

*Rapport*

## **Pakketadvies 2012**

Op 6 april 2012 uitgebracht aan de minister van  
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

*Publicatienummer* **307**

<i><b>Uitgave</b></i>	College voor zorgverzekeringen Postbus 320 1110 AH Diemen E-mail <a href="mailto:info@cvz.nl">info@cvz.nl</a> Internet <a href="http://www.cvz.nl">www.cvz.nl</a>
<i><b>Volgnummer</b></i>	2012004958
<i><b>Afdeling</b></i>	ZORG-ZA
<i><b>Auteur</b></i>	
<i><b>Doorkiesnummer</b></i>	
<i><b>Website</b></i>	Dit rapport kunt u vinden op onze website <a href="http://www.cvz.nl">www.cvz.nl</a>



## Inhoud:

*pag.*

	Samenvatting	
1	1. Inleiding	
6	2. Wanneer is het noodzakelijk om zorg collectief verzekeren?	
6	2.a. Inleiding	
6	2.b. Streng en evenwichtig beoordelen	
6	2.b.1. Inleiding	
7	2.b.2. Is er sprake van een individuele zorgvraag?	
7	2.b.3. Is er sprake van een aandoening?	
10	2.b.4. Is er sprake van een geneeskundige interventie en van een zorgvorm zoals de relevante beroepsbeoefenaren plegen te bieden?	
10	2.b.5. Is de ziekte ernstig genoeg?	
11	2.b.6. Is het middel of de zorg algemeen gebruikelijk?	
12	2.b.7. Gaan de kosten de draagkracht van de patiënt te boven?	
12	2.b.8. Is het uit het oogpunt van gezondheidsbevordering wenselijk de interventie te verzekeren?	
13	2.b.9. Is de interventie effectief?	
14	2.b.10. Is de interventie kosteneffectief?	
15	2.b.11. Is het uitvoerbaar om de interventie te verzekeren?	
15	2.b.12. Samenvattende conclusie	
17	3. Hoe zorgen we voor een gepast gebruik van het pakket?	
17	3.a. Inleiding	
18	3.b. Verkeerde prikkels in het zorgsysteem	
19	3.c. Wat gaat het CVZ doen aan gepast gebruik?	
20	3.d. De rol van de zorgaanbieder	
22	3.e. De rol van de patiënt	
24	3.f. De rol van de verzekeraar	
26	3.g. Gepast gebruik: input van partijen	
28	3.h. Conclusies	
29	4. Gepast gebruik van GGZ	
29	4.a. Rapport Geneeskundige GGZ	
30	4.b. Conclusie	
31	5. Risicogericht pakketbeheer	
31	5.a. Inleiding	
31	5.b. Risicogerichte beoordeling van extramurale geneesmiddelen	
33	6. Voorwaardelijke toelating en financiering	
33	6.a. Per 1 januari 2012 voorwaardelijke toelating mogelijk	
34	6.a.1. Selectie onderwerpen 2012	

39	7.	Overzicht adviezen
39	7.a.	Inleiding
39	7.b.	Geneesmiddelenbeoordelingen
42	7.c.	Geen instroom
43	7.d.	Instroom
43	7.e.	Uitstroom
45	7.f.	Systeemadviezen
45	7.f.1.	In de Zvw
46	7.f.2.	In de AWBZ
49	8.	Overzicht standpunten
49	8.a.	Inleiding
49	8.b.	Het belang van standpunten
50	8.c.	Standpunten (deels) te verzekeren zorg
50	8.c.1.	In de Zvw
57	8.c.2.	In de AWBZ
58	8.d.	Standpunten geen te verzekeren zorg
58	8.d.1.	In de Zvw
63	8.d.2.	Indicatiegeschillen
69	9.	Kostenontwikkeling
75	10.	Reacties belanghebbende partijen
75	10.a.	Geconsulteerde partijen
76	10.b.	Ontvangen reacties
76	10.b.1.	Kernboodschap: geen generieke pakketingrepen
77	10.b.2.	Gepast gebruik
78	10.b.3.	Lage ziektelast
79	10.b.4.	Innovatie en voorwaardelijke toelating
79	10.b.5.	Kostenanalyse
80	11.	Adviescommissie Pakket
81	12.	Besluit CVZ

### ***Bijlage(n)***

1. Reactie minister van VWS op het Pakketadvies 2011
2. Overzicht pakket 2012
3. Afkortingenlijst
4. Taak en samenstelling adviescommissies CVZ
5. Voorwaardelijke toelating / financiering van zorg
6. Overzicht van adviezen en standpunten
7. Overzicht ontvangen reacties bestuurlijke consultatie met reactie CVZ

## Samenvatting

### **Zorgen over betaalbaarheid**

In de samenleving zijn grote zorgen over de betaalbaarheid van het collectief verzekerde pakket. De zorguitgaven zijn in 10 jaar tijd meer dan verdubbeld. Deze groei is niet simpelweg toe te rekenen aan de vergrijzing, maar wordt vooral veroorzaakt door het beschikbaar komen van nieuwe behandelmethoden en een groter gebruik van zorg door alle leeftijdsgroepen. Er is dus meer aanbod, dat bovendien intensiever wordt gebruikt, onder andere als gevolg van terechte én onterechte verbreding van de indicatiegebieden.

