

Vergaderjaar 2017–2018

29 689

Herziening Zorgstelsel

Nr. 909

BRIEF VAN DE MINISTER VOOR MEDISCHE ZORG

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 1 juni 2018

In aanloop naar het Algemeen Overleg Pakketbeheer van 27 juni aanstaande informeer ik u in deze brief over een aantal zaken, waaronder:

- De wijzigingen in het basispakket van de Zorgverzekeringswet (hierna: Zvw) per 1 januari 2019 (oefentherapie COPD, ziekenvervoer en vitaminen, mineralen, paracetamol);
- Het vrijmaken van extra budget voor gecombineerde leefstijlinterventies;
- De prenatale screening in het basispakket;
- Voortgangsrapportage voorwaardelijke toelating 2018 en verlenging van twee onderzoeken, en
- Verbetersignalen Zorginstituut Nederland.

1. Wijzigingen in het basispakket per 2019

Gesuperviseerde oefentherapie bij COPD

Het Zorginstituut Nederland (hierna: Zorginstituut) heeft mij recent geadviseerd om gesuperviseerde oefentherapie bij Chronic Obstructive Pulmonary Disease (hierna: COPD) voor verzekerden van 18 jaar of ouder vanaf de eerste behandeling in het basispakket op te nemen. Deze behandeling wordt momenteel vanaf de 21^e behandeling vergoed vanuit de Zvw. Bijgaand ontvangt u het rapport van het Zorginstituut¹.

Het Zorginstituut geeft aan dat zijn rapport past in de lijn van het eerdere systeemadvies fysio- en oefentherapie en het plan van aanpak voor de uitvoering van dat systeemadvies. Gesuperviseerde oefentherapie bij COPD (vanaf GOLD-stadium II) is beoordeeld en voldoet aan de pakketcriteria. Het Zorginstituut adviseert tevens om gesuperviseerde oefentherapie bij COPD doelmatiger in te zetten dan nu het geval is door het maximeren van het aantal behandelingen. Momenteel vinden in sommige gevallen meer dan 100 behandelingen per verzekerde per jaar plaats,

¹ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

zonder dat de effectiviteit van dergelijke aantallen behandelingen is aangetoond. Met het oog daarop adviseert het Zorginstituut om, afhankelijk van de in het rapport onderscheiden ernst van ziektesymptomen als gevolg van COPD, het aantal behandelingen per jaar te maximeren. Dat geldt ook voor de eventueel noodzakelijke onderhoudsbehandelingen na het eerste behandeljaar. Dit onderdeel van het advies van het Zorginstituut wordt eveneens overgenomen.

Het opnemen van gesuperviseerde oefentherapie bij COPD vanaf de eerste behandeling in het basispakket leidt per saldo niet tot meerkosten in de Zvw. De meerkosten voor deze gesuperviseerde oefentherapie van ca. € 5 mln. worden gecompenseerd door de opbrengst van de maximering van het aantal behandelingen, die leidt tot een doelmatigheidswinst ten opzichte van de huidige praktijk. Van deze doelmatigheidswinst wordt een besparing van ca. € 5 mln. verwacht. Daarnaast voorziet het Zorginstituut ook substitutie-effecten: omdat de zorg bij opname in het basispakket vanaf de eerste behandeling wordt vergoed, is de kans aanwezig dat verzekerden in een eerder stadium deze zorg zullen inroepen waardoor complicaties bij COPD en inzet van zwaardere zorg kan worden voorkomen. De omvang van deze substitutie-effecten is op dit moment echter niet te kwantificeren.

De bij de behandeling van COPD betrokken partijen zijn gestart met het doorontwikkelen van de huidige, uit 2009 daterende, richtlijn voor fysiotherapie bij COPD tot een kwaliteitsstandaard. De zorgverzekeraars gaan ook participeren in de ontwikkeling van die nieuwe kwaliteitsstandaard. Deze kwaliteitsstandaard die naar verwachting begin 2019 in concept gereed zal zijn, zal ook een bijdrage leveren aan een doelmatiger inzet van kwalitatief goede fysio- en oefentherapeutische zorg voor mensen met COPD. Bij die doorontwikkeling van die kwaliteitstandaarden zal ook rekening moeten worden gehouden met criteria wanneer een behandeling kan worden afgebouwd of gestopt en met het maximum aantal behandelingen.

