse begrippen, dus met indicatiestelling, verzorgt.

Professor Wulf heeft vorig jaar in zijn anatomische les kritiek geuit op de praktijk van consensus van beroepsbeoefenaren, omdat hij de mate van wetenschappelijke onderbouwing en objectiviteit ervan betwijfelt. De minister zei dat zij deze opvatting deelt en daarom verheugd is dat de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en aanbevelingen in Nederland steviger verloopt. Over grote onderwerpen brengt de Gezondheidsraad advies uit, gebaseerd op de wetenschappelijke literatuur. De commissies die dit advies voorbereiden zijn zodanig samengesteld dat, voor zover bepaalde beroepsbeoefenaren dwingende invloed willen uitoefenen, ook anderen die tegenwicht kunnen bieden, daarin zitting hebben. Als het enigszins kan, worden daarnaast vertegenwoordigers van patiëntenorganisaties in de commissies opgenomen. De procedures van het NHG bieden verder waarborgen voor een behoorlijke objectiviteit. Bovendien kan een beroep worden gedaan op het Dutch Cochrane Centre dat zich bezighoudt met de analyse van de literatuur. Het maakt daartoe gebruik van een technisch methode die ertoe leidt dat de bevindingen volstrekt objectief zijn.

Het Centraal begeleidingsorgaan (CBO) ondersteunt specialisten bij de zogenaamde «consensus-meetings» en houdt zich daarnaast, in opdracht van en overleg met de LSV, bezig met de ontwikkeling van een nieuwe richtlijnsystematiek. Daarbij wordt nadrukkelijk gewerkt in de richting van tripartiete richtlijnen, dat wil zeggen dat de aanbieders samen met de consumenten en verzekeraars richtlijnen zullen vaststellen.

Terecht is kritiek geuit op de lange periode die is verlopen tussen het moment dat de Ziekenfondsraad zijn advies met de zogenaamde lijst van 126 heeft uitgebracht en de eerste activiteiten die in dit kader worden ondernomen. De Ziekenfondsraad en de Gezondheidsraad is al direct gevraagd samen aan de slag te gaan, maar het heeft enige tijd geduurd voordat zij het eens waren over de vraag wie wat zal doen en hoe. Van de «lijst van 126» zijn 50 «items» aangewezen die prioriteit hebben. Nadat de taakverdeling tussen beide raden is vastgesteld, zijn de werkzaamheden begonnen en naar verwachting kunnen nog dit jaar de nodige produkten tegemoet worden gezien. De minister voegde hieraan toe dat zij de ontwikkelingen nauwgezet zal volgen, omdat ook zij van mening is dat er teveel tijd verloren gaat.

Het Brandwondencentrum Beverwijk heeft laten weten dat het onmiddellijk na de genoemde mededeling in overleg is getreden met de «ontwerper» van de brandzalf. Het kan de gebruikelijke procedure voor nieuwe geneesmiddelen volgen, d.w.z. dat uit klinisch onderzoek de gestelde werking en eventuele schadelijke effecten moeten blijken. Dit onderzoek kan dankzij de aanwezigheid van drie brandwondenklinieken in ons land op korte termijn worden afgerond. Als de bevindingen positief zijn, kan het college daarna snel overgaan tot registratie.

Patiënten en consumenten zullen niet alleen worden betrokken bij de opstelling van richtlijnen en protocollen, maar ook bij de onderzoeks-programmering. De RGO zal in het kader van het nationaal programma doelmatigheidsonderzoek regelmatig, jaarlijks of tweejaarlijks, vaststellen welk onderzoek op het gebied van MTA prioriteit verdient en daarmee een «input» geven aan de onderzoeksorganisaties NWO, PEO en Ziekenfondsraad. De raad wil bij deze prioritering van het onderzoek ook de patiënten en consumenten betrekken. De minister meende dat een vertegenwoordiger van de NPCF zitting zou moeten hebben in de betreffende commissie van de RGO.

De berichtgeving over de NHG-richtlijn over de derde-generatiepil berust op een misverstand. De NHG zal binnenkort een standaard over anti-conceptie uitbrengen waarin hetzelfde, rustige standpunt wordt gekozen dat eerder naar buiten is gebracht, namelijk dat de literatuur op dit ogenblik geen aanleiding geeft om het voorschrijven van deze pillen te staken. Overigens wordt deze conclusie bevestigd in een recent artikel in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde.

De Wet op de bijzondere medische verrichting ligt voor behandeling voor in de ministerraad. Hopelijk kan daarover nog deze week een beslissing worden genomen waarna het wetsvoorstel voor advies zal worden voorgelegd aan de Raad van State. De Raad van State zal worden gevraagd enige spoed te betrachten om te voorkomen dat de bestaande wet moet worden verlengd. Overigens ging de minister ervan uit dat, omdat de ministers van Justitie en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen ermee kunnen instemmen, de wet voor 1 januari 1997 kan worden gepubliceerd in het Staatsblad.