### **Bedreigingen evenwichtig pakket**

Het CVZ streeft naar een collectief verzekerd pakket dat zich kenmerkt door een evenwicht tussen toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Dat evenwicht wordt op verschillende manieren verstoord: bijvoorbeeld door ongewenste praktijkvariatie, zoals bij de behandeling van depressie; door de onbeheerste implementatie van nieuwe technieken, zoals bij de plaatsing van ICD's in de cardiologie; door het oprekken van indicaties zoals bij de behandeling van varices; en door het vergoeden van niet-verzekerde zorg (onvoldoende bewezen effectieve en kosteneffectieve behandelingen).

### **Gepast gebruik en stringent pakketbeheer**

Voor het behoud van een evenwichtig pakket benadrukt het CVZ het belang van het bevorderen van gepast gebruik in combinatie met *stringent pakketbeheer*: het streng toepassen van de wet- en regelgeving en de pakketprincipes aan de hand van nader uitgewerkte beoordelingscriteria. Dat draagt niet alleen bij aan een evenwichtig pakket maar ondersteunt ook het gepast gebruik van zorg.

### **Structurele beheersing zorgkosten essentieel**

Het CVZ acht de *structurele* beheersing van de zorgkosten daarbij van grotere waarde dan kostenverlaging op korte termijn door generieke pakketingrepen, omdat die kunnen leiden tot gezondheidsverlies waarvoor (veel) later alsnog de rekening moet worden betaald.

### **Uitstroom via lage ziektelast kan averechts werken**

In de *Uitvoeringstoets Lage-ziektelast benadering* constateert het CVZ dat grote, generieke ingrepen op basis van lage ziektelast het zorgcontinuüm kunnen verstoren doordat de toegankelijkheid van delen van de lichtere zorg dan belangrijk afneemt. Dit kan ook de betaalbaarheid op de langere termijn negatief beïnvloeden, omdat juist deze lichtere interventies (waaronder ook geïndiceerde preventie) kunnen zorgen dat erger wordt voorkomen, zowel in termen van gezondheid als in termen van schadelast. Denk bijvoorbeeld aan bloeddrukverlagende medicijnen die hartfalen op latere leeftijd kunnen voorkomen of vertragen. Veel kan in de eerste lijn worden opgevangen, waarbij de huisarts een cruciale rol vervult.

<b><i>Gerichte toepassing lage ziektelast wel mogelijk</i></b>	Het CVZ acht meer gerichte, specifieke toepassing van het lage-ziektelast criterium wel goed mogelijk, bijvoorbeeld bij aandoeningen die maatschappelijk daadwerkelijk als 'ongemak' worden beschouwd of bij heel specifieke indicaties.
<b><i>Gepast gebruik vraagt inzet alle partijen</i></b>	Het stimuleren van gepast gebruik en een doelmatige uitvoering van zorg pakt overbodige en onnodige kosten aan en levert kwaliteitswinst op. Er is groeiend besef dat ongepast en ondoelmatig gebruik van zorg alleen kan worden teruggedrongen als alle betrokken partijen - zorgaanbieders, fabrikanten, patiënten en verzekeraars - meewerken. En ook het ministerie van VWS, de NZa, ZonMw en het CVZ zullen hun inspanningen goed op elkaar moeten afstemmen.
<b><i>Initiatieven van verzekeraars en aanbieders</i></b>	Verzekeraars voeren hun inspanningen op om gepast gebruik van zorg te realiseren en de wetenschappelijke verenigingen van de beroepsbeoefenaren nemen steeds meer initiatieven voor een doelmatige inzet van zorg door middel van richtlijnontwikkeling.
<b><i>Geconsulteerde partijen ervaren negatieve prikkels gepast gebruik</i></b>	Zorgaanbieders, patiënten en verzekeraars hebben elk vanuit hun eigen rol mogelijkheden om gepast gebruik te bevorderen. Het CVZ heeft de bij het <i>Pakketadvies 2012</i> geconsulteerde partijen gevraagd om in hun reacties de eigen initiatieven rond gepast gebruik te presenteren. Hieraan is ruimschoots gehoor gegeven. Veel partijen noemden in hun reactie echter ook de negatieve prikkels in het stelsel ten aanzien van gepast gebruik. Het gaat dan bijvoorbeeld om schotten tussen eerste en tweede lijn, en tussen curatieve en langdurige zorg. Daardoor is het voor aanbieders of verzekeraars vaak lucratiever om zorg vanuit een duurder segment te leveren, terwijl het goedkopere segment gezien de zorgvraag 'gepaster' zou zijn. Daarnaast noemen zij de perverse prikkels in het verrichtingensysteem (DBC's).
<b><i>'Gestimuleerde zelfregulering'</i></b>	Het CVZ geeft van zijn kant als volgt invulling aan de bevordering van gepast gebruik: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Het systematisch opsporen en benoemen van concrete voorbeelden van ongepast gebruik of verspilling in de zorg.</li> <li>• Het uitbrengen van standpunten en duidingen als afbakening van verzekerde, ten opzichte van niet-verzekerde zorg en waar nodig specifiek aangeven van de gepaste indicaties.</li> <li>• Het vervolgen van het Ronde Tafeloverleg, waar we ons gezamenlijk met andere partijen richten op het bevorderen van gepast gebruik (verzorgend wassen, ICD's).</li> <li>• Verbeteren van controle en toezicht van zorguitgaven door middel van participatie in PIN CET (Project Intensivering Controle en Toezicht).</li> </ul>
<b><i>Afdwingen gepast gebruik</i></b>	Indien deze vormen van 'gestimuleerde zelfregulering' onvoldoende resultaat opleveren, kan het CVZ het gepast