Gelet op de mogelijke substitutiewinst en de doelmatiger behandeling van COPD (vanaf GOLD-stadium II), is besloten om met ingang van 1 januari 2019 gesuperviseerde oefentherapie bij COPD voor verzekerden van 18 jaar of ouder vanaf de eerste behandeling in het basispakket op te nemen.

De kostenontwikkeling van fysiotherapie en oefentherapie bij COPD wordt strikt gemonitord; dit om de hoogte van de verwachte substitutie-effecten die nog niet zijn gekwantificeerd, in beeld te krijgen. Ik zal het Zorginstituut verzoeken deze monitor met voorrang te betrekken bij het evaluatieonderzoek dat het Zorginstituut in het kader van het systeemadvies uitvoert naar de effecten van de gewijzigde prestaties fysio- en oefentherapie.

Uitbreiding aanspraak ziekenvervoer

Het kan voor een verzekerde nodig zijn om gebruik te maken van ziekenvervoer om zorg in het basispakket te ontvangen. Het vervoer is dan een ondersteunende prestatie die de zorg beter toegankelijk kan maken. Vaak wordt gesproken van «zittend» ziekenvervoer, maar het gaat dus kortweg om vervoer anders dan het ambulancevervoer. De reikwijdte van de aanspraak is vastgelegd in artikel 2.14 van het Besluit zorgverzekering (hierna: Bzv). Er geldt op dit moment een limitatieve opsomming van groepen patiënten die aanspraak kunnen maken op vergoeding van vervoer van en naar de behandeling, zoals bijvoorbeeld verzekerden die nierdialyses of oncologische behandeling moeten ondergaan. Daarnaast bevat het artikel een hardheidsclausule, waardoor verzekerden die niet

onder de voorgaande groepen vallen tóch het vervoer kunnen krijgen indien zij hiervan langdurig gebruik moeten maken en hierdoor onevenredig zwaar financieel belast worden. Deze hardheidsclausule wordt echter niet enkel gebruikt voor zeer uitzonderlijke gevallen, maar wordt via een standaardformulering toegepast op een relatief grote groep verzekerden en wordt tevens gebruikt om het vervoer in verband met geriatrische revalidatiezorg te vergoeden.

De huidige vormgeving met limitatieve categorieën betekent dat bij elke innovatie het Bzv aangepast moet worden. Een recent voorbeeld is de ontwikkeling waarbij immuuntherapie bij oncologische behandelingen steeds vaker de plaats inneemt van radio- en chemotherapie, terwijl tot en met 2017 in het basispakket alleen het ziekenvervoer na oncologische behandelingen met chemotherapie en radiotherapie werden vergoed. Vervoer na immuuntherapie is per 1 januari 2018 toegevoegd aan het pakket omdat de bijwerkingen vergelijkbaar zijn en ook bij immuuntherapie vaak sprake is van een gefragmenteerde behandeling.²

De vraag komt dan ook op of het wenselijk is om nieuwe categorieën behandelingen toe te blijven voegen en te verwijderen. Verder is er in de praktijk onduidelijkheid als het gaat om de vraag in welke mate vervoer bij consulten en (na)controles in verband met de genoemde behandelingen mogelijk is. Ten slotte bestaat er een verschuiving door (verdere) concentratie van zorg, waardoor de noodzaak om te reizen toeneemt en zal toenemen.

Momenteel ontbreekt een kader op grond waarvan beslissingen over de prestatie ziekenvervoer op consistente wijze kunnen worden genomen. Het Zorginstituut is daarom gevraagd om een advies uit te brengen over een meer toekomstbestendige vormgeving van de prestatie ziekenvervoer. Hierover is Uw Kamer geïnformeerd in de brief over de wijzigingen in het te verzekeren basispakket voor het jaar 2018.³ Het Zorginstituut heeft het advies op 3 april 2018 uitgebracht. Dit rapport is opgenomen in de bijlage⁴. In het advies schetst het Zorginstituut twee opties die elk kunnen worden aangevuld met een hardheidsclausule. De eerste optie houdt kortweg in dat de formulering van de prestatie is gericht op de aandoening en aard van de behandeling. Het gaat dan om vervoer naar een langdurige of intermitterende medisch specialistische, GGZ- of revalidatiebehandeling (inclusief dagbehandeling) in verband met een somatische, psychische of zintuiglijke aandoening of beperking die chronisch, langdurig of blijvend is. In de tweede optie wordt de prestatie zo geformuleerd dat een drempel wordt ingevoerd aan de hand van de frequentie, duur en afstand van het vervoer naar de behandeling. Met deze laatste optie wordt de huidige invulling van de hardheidsclausule tot regel gemaakt en toegepast op alle verzekerden met een behoefte aan vervoer. Met de tweede optie kunnen meer groepen aanspraak maken op vervoer dan in de huidige situatie en dan in de eerste optie, maar het levert voor alle groepen een nader te bepalen drempel op. Voor beide opties geldt dat deze gevolgen hebben voor de huidige groepen. Het Zorginstituut adviseert om de tweede optie in te voeren en de huidige prestatie te vervangen door de regel waarin de frequentie, duur en afstand van het vervoer naar de behandeling bepalend is of er aanspraak bestaat op (vergoeding van) het vervoer.