Zij was van mening dat er wel degelijk sprake is van een integraal doelmatigheidsonderzoek. De RGO wil via coördinatie van de bestaande onderzoeksactiviteiten nagaan waar de witte plekken zitten en op grond daarvan een prioriteringsadvies uitbrengen. Die prioriteiten voor onderzoek worden in den brede aangegeven, dat wil zeggen dat niet alleen wordt gevraagd naar de technische kant, maar ook naar maatschappelijke aspecten en eventuele ethische invalshoeken. Verder zal het onderzoek worden verbreed naar paramedische technologieën en naar methoden van behandeling en verpleging in verpleeghuizen en niet te eng zijn gericht op medische apparatuur en technologie in ziekenhuizen. De RGO streeft naar een systematische en doorzichtige werkwijze bij de selectie van onderwerpen voor MTA-onderzoek. Het resultaat daarvan is dan het nationale programma. De Raad heeft hiertoe inmiddels een werkgroep opgericht.

De rol van de NPCF op macroniveau wordt dus aangezet, maar ook op microniveau moet meer rekening worden gehouden met de mening van patiënten en consumenten. In steeds meer ziekenhuizen en instellingen in Nederland worden richtlijnen ontwikkeld en steeds vaker worden de eigen «klanten» daarbij betrokken. Verder wordt geëxperimenteerd met een interactief videoprogramma als middel om patiënten zelf te laten meedenken in het keuzeprocess. Desgevraagd merkte de minister op dat de brief van en gesprekken met de NPCF haar ervan hebben overtuigd dat het platform een goede visie heeft en op veel punten een actieve bijdrage kan leveren.

Zij was het er roerend mee eens dat, als in de lichamelijke gezondheidszorg wordt gestreefd naar een goede evaluatie van nieuwe

behandelmethode en het opstellen van richtlijnen en protocollen, dat ook in de GGZ zo moet zijn. Het vak van de psychiatrie leent zich misschien wat minder voor de evaluatie van tastbare zaken, maar toch moet dat naar vermogen gebeuren. Overigens wordt in de psychiatrie al evaluatieonderzoek gedaan, bijvoorbeeld naar andere vormen van zorgverlening. Experimenten als begeleid en beschermd wonen en psychiatrisch-intensieve thuiszorg gaan vergezeld van onderzoeken en evaluaties en waar dergelijke experimenten met subsidies worden gefinancierd, is er de uitdrukkelijke opdracht na te gaan of de betreffende behandelingsmethode werkelijk betere resultaten oplevert. De medicelementeuze kant van de psychiatrie leent zich natuurlijk prima voor evaluatieonderzoek, maar ook een nieuwe gesprekstechniek zou goed geëvalueerd moeten worden.

Zij was het er verder mee eens dat bij de toelating tot het pakket niet alleen de beroepsgroepen moeten worden betrokken. Ook het oordeel van cliënten en verzekeraars is hierbij van belang.

Het is waar dat de overheid de toepassing van nieuwe technologieën en medicijnen moeilijker kan sturen dan de toelating tot de markt en het pakket. Toch kan er op dit terrein ook binnen de beroepsgroep wel enige beweging worden waargenomen. Doelmatigheid wordt bevorderd via het instrument van de ontwikkeling van richtlijnen. Verder zal bij visitaties (bij de huisartsen is dit al het geval), ook met het oog op de plannen voor herregistratie, worden gekeken of er wordt gewerkt met de richtlijnen en protocollen. Het laatste onderzoek op dit punt heeft positieve resultaten opgeleverd: 70% van de onderzochte huisartsen bleek in de praktijk inderdaad met de NHG-standaarden te werken. Door de herregistratie moet een situatie ontstaan waarin patiënten kunnen zien of een arts die al heel lang praktiseert, via bijscholing en nascholing blijkt geeft zich iets aan te trekken van de MTA-kennis en iemand is die in zijn praktijk uitgaat van «evidence based» gezondheidszorg.

Omdat het experiment met het budgethouderschap voor huisartsen in Hoogeveen nog niet is afgerond, kan er nog geen eindconclusie worden getrokken. In Engeland heeft een dergelijk experiment een aantal positieve, maar ook een aantal zeer negatieve effecten opgeleverd. Zo heeft de patiënt van een huisarts die budgethouder is, voorrang bij ziekenhuisopname, operaties, e.d. Na de evaluatie van Hoogeveen zal de Kamer worden geïnformeerd.

De minister waarschuwde voor een wettelijk geregelde meldingsplicht van nieuwe technologieën, maar steunde de gedachte een oproep te doen nieuwe procedures en technologieën ergens neer te leggen. De Gezondheidsraad lijkt daarvoor het goede adres. Zij zegde toe na te gaan hoe dit kan worden verwezenlijkt, maar voegde hieraan toe dat dit de Gezondheidsraad niet teveel arbeidsplaatsen mag kosten en dat ook hier de kosteneffectiviteit moet worden vastgesteld.