gebruik ook op een formelere manier afdwingen door te adviseren bepaalde indicatie-interventie combinaties expliciet in de regelgeving te includeren of juist uit te sluiten, analoog aan de huidige uitsluiting van behandelingen van plastisch chirurgische aard of de indicatiebeperking op bijlage 2 bij de geneesmiddelen. In het advies over stringent pakketbeheer, dat medio 2012 zal verschijnen, werken we deze laatstgenoemde aanpak nog verder uit.

***Aanbevelingen aan de minister van VWS***

In het licht van het voorgaande doet het CVZ de volgende aanbevelingen aan de minister van VWS:

- Streef structurele beheersing van de zorgkosten na in plaats van kostenverlaging op korte termijn via generieke ingrepen, zeker waar deze leiden tot gezondheidsverlies waarvoor (veel) later de rekening moet worden betaald;
- Stimuleer richtlijnontwikkeling en de implementatie daarvan;
- Pas het bekostigingssysteem zodanig aan dat financiële prikkels het gepast gebruik van zorg stimuleren;
- Besteed meer aandacht aan verbetering van controle en toezicht.

***Overige adviezen***

Daarnaast vraagt het CVZ in het Pakketadvies 2012 bijzondere aandacht voor een aantal individuele adviezen rond voorwaardelijke toelating, de GGZ en het risicogericht beoordelen van zorg voor toelating tot het verzekerde pakket.

***Voorwaardelijke toelating***

Per 1-1-2012 is het instrument van de voorwaardelijke toelating ingevoerd. Nieuwe interventies die zich nog onvoldoende hebben kunnen bewijzen, maar ook reeds verzekerde interventies waarbij twijfel bestaat over de (kosten)effectiviteit kunnen voorwaardelijk worden toegelaten voor een periode van maximaal 4 jaar. In die periode kunnen dan de benodigde gegevens worden verzameld waarop een definitief in- of uitstroombesluit kan worden gebaseerd.

Het CVZ heeft voor de minister de procedure op hoofdlijnen uitgewerkt. Deze is van toepassing op dure specialistische geneesmiddelen. Verder doen we vier suggesties voor interventies die in aanmerking komen voor voorwaardelijke toelating:

- Percutane renale denervatie bij therapieresistente hypertensie;
- Intra-arteriële thrombolysie bij herseninfarct;
- Obesitas bij kinderen: leefstijlinterventie voor kind en gezin;
- Claudicatio intermittens: gesuperviseerde looptraining en Claudicationet

Later dit jaar zal het CVZ meer gedetailleerde procedures voor respectievelijk de specialistische geneesmiddelen en voor de niet-farmaceutische geneeskundige zorg uitwerken.

**Advies GGZ**

Het rapport over de geneeskundige GGZ laat zien dat er met gepast gebruik en een goede beleidsinzet veel kwaliteitswinst en kostenbeheersing valt te realiseren.

We hebben verduidelijkt wat wel en niet tot de te verzekeren zorg behoort, en daarbinnen welke zorg tot de huisartsenzorg, de eerstelijnspsychologische zorg en de tweedelijnszorg behoort. Dit biedt hulpverleners en verzekeraars handvatten voor het bieden van gepast gebruik en het uitoefenen van controle en toezicht. Verder adviseren we om de eerstelijns verder te versterken en vanuit de publieke gezondheid aandacht te besteden aan mentale fitheid.

Richtlijnontwikkeling moet verder plaatsvinden over wanneer opname of dagbehandeling moet plaatsvinden en over de duur van behandeling.

**Risicogericht  
beoordelen  
extramuraal  
geneesmiddelen**

Het CVZ stelt voor om in de toekomst in de geneesmiddelenbeoordeling te kiezen voor toetsing van kosteneffectiviteit bij geclaimde meerwaarde, wanneer er een grote budgetimpact is te verwachten.