² Besluit van 14 september 2017, houdende wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2018, Stb 2017, nr. 349.

³ Kamerstuk 29 689, nr. 828.

⁴ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Met het Zorginstituut ben ik het eens dat de geadviseerde optie een rechtvaardige, toekomstbestendige en goed uitvoerbare vormgeving kan bieden voor het ziekenvervoer in het basispakket. Tegelijk maak ik uit het advies op dat de nieuwe vormgeving de aanspraak van de huidige groepen gebruikers kan beperken, terwijl de precieze consequenties en de omvang nog niet voldoende in kaart zijn gebracht. Een zorgvuldige uitvoering van het advies betekent dat deze consequenties voor groepen die nu onder de huidige aanspraak vallen eerst voldoende duidelijk moeten zijn. Dat is nu nog niet het geval, waardoor het advies nog niet voor het basispakket vanaf 1 januari 2019 kan worden doorgevoerd. Ik zal het Zorginstituut vragen om deze consequenties, samen met verzekeraars, patiënten en zorgaanbieders, in kaart te brengen zodat de nieuwe formulering van de prestatie van het ziekenvervoer vanaf 2020 ingevoerd kan worden.

Vooruitlopend hierop wil ik de *huidige* prestatie ziekenvervoer al met ingang van 1 januari 2019 uitbreiden om zo een knelpunt in de huidige praktijk weg te nemen. Bij (bijvoorbeeld) chemotherapie zijn consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek onderdeel van de behandeling in brede zin. De huidige vormgeving van de aanspraak voor ziekenvervoer maakt vergoeding van het vervoer ten behoeve van consulten, (na)controles en (bloed)onderzoek niet mogelijk, omdat dit niet onder de term «behandeling» valt. Daar is veel onduidelijkheid en onbegrip over. Aangezien het Zorginstituut in beide geschetste toekomstige opties aangeeft dat vervoer naar consulten, nacontroles en (bloed)onderzoek onder de prestatie zou moeten vallen, vind ik het gerechtvaardigd om per 1 januari 2019 al mogelijk te maken dat het vervoer naar deze zorg (en terug) wordt vergoed. De kosten van deze uitbreiding bedragen naar schatting 10% van het budget van het vervoer voor die groepen (€ 82,2 miljoen), namelijk € 8,2 miljoen. Deze wijziging wordt toegelicht in hoofdstuk 2 van de nota van toelichting bij het ontwerpbesluit houden wijziging van het Besluit zorgverzekering in verband met het zorgpakket Zvw 2019.

Vitaminen, mineralen en paracetamol

Per 1 januari 2019 zullen vitamines, mineralen en paracetamol waarvoor een gelijkwaardig of nagenoeg gelijkwaardig alternatief bestaat in de vrije verkoop niet meer worden vergoed vanuit het basispakket. Door deze maatregel komt ongeveer € 40 miljoen per jaar vrij. Deze middelen zal ik onder andere inzetten om de andere (pakket)maatregelen mogelijk te maken.

Het Zorginstituut heeft op 13 december 2016 geadviseerd om deze middelen uit het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) te verwijderen. Dit advies heeft mijn ambtsvoorganger u reeds toegezonden op 21 december 2016⁵. Het gaat hier in veel gevallen om geneesmiddelen en voedingssupplementen die lage kosten met zich meebrengen; gemiddeld gaat het om € 60 per patiënt per jaar. Bovendien gaat het om middelen die ook verkocht worden in de vrije verkoop, bijvoorbeeld bij een drogist. In dat geval zijn de middelen vaak aanzienlijk goedkoper, dit komt onder meer doordat een patiënt alleen betaalt voor de geneesmiddelkosten en er geen receptregelvergoeding van toepassing is. Doordat de kosten doorgaans lager uit zullen vallen dan het gemiddelde van € 60, kunnen de kosten voor eigen rekening van de patiënt komen en hoeven om die reden niet vanuit een collectieve verzekering vergoed te worden. Het Zorginstituut is van mening dat deze middelen vanuit het oogpunt van noodzakelijk te verzekeren zorg niet thuishoren in het pakket.