In de huidige systematiek wordt naar nieuwe technologieën waarover nog onzekerheid bestaat, onderzoek gedaan in het kader van de ontwikkelingsgeneeskunde. Na afloop van een project brengt de Ziekenfondsraad, of als het wat breder moet de Gezondheidsraad, een eindevaluatie uit. In het rapport van de laatste worden ook de indicaties aangegeven, maar een verstreking wordt niet in alle gevallen met vermelding van indicaties opgenomen in het pakket. Het is nog steeds mogelijk hier via overheidssturing greep op te krijgen, aldus de minister. Zij waarschuwde er wel voor dat het officieel vastleggen dat alleen vergoeding wordt gegeven als er wordt gewerkt volgens indicatie, ertoe kan leiden dat de patiënt de rekening krijgt gepresenteerd als blijkt dat er toch niet volgens indicatie is gewerkt.

De heer **Oudkerk** (PvdA) vond het zonde van het geld dat de Gezondheidsraad advies uitbrengt over de indicaties en dat daar vervolgens geen gebruik van wordt gemaakt. Het moet toch mogelijk zijn

in een convenant of vergelijkbare afspraken met de zorgverzekeraars in Nederland vast te leggen dat de systematiek die wordt aangereikt door de Gezondheidsraad, eerst in het tripartiete overleg tussen aanbieders, verzekeraars en patiënten wordt besproken en vervolgens wordt neergelegd in de Uitkomsten van overleg.

De **minister** nam deze suggestie over. Zij zegde toe op een later moment te laten weten waar dit toe heeft geleid. Verder vond zij het een goed idee om het doelmatigheidsonderzoek uit te breiden naar de niet-medische gevolgen van het handelen in de zorg. De mogelijkheden zullen worden overwogen.

De marginale-kansgeneeskunde leidt tot moeilijke afwegingen. Wanneer verdwaalde bergbeklimmers moeten worden gered, kan een berekening worden gemaakt van het aantal mensenlevens dat in de waagschaal wordt gesteld tegen het aantal mensenlevens dat kan worden gered. Bij de marginale-kansgeneeskunde is de keuze moeilijker, omdat voor sommige patiënten geldt dat hoop inderdaad soms langer doet leven. In die gevallen mag de afweging tussen kosten en baten in harde guldens niet de toon zetten. De minister ging ervan uit dat artsen hier over het algemeen heel verstandig mee omgaan. Op macroniveau moet wel worden verkondigd dat marginale-kansgeneeskunde verantwoord moet zijn.

Zij zegde toe met de voorzitter van het College ter beoordeling van geneesmiddelen van gedachten te wisselen over de gedachte aan de farmaceutische industrie een kosteneffectiviteitsanalyse te vragen. Er moet natuurlijk wel zekerheid bestaan dat dergelijke analyses op objectieve gronden stoelen.

De heer **Van Boxtel** (D66) wees erop dat de kosteneffectiviteitsanalyse die de industrie in Canada overlegt, door een onafhankelijk bureau is opgesteld. Een dergelijke analyse gevoegd bij de registratieaanvraag levert in ieder geval een toetsingsmoment op.

De **minister** antwoordde dat de regelgeving in Nederland anders is. In de VS mogen kosteneffectiviteitsoverwegingen geen rol spelen bij toelating tot de markt. Ditzelfde element zit helaas ook in de EU-regelgeving. De kosteneffectiviteit mag wel worden gehanteerd bij de toelating tot het pakket, maar niet bij de toelating tot de markt. Van sommige, erg dure geneesmiddelen die door een klein aantal patiënten worden gebruikt, heeft de Gezondheidsraad aangegeven bij welke indicaties de kosteneffectiviteitsverhouding goed is. De Ziekenfondsraad heeft de verzekeraars vervolgens gemeld dat alleen vergoeding op basis van de vastgestelde indicaties is toegestaan. Bij zeldzame aandoeningen worden dit soort regelingen dus al gebruikt.

In antwoord op de vraag naar het toezicht op de besteding van de middelen door PEO, NWO en Ziekenfondsraad, verwees de minister naar het komende debat over het gezondheids(zorg)onderzoek. In dit debat zal ook worden ingegaan op het woud van organisaties op dit terrein.

In het kader van het Europese programma Eurassess wordt door een aantal lidstaten gezamenlijk nagegaan of het systeem van MTA-onderzoek en -conclusies kan worden geharmoniseerd en of tot standaardrapporten kan worden gekomen, opdat alle informatie over en weer kan worden gebruikt. Die activiteit gaat de goede kant op. Geprobeerd zal worden dit «focal point» in Nederland te halen. In ieder geval is Nederland gevraagd in 1997 het tweede grote Europese congres over de wetenschappelijke basis onder de gezondheidszorg te organiseren. Verder zal het Nederlandse voorzitterschap van de EU worden aangegrepen om een informele ministersconferentie over dit onderwerp te organiseren. Ook op die manier kan de samenwerking worden bevorderd en bovendien het Nederlandse accent verstevigd.

Tot slot beaamde de minister dat ook in het procesmanagement in ziekenhuizen meer uniformering moet worden nagestreefd en de opstelling van richtlijnen. Zij zegde toe dit te stimuleren.

De voorzitter van de commissie,
Van Nieuwenhoven

De griffier van de commissie,
Van der Windt