**Adviezen en  
standpunten  
indicatie-  
interventiecombinaties**

Tenslotte heeft het CVZ adviezen en standpunten uitgebracht over afzonderlijke indicatie-interventie combinaties. De vraag of een zorgvorm 'gepast' is hangt af van de vraag bij welke indicaties de interventie hoort te worden ingezet, en wanneer niet. Vandaar dat het begrip indicatie-interventiecombinaties steeds belangrijker wordt in het kader van gepast gebruik, en ook in de effectiviteitsbeoordeling.

Door duidelijk te omschrijven wat de (kosten)effectiviteit van zorg is bij welke indicaties faciliteren we ook de uitvoeringspraktijk bij het aanbieden, gebruiken en contracteren van gepaste zorg en het toezicht daarop.



## 1. Inleiding

Voor u ligt het Pakketadvies 2012. Het jaarlijks pakketadvies is het rapport waarin het CVZ jaarlijks de minister van VWS en de politiek adviseert over het basispakket voor het komende jaar. Een pakket waarin kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid in evenwicht zijn.

### ***Kwaliteit en toegankelijkheid goed***

De kwaliteit van leven in Nederland is goed vergeleken met de ons omringende landen. De zorg is goed toegankelijk en de levensverwachting behoort tot de hoogste in de Europese Unie<sup>1</sup>. Enige jaren terug behoorden we met onze kosten tot de middenmoot van Europa, maar inmiddels staat Nederland bovenaan in de Europese ranglijst als het gaat om zorgkosten als percentage van het Bruto Nationaal Product (BNP). Daarbij is het collectief gefinancierde deel (gebaseerd op verplichte solidariteit) relatief hoog<sup>2</sup>. Dit geldt in het bijzonder voor de ouderenzorg. Nederland heeft, met de Scandinavische landen, een bovengemiddeld aandeel van publiek gefinancierde langdurige zorg. Het verschil met de Scandinavische landen is dat het in Nederland veelal de vorm heeft van centraal geformuleerde aanspraken, en minder via de gemeenten is geregeld<sup>3</sup>.

### ***internationaal***

### ***Betaalbaarheid op macroniveau (collectieve lasten) problematisch***

Er zijn daarom grote zorgen over de betaalbaarheid van het collectief verzekerde pakket. De zorguitgaven zijn in de afgelopen tien jaar sterk gegroeid en de economische groei blijft achter. Nu al verdringt de zorg veel andere collectieve uitgaven. Alleen bij onderwijs en sociale zekerheid zien we nog enige groei, maar die is zeer beperkt in vergelijking tot de kostengroei in de zorg.

### ***Oorzaak kostengroei***

De groei van de zorguitgaven wordt voornamelijk veroorzaakt door het beschikbaar komen van nieuwe behandelmethoden en het toegenomen gebruik van zorg door alle leeftijdsgroepen. De groei is dan ook niet simpelweg alleen toe te rekenen aan de vergrijzing. In alle leeftijdsgroepen stijgen de kosten van het zorggebruik, maar bij de leeftijdsgroep van 65 jaar en ouder relatief minder. Uiteraard neemt het aantal ouderen snel toe en ook het zorggebruik neemt toe met de jaren. In hoofdstuk 9 gaan we nader in op de achtergrond van de kostengroei.

### ***Omvang pakket: nieuwe behandelmethoden***

Anders dan vaak gedacht wordt, is er in de afgelopen jaren veel nieuwe zorg ingestroomd. Het pakket wordt elk jaar rijker. Het omvat steeds meer zorg, nieuwe technologie kan instromen als de effectiviteit is aangetoond. Dat is goed voor de toegankelijkheid, maar op onderdelen is strengere

<sup>1</sup> Dit geldt voor mannen. De levensverwachting van vrouwen is vergelijkbaar met het gemiddelde in de EU. CPB. Monitor Duurzaam Nederland. 2011.

<sup>2</sup> OECD. Health at a Glance. 2011.

<sup>3</sup> OECD. Help wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Health policy studies 2011.

beoordeling nodig. Het gaat vaak om specialistische behandelingen in ziekenhuizen. Als er een effectieve innovatieve therapie of geneesmiddel tegen een ernstige ziekte als bijvoorbeeld kanker beschikbaar komt met een duidelijke meerwaarde, zoals de protontherapie, wordt die doorgaans zonder problemen opgenomen in de basisverzekering. Deze instroom is meestal niet zichtbaar in de polis in tegenstelling tot de beperkingen die worden doorgevoerd.

***Groei wordt deels veroorzaakt door omvang basispakket, maar ook door het gebruik ervan***

De groei van de zorguitgaven wordt deels veroorzaakt door de omvang van het basispakket, maar vooral ook door het gebruik ervan, het volume. We doen sneller dan vroeger een beroep op de zorg, zowel op somatische als geestelijke gezondheidszorg. Bij bevallingen of tandheelkunde wordt eerder om een verdoving gevraagd. Ook het beroep op de GGZ neemt toe. Bovendien blijkt uit onderzoek in opdracht van de verzekeraars dat er sprake is van grote praktijkvariatie die zich uit in deels onverklaarbare regionale verschillen in gebruik van zorg.<sup>4</sup>

Er zijn in principe diverse manieren om de groei van de zorguitgaven te beheersen, die in samenhang moeten worden bekeken en toegepast.