⁵ Kamerstuk 29 689, nr. 797.

Ik wil benadrukken dat de effectiviteit en medische noodzaak van het gebruik van deze middelen niet ter discussie staat. Zowel bij het Zorginstituut als bij VWS hebben partijen (patiëntenorganisaties en zorgverleners) hun zorgen geuit over het uitsluiten van deze middelen van vergoeding. Ik ga er vanuit dat patiënten en artsen het goede gesprek voeren om de juiste geneesmiddelen te kiezen en de therapietrouw te borgen. Daarbij zou de vergoedingsstatus geen invloed moeten hebben op het voorschrift van de behandelaar en het gesprek daarover met de patiënt. De behandelaar heeft de verantwoordelijkheid om geen zwaardere medicatie voor te schrijven dan nodig en om de patiënt uit te leggen waarom een geneesmiddel voorgeschreven wordt.

Gevolgen patiënten die langdurig gebruikmaken van deze geneesmiddelen

Ik ben mij ervan bewust dat dit voor patiënten vervelend kan zijn, voor zowel de patiënten die kortdurend op deze geneesmiddelen aangewezen zijn als patiënten die langer van deze geneesmiddelen gebruik moeten maken. Ik heb onderzocht of de maatregel zo aangepast kon worden zodat deze niet voor patiënten die langdurig van deze geneesmiddelen gebruik moeten maken van toepassing zou kunnen zijn. Dit is echter gecompliceerd omdat er geen eenduidige definitie te geven is van deze groep. De verschillende geneesmiddelen worden voor zeer verschillende aandoeningen ingezet. Dit betekent dat de enige manier om de groep af te bakenen is door het te koppelen aan de lengte van de duur van het gebruik van het middel. Gelet op het brede en langdurige gebruik van deze geneesmiddelen is daarmee de kans groot dat het effect van de maatregel teniet zou worden gedaan.

Ik kan me voorstellen dat de kosten voor deze geneesmiddelen ervaren kunnen worden als een stapeling van kosten. Bij brief van 17 november 2017 aan de Tweede Kamer is het kabinet nader ingegaan op de maatregelen die worden getroffen om de stapeling van kosten van eigen betalingen in de zorg tegen te gaan.⁶ Daarnaast zijn er, zoals het Zorginstituut heeft aangegeven in zijn advies, ook andere instrumenten om mensen te ondersteunen die door deze maatregel geraakt worden, zoals gemeentelijke regelingen binnen de Wmo 2015 en de bijzondere bijstand. Tevens bestaat de fiscale regeling aftrek specifieke zorgkosten. Ik zal bij de Vereniging Nederlandse Gemeenten onder de aandacht brengen dat ik deze maatregel uitvoer en hen vragen dit uit te dragen naar hun leden.

Omdat ik het van belang vind dat we een goed zicht hebben op het effect van deze maatregel, zal ik dit laten monitoren.

2. Gecombineerde leefstijlinterventies

Het Zorginstituut heeft al in 2009 in een duiding uiteengezet dat de gecombineerde leefstijlinterventie (hierna: GLI) deel uitmaakt van het basispakket. Een GLI is een combinatie van interventies gericht op het verminderen van de energie-inname, het verhogen van de lichamelijke activiteit en eventuele toevoeging op maat van psychologische interventies ter ondersteuning van de gedragsverandering. Ondanks de duiding kwam er geen aanbod tot stand. Het ontbrak zorgaanbieders en zorgverzekeraars aan voldoende duidelijkheid over inhoud en omvang van een GLI. Deze duidelijkheid is met behulp van een pilot met de beleidsregel innovatie van de NZa nu ontwikkeld en door het Zorginstituut recentelijk in een addendum op de eerdere duiding nader beschreven.

⁶ Kamerstukken 34 104 en 29 538, nr. 199.

Omdat ik de uitvoering van de GLI als een belangrijke stap zie, is hiervoor een budget gereserveerd van € 9 miljoen structureel vanaf 2020 en in verband met de opstart € 6,5 miljoen in het eerste jaar (2019).