- Ingrepen in de omvang van het pakket
- Zorgfinanciering (tarieven)
- Uitvoering verbeteren door
  - gepast gebruik van zorg
  - een andere organisatie van de zorg en de financiering
  - ontwikkeling risicoverevening
  - toezicht
- Stelsel financiering
  - eigen risico, eigen betalingen, werkgeversbijdrage
- Capaciteitsbeleid

***Gepast gebruik belangrijke knop***

Om de zorguitgaven te beheersen ziet het CVZ als eerste prioriteit dat we gepast gebruik maken van zorg. Dat betekent alleen dan zorg inzetten wanneer iemand er echt voor in aanmerking komt, en waar mogelijk beginnen met stepped care. Ook is het van belang om te bewaken dat alleen die zorg die onder de wettelijk verplichte verzekering valt, vergoed wordt. Hier is nog enorm veel winst mee te boeken op het volume van het zorggebruik. Dat vergt gezamenlijke inspanningen van alle betrokken partijen. Patiënten, aanbieders, verzekeraars, ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg, ZonMw, de Nederlandse Zorgautoriteit, DBC-Onderhoud en het CVZ. De 'prikkels' moeten goed staan om zuinig om te gaan met het verplichte collectieve basispakket.

---

<sup>4</sup> Zorgverzekeraars Nederland. Rapportage indicatoren indicatiestelling (praktijkvariatie). Zeist, 2011.

<b><i>Streng toetsen</i></b>	Het streng toetsen van het bestaande pakket en innovaties aan de wet- en regelgeving en de pakketcriteria blijft van wezenlijk belang voor het behoud van een evenwichtig samengesteld basispakket.
<b><i>Indien dat geen uitkomst biedt: pakketverkleining</i></b>	Een samenstel van maatregelen is nodig om tot kostenbeheersing te komen. Naast gepast gebruik, toezicht op de rechtmatigheid van de uitgaven en een stringente beoordeling of zorg tot het huidige verzekerde pakket behoort, of zou moeten behoren, kan ook pakketverkleining overwogen worden. In dat kader heeft het CVZ op verzoek van de minister verkend of met het uitsluiten van zorg voor aandoeningen met een lage ziektelast de zorguitgaven voor het pakket met 1,3 mld. euro kunnen worden verkleind.
<b><i>Mogelijkheden pakketverkleining zonder gevolgen voor kwaliteit en toegankelijkheid zijn beperkt</i></b>	<p>Het CVZ concludeert in het kader van deze uitvoeringstoets dat het weliswaar technisch mogelijk is om de zorg bij een aantal aandoeningen uit te sluiten van vergoeding, maar dat een substantiële verkleining van het pakket grote risico's met zich meebrengt voor de kwaliteit en de toegankelijkheid van zorg, omdat daardoor óók zorg die belangrijk is voor stepped care zal worden geraakt. Richtlijnen en zorgstandaarden zijn gericht op het leveren van kwalitatief goede zorg en stepped care waar mogelijk. Op het moment dat substantiële delen van de zorg uit de richtlijnen en standaarden niet collectief verzekerd zijn, lopen de kwaliteit en het gepast gebruik van zorg risico. Daarmee is het continuüm van zorg doorbroken dat begint bij diagnostiek, waar mogelijk volgt geïndiceerde preventie en niet-invasieve (conservatieve) behandeling, voordat zwaardere zorg in beeld is.</p> <p>Dat betekent overigens niet dat alle stappen binnen stepped care altijd collectief verzekerd moeten zijn. Sommige stappen in het zorgcontinuüm zijn ook nu niet verzekerd en hoeven dat ook niet noodzakelijk te zijn. Een generieke pakketmaatregel zou echter ook de zorgonderdelen treffen waarvoor verzekerd zijn wel cruciaal is, in termen van toegankelijkheid en kwaliteit.</p>
<b><i>Gevaar voor stepped care en dus voor kwaliteit en betaalbaarheid</i></b>	Wanneer maatregelen om het pakket te verkleinen gevolgen hebben voor de toegang tot zorg dan doemen nieuwe risico's op. Voor beroepsgroepen kan het moeilijker worden om de goede zorg te leveren. Patiënten kunnen, vanwege de kosten, van zorg afzien met gevolgen voor hun individuele gezondheid. Dit kan leiden tot hogere kosten doordat later een beroep gedaan moet worden op zwaardere en duurdere zorg, of tot maatschappelijke effecten zoals overlast en ziekteverzuim.
<b><i>Liever geen substantiële pakketverkleining</i></b>	Daarom is het CVZ terughoudend om te adviseren het pakket substantieel te verkleinen op basis van lage ziektelast. Daarmee komt goede zorg onder druk te staan. De inzet is om

kritisch te blijven kijken naar het huidige pakket en innovaties. Dit streng beoordelen van het pakket ondersteunt ook het gepast gebruik van zorg. Immers als duidelijk is voor welke indicatie welke interventie effectief en kosteneffectief is, kan zorg gepast worden ingezet en kan gecontroleerd worden of deze zorg terecht gedeclareerd wordt, niet meer en niet minder.

Samengevat adviseert het CVZ de minister om zorgvuldig om te gaan met het huidige basispakket. Substantiële ingrepen in het pakket brengen onherroepelijk risico's met zich mee voor de kwaliteit van de zorg met name voor de laagst betaalden, waar zich veelal de grootste gezondheidsproblemen voordoen.

### ***Leeswijzer***

In de volgende hoofdstukken lichten we de adviezen en activiteiten gericht op een verantwoord pakket en het gepast gebruik ervan nader toe.

Vooraf moet gezegd worden dat het pakketadvies en de door het CVZ gehanteerde beoordelingssystematiek betrekking hebben op het gehele pakket van sociale ziektekostenverzekeringen (Zvw én AWBZ), maar dat het accent in de uitwerking dit jaar toch vooral bij de Zvw ligt. De adviezen die betrekking hebben op het beoordelingsproces (lage ziektelast, voorwaardelijke toelating, extramurale geneesmiddelen) en enkele wat grotere adviezen zoals fysiotherapie bij COPD en curatieve GGZ zijn alle Zvw-gerelateerd. Toch zijn er ook dit jaar enkele adviezen op het terrein van de AWBZ, met name het signalement wonen en zorg en de IQ-maatregel.

### ***Noodzakelijk te verzekeren zorg***

In hoofdstuk 2 beschrijven we hoe we toetsen of zorg tot het pakket behoort, en al of niet moet in- of uitstromen. Hier gaan we ook dieper in op het advies over de mogelijkheid om het pakket te beperken op grond van toetsing aan het ziektelastcriterium. Ook beschrijven we de ervaringen van het CVZ met de toetsing van dure geneesmiddelen aan het criterium kosteneffectiviteit en de advisering hierover aan de minister. In hoofdstuk 3 beschrijven we hoe we samen met partijen gepast gebruik van zorg bevorderen en faciliteren.

In hoofdstuk 4 lichten we het advies toe over de GGZ. Dit advies richt zich op de bevordering van gepast gebruik en een rechtmatige uitvoering. Hoofdstuk 5 gaat in op het risicogericht beoordelen van zorg, ofwel wanneer is het nodig om zorg vooraf te toetsen voor toelating tot het pakket. Hoofdstuk 6 bevat een nadere uitwerking van voorwaardelijke toelating tot het pakket, gericht op het genereren van informatie voor advisering over definitieve toelating of uitstroom.

Vervolgens volgt een overzicht van de beoordeling van afzonderlijke interventies in hoofdstuk 6 en 7. Hoofdstuk 9 bevat een analyse van de kostengroei van de afgelopen jaren. In hoofdstuk 10 zijn de reacties van belanghebbende partijen opgenomen en het antwoord hierop van het CVZ. In hoofdstuk 11 en 12 zijn respectievelijk het advies van de ACP en het besluit van het CVZ opgenomen.

## 2. Wanneer is het noodzakelijk om zorg collectief verzekeren?

### 2.a. Inleiding

**Pakketadviezen en standpunten ondersteunen gepast gebruik van zorg**

De omvang van het basispakket is het resultaat van politieke besluitvorming. Het CVZ toetst het bestaande pakket en nieuwe interventies aan de wetgeving en aan de pakketprincipes. Op grond daarvan adviseren we de minister over gewenste in- of uitstroom of nemen we standpunten in over wat nu wel of niet onder het te verzekeren pakket valt en voor wie. We bedoelen hiermee dat we beoordelen bij welke indicatie een bepaalde interventie effectief is. Deze standpunten ondersteunen de partijen in de uitvoering om gepast gebruik van zorg te bieden.

**Welke criteria**

Bij de toetsing aan de pakketprincipes hanteert het CVZ een normenkader, en doet een integrale afweging van de uitkomsten van deze toetsing. Ook dit normenkader is onderwerp van politieke besluitvorming. Voor de beoordeling van de effectiviteit is dit normenkader vastgesteld. Voor de overige pakketcriteria zoals kosteneffectiviteit, ziektelast en voor eigen rekening zijn geen eenduidige afkappunten vastgesteld. Het CVZ kan in zijn beoordelingen laten zien wat de effecten zijn van het hanteren van een bepaald afkappunt.

**Politieke besluiten**

### 2.b. Streng en evenwichtig beoordelen

#### 2.b.1. Inleiding

Niet altijd worden alle criteria toegepast, en ook de volgorde ligt niet vast. Soms is het niet voldoen aan een enkel criterium of wettelijk vereiste voldoende voor een negatief standpunt of advies. En de volgorde van beoordeling is voor hulpmiddelen bijvoorbeeld net iets anders geregeld dan voor medisch specialistische zorg, en is voor farmacie weer anders. Enkele criteria hebben een wettelijke basis, omdat zij pakketbrede gelding hebben (de behoefte aan zorg, effectiviteit, plegen te bieden). De overige criteria hebben een meer beperkte reikwijdte; zij begrenzen specifieke indicatie-interventie gebieden.