De nieuwe zorgvorm heeft een sterk preventief karakter en daarom ga ik er van uit dat de GLI ook opbrengsten met zich meebrengt in de vorm van minder beroep op bestaande (duurdere) zorgvormen en in de vorm van maatschappelijke baten zoals een hogere participatie van de gebruikers van de GLI. Ik zal de kosten en de baten van de GLI nauwgezet gaan monitoren. Komende maanden wordt de vorm en inhoud van de monitor samen met een brede kring van deskundigen (o.a. RIVM, CPB, NZa, ZIN, Vektis, Erasmus Universiteit) bepaald. Vervolgens wordt de meest geschikte uitvoerder van de monitor gezocht en is het de bedoeling dat er per 1 januari 2019 gestart wordt.

3. Prenatale screening

Mijn ambtsvoorganger heeft het advies «Prenatale Screening en de NIPT» d.d. 31 juli 2017 van het Zorginstituut ontvangen. Het Zorginstituut heeft geadviseerd om de niet-invasieve prenatale test (NIPT) als eerste test zonder medische indicatie niet via het basispakket te financieren. De NIPT wordt momenteel gedeeltelijk gefinancierd door middel van een subsidie-regeling, waarover in het Regeerakkoord is afgesproken dat deze regeling beschikbaar blijft. Het Zorginstituut heeft ook in zijn advies geadviseerd om de andere onderdelen van de prenatale screening op dezelfde wijze te financieren als de NIPT. Deze onderdelen betreffen de 20 wekenecho (structureel echoscopisch onderzoek) en de counseling.

Alvorens ik een besluit neem over dit advies, vraag ik het RIVM om met een uitvoeringstoets de uitvoeringsconsequenties hiervan in kaart te brengen. Mijn voornemen is om op basis van de uitkomsten van deze uitvoeringstoets uiterlijk in het voorjaar 2019 een besluit te nemen over de wijze van de toekomstige financiering van de 20-wekenecho en de counseling. Voor mij staat hierbij voorop dat de zwangere vrouw geen last mag hebben van de vorm van financiering. De 20-wekenecho en de counseling blijven voorlopig onderdeel van het basispakket.

4. Voortgangsrapportage voorwaardelijke toelating 2018, verlenging van twee onderzoeken en afronding van een onderzoek

Bijgaand treft u de Voortgangsrapportage 2018, waarin de voortgang van de lopende trajecten de voorwaardelijke toelating wordt beschreven door het Zorginstituut Nederland⁷.

Het Zorginstituut heeft mij laten weten dat bij drie trajecten in de huidige voorwaardelijke toelating vertraging in het onderzoek is opgelopen. De belangrijkste reden hiervoor is dat er onvoldoende patiënten deelnemen aan deze studies. Het betreft de trajecten *Borstreconstructie na borstkanker met autologe vet transplantatie* (hierna: AFT), een nieuwe behandeling bij een bepaalde vorm van hernia (*PTED bij lumbale hernia*) en een nieuwe *behandeling bij uitgezaaide huidkanker met tumor infiltrerende lymfocyten*. Bij de eerste twee trajecten verwacht het Zorginstituut dat deze studies met een verlenging van 2,5 jaar (AFT) en 11 maanden (PTED) voldoende onderzoeksgegevens oplevert om de pakketvraag te beantwoorden.

⁷ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

Omdat ik het belang onderschrijf dat deze potentieel veelbelovende behandelingen sneller bij de patiënt terecht komen heb ik besloten akkoord te gaan met het advies om deze twee trajecten met 2,5 jaar en 11 maanden te verlengen. Deze verlenging is mogelijk binnen de maximale onderzoeksperiode van voorwaardelijke toelating (7 jaar). Bij het onderzoek naar de nieuwe behandeling bij uitgezaaide huidkanker kan het Zorginstituut nog onvoldoende inschatten of dit onderzoek binnen de maximaal toegestane periode kan worden afgerond. Ik neem het advies van het Zorginstituut over om de ontwikkelingen bij dit onderzoek het komende jaar af te wachten, alvorens over dit traject in een later stadium een besluit te nemen.

Ten slotte heeft het Zorginstituut op 29 maart 2018 zijn standpunt gepubliceerd over de behandeling van volwassen patiënten met auto-antilichaampositieve systemische lupus erythematosus (SLE) met belimumab. Dit rapport is opgenomen in de bijlage⁸. Belimumab is voor zowel de voorwaardelijk toegelaten intraveneuze toedieningsvorm als de subcutane toedieningsvorm effectief bevonden. Dit betekent dat per 1 mei 2018 de voorwaardelijke toelating voor deze behandeling is komen te vervallen en dat het onderdeel uitmaakt van het basispakket (Stcrt. 2018, nr. 23847).

Tevens heb ik u op 21 mei 2018 een brief gestuurd over de nieuwe subsidieregeling Veelbelovende zorg Sneller bij de Patiënt⁹, die de regeling voor voorwaardelijke pakkettoelating per 2019 gaat vervangen.

5. Verbetersignalen Zorginstituut

In het kader van het programma «Zinnige zorg» licht het Zorginstituut het verzekerde pakket systematisch door. De volgende twee zorgtrajecten zijn met betrokken koepels van patiënten, aanbieders en verzekeraars onder de loep genomen.

Verbetersignalement «Pijn op de borst»

Op 12 december 2017 heeft het Zorginstituut het verbetersignalement «Pijn op de borst (verdenking) stabiele angina pectoris» gepubliceerd¹⁰.¹¹ Samen met patiëntenorganisaties, zorgaanbieders en verzekeraars zijn concrete verbeteracties afgesproken op alle onderdelen van het zorgtraject (risicostratificatie en diagnostiek, behandeling, follow up voor stabiele angina pectoris, CVRM en hartrevalidatie). Het gaat dan onder andere over het vermijden van overdiagnostiek en het voorkomen van onderbehandeling. Daarnaast werken de betrokken partijen aan het aanpassen van richtlijnen om betere aansluiting tussen de eerste en tweede lijn en tussen de professionals binnen deze lijnen te realiseren. Verder gaat men in de spreekkamer meer aandacht besteden aan gedeelde besluitvorming door het ontwikkelen van keuzehulpen voor de patiënt.

Samen met betrokken partijen zal het Zorginstituut de aangekondigde verbeteracties jaarlijks evalueren. Over ongeveer drie jaar zal het Zorginstituut een evaluatierapport uitbrengen over de door de sector bereikte verbeteringen.

⁸ Raadpleegbaar via www.tweedekamer.nl

⁹ Kamerstukken 29 689 en 32 620, nr. 905.

¹⁰ Te raadplegen op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/01/31/verbetersignalement-%E2%80%99pijn-op-de-borst%E2%80%99>.

¹¹ Pijn op de borst door een geleidelijk ontstane vernauwing.

Verbetersignalement «Zinnig gebruik van dure oncolytica»

De belangrijkste verbetersignalen in het verbetersignalement over dure oncolytica^{12, 13}, uitgebracht door het Zorginstituut op 31 januari 2018, betreft gepaste inzet van oncolytica. De behandeling van veel tumortypes is sterk aan verandering onderhevig, daarom moet er bij richtlijnactualisatie aandacht zijn voor start en stop criteria op basis van patiënt- en ziektekenmerken. Verder wijst het Zorginstituut op het belang van een goede registratie van patiënt- en ziektekenmerken die mogelijk bepalend zijn voor een behandelafweging. Het Zorginstituut vraagt aan partijen in het veld om een brede discussie over de toepasbaarheid van dit verbeter-signalement te voeren. Het Zorginstituut zal het implementatieproces monitoren en hierover rapporteren in de vorm van voortgangsrapportages.

6. Financiële gevolgen

Hieronder de tabel met financiële gevolgen van de pakketmaatregelen 2019 en de GLI. De resterende opbrengst (structureel € 16,9 miljoen) is grotendeels ingezet voor het mogelijk maken van de maximering van de GVS-bijbetalingen (€ 15 miljoen)¹⁴.

Maatregel	2019	2020 en verder
Gesuperviseerde oefentherapie bij COPD	€ 0	€ 0
Uitbreiding ziekenvervoer	+€ 8,2 miljoen	+€ 14,1 miljoen
Vitaminen, mineralen, paracetamol	-€ 40,0 miljoen	-€ 40,0 miljoen
GLI	+€ 6,5 miljoen	+€ 9,0 miljoen ¹
Totaal	-€ 25,3 miljoen	-€ 16,9 miljoen

¹ Vanaf 2021 is als gevolg van de GLI sprake van een besparing op de zorgkosten (€ 2,5 mln in 2021, oplopend tot € 9 mln in 2023).

De Minister voor Medische Zorg,
B.J. Bruins

¹² Te raadplegen op: <https://www.zorginstituutnederland.nl/publicaties/rapport/2018/01/31/verbetersignalement-dure-oncolytica>.

¹³ Oncolytica: immunotherapie of doelgerichte therapie bij niercelkanker.

¹⁴ Eén van de maatregelen genoemd in de Kamerbrief vermeld in noot 4.