Hieronder zullen we de afzonderlijke vragen van pakketbeoordeling bespreken en illustreren aan de hand van enkele voorbeelden. De eerste twee vragen gaan vooraf aan de eigenlijke pakketbeoordeling en hebben betrekking op het domein van de Zvw. De derde vraag betreft het 'Plegen te bieden' en is een wettelijk criterium. De volgende vier vragen zijn deelvragen uit het pakketcriterium Noodzakelijkheid. Tenslotte komen de overige drie pakketcriteria als deelvragen aan de orde.

Wanneer we een advies of standpunt formuleren hanteren we daarbij een bepaald stramien. Voor een standpunt (het

zogenaamde proces 'duiden') kijken we alleen naar de wettelijke criteria, en met name naar de 'stand van de wetenschap en praktijk', waarin de effectiviteit van een interventie wordt beoordeeld. Voor een advies kijken we behalve naar effectiviteit ook naar noodzakelijkheid, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. Dat zijn de vier pakketprincipes die we hebben beschreven in Pakketbeheer 1 en Pakketbeheer 2. Sommige pakketprincipes bestaan evenwel uit meerdere deelvragen. Voor de leesbaarheid beperken we ons in dit Pakketadvies tot het benoemen van de vragen en gaan we niet nader in op de opbouw van de processen duiden en adviseren.

- Is er sprake van een individuele zorgvraag?
- Is er sprake van een aandoening?
- Is er sprake van 'plegen te bieden'?
- Is de ziekte ernstig genoeg?
- Is het middel algemeen gebruikelijk?
- Zijn de kosten niet individueel betaalbaar?
- Speelt gezondheidsbevordering een rol?
- Is de interventie effectief?
- Is de interventie kosteneffectief?
- Is het uitvoerbaar de interventie te verzekeren?

#### *2.b.2. Is er sprake van een individuele zorgvraag?*

De Zvw is een individuele schadeverzekering. De zorg zoals bedoeld in de Zvw behelst de (vergoeding van kosten van) zorg die geleverd wordt vanaf het moment dat een verzekerde zich met een zorgvraag bij een zorgverlener meldt.

#### **Selectieve preventie**

Behandeling of diagnostiek die geen betrekking heeft op een individuele zorgvraag valt dus niet onder het bereik van de zorgverzekering. In ons rapport *Van preventie verzekerd*<sup>5</sup> omschrijft het CVZ selectieve preventie als het ongeraagd benaderen van (hoog)risicogroepen met het doel de gezondheid van deze specifieke risicogroepen te bevorderen door het uitvoeren van preventieprogramma's. Selectieve preventie valt buiten het domein van de Zvw.

#### **Preventieconsult**

Verzekerden die zich zorgen maken over hun gezondheid kunnen wel altijd een beroep doen op hun huisarts. In onze duiding over het preventieconsult<sup>6</sup> heeft het CVZ uitgelegd wanneer een gezondheidscontrole wel en niet onder de zorgverzekering valt.

#### *2.b.3. Is er sprake van een aandoening?*

Bij veel interventies die het CVZ beoordeelt, hoeft de vraag of we hier met een aandoening te maken hebben om evidente redenen niet gesteld te worden. Dat geldt bijvoorbeeld voor

<sup>5</sup> CVZ. Van preventie verzekerd. Diemen, 2007. Rapportnr. 250. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

<sup>6</sup> CVZ. Het Preventieconsult. Diemen, 2011. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

**WHO biedt geen kader voor zorgverzekering**

een nieuw geneesmiddel tegen kanker. Maar soms kan het wel relevant zijn die vraag te stellen. Historisch gezien zijn er soms zaken in de verzekering terechtgekomen waarvan de positionering in de zorgverzekering niet vanzelfsprekend is. Bij een stringenter pakketbeheer kan dus ook naar de achterliggende aandoening gekeken worden, voordat de eigenlijke interventie wordt beoordeeld. Bij het ontwikkelen van de pakketprincipes heeft het CVZ destijds gezocht naar classificatiesystemen waarmee de grens tussen wel of geen aandoening kan worden bepaald.

De WHO heeft zo'n systeem ontwikkeld in de vorm van de International Classification of Diseases (ICD). Hierin tracht men alle aandoeningen te beschrijven en te definiëren.

De WHO heeft in 1948 een omvattende definitie gegeven van gezondheid. 'Gezondheid is een toestand van volledig lichamelijk, geestelijk en maatschappelijk welzijn en niet slechts de afwezigheid van ziekte of andere lichamelijke gebreken'. Vanuit het oogpunt van compensatie van schade door de behoefte aan geneeskundige zorg (Zvw) is de WHO-definitie onwerkbaar. Ook voor de AWBZ is die benadering te ruim. Steeds meer dient de AWBZ weer gericht te zijn op zorg en niet op aanpalende terreinen als welzijn. De overheveling van de functie begeleiding van de AWBZ naar de gemeenten (Wmo) per 1-1-2012 is hiervan een voorbeeld. Ook het voornemen om wonen niet langer uit de AWBZ te vergoeden komt uit die gedachte voort.

Overigens is er discussie ontstaan over de definitie van gezondheid van de WHO.<sup>7</sup>

In het verleden heeft het CVZ zich een aantal malen uitgesproken over de vraag of een aandoening tot het domein van de Zvw kan worden gerekend:

- Bij dyslexie heeft het CVZ geoordeeld dat ernstige dyslexie een neurobiologische aandoening is (2007).
- Het voorbehoeden van zwangerschap voorziet niet in een behoefte aan geneeskundige zorg gericht op een aandoening. Zorg en interventies voor dit doel zijn daarom niet aan te merken als een te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw (Pakketadvies 2010).
- Infertiliteit is een aandoening, en zorg die hierop betrekking heeft (zoals in vitro fertilisatie) voorziet derhalve in een behoefte aan geneeskundige zorg (Pakketadvies 2010).

---

<sup>7</sup> In de British Medical Journal is een artikel gewijd aan de discussie over een nieuwe definitie van gezondheid. Dit artikel is mede gebaseerd op de uitkomsten van een door de Gezondheidsraad en ZON-MW georganiseerde internationale bijeenkomst eind 2009. Het voorstel is om gezondheid te definiëren als "the ability to adapt and self manage" in het licht van sociale, lichamelijke en emotionele uitdagingen. Godlee, F. What is health? BMJ 2011; 343:d4817.



## **DSM-IV**

In de GGZ wordt het classificatiesysteem van de DSM-IV gebruikt om te bepalen of er sprake is van een stoornis. Dat is een voorwaarde om voor vergoeding uit de Zvw in aanmerking te komen.

Er worden steeds meer vraagtekens geplaatst bij de DSM-IV als referentiekader voor te verzekeren GGZ-zorg. Er is de afgelopen tijd discussie geweest over de nieuwe DSM-V die een verruiming van het aantal stoornissen lijkt te bevatten. Er lijkt een trend te zijn tot verbreding van de definitie van wat ziekte is. De inclusie van psychosociale problematiek en onbegrepen lichamelijke klachten, en medicalisering van maatschappelijke problemen leiden tot een verbreding van de zorgverlening. Anderzijds wordt ook gezegd dat de samenleving steeds hogere eisen stelt waardoor mensen steeds meer moeite hebben om daaraan tegemoet te komen. In elk geval is de DSM-systematiek ruimer dan wat we tot het domein van de te verzekeren prestaties rekenen. In het rapport over de geneeskundige GGZ komen we tot het standpunt dat psychosociale hulpverlening en behandeling van relatie- en werkgerelateerde psychische klachten niet tot het domein van de Zvw behoren.

## **Hulpmiddelen: ICF**

In de hulpmiddelenzorg wordt een omslag gemaakt naar een functionele omschrijving van hulpmiddelen. Het International Classification of Functions (ICF) dient als kader om de beperkingen te classificeren. De ICF beweegt zich niet op het niveau van de aandoening, maar gaat over beperkingen in het functioneren die het gevolg zijn van aandoeningen of handicaps. In 2010 heeft het CVZ een heroriëntatie op de hulpmiddelenzorg uitgebracht. We constateerden dat een groot aantal hulpmiddelen dat nu nog vergoed wordt uit de Zvw, eerder tot het domein van de WMO horen.

## **Geen moreel oordeel**

Beschouwingen over het domein van de *zorgverzekering* moeten niet verward worden met die over het domein van de *zorg*, zoals al blijkt uit vorengenoemde waardering van de WHO-definitie. Zorgverleners kunnen soms een oplossing bieden voor problemen die eigenlijk meer maatschappelijk van oorsprong zijn. Voorbeelden zijn het vitrificeren van eicellen bij gezonde vrouwen, om een eventuele toekomstige kindervens te kunnen vervullen. Of de ondersteuning die (GGZ)-psychologen bieden aan mensen die maatschappelijk in de knel zijn geraakt zonder dat het om een ziekte gaat. Wij beperken ons tot de vraag wanneer sprake is van een aandoening én de behandeling ervan tot het domein van de sociale zorgverzekeringen kan worden gerekend.

*2.b.4. Is er sprake van een geneeskundige interventie en van een zorgvorm zoals de relevante beroepsbeoefenaren plegen te bieden?*

Als is vastgesteld dat we met een aandoening te maken hebben die onder het domein van de zorgverzekering valt, kunnen we kijken naar de behandeling of geneesmiddel dat zich richt op die aandoening. In de wet is een aantal beroepsbeoefenaren genoemd waarvan de werkzaamheden tot de te verzekeren zorg kunnen worden gerekend. Artikel 2.4, lid 1 BZv spreekt van 'zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen plegen te bieden'. Door te verwijzen naar genoemde zorgverleners worden de inhoud en omvang van de zorg geconcretiseerd. De gekozen formulering schrijft evenwel niet dwingend voor door welk type zorgverlener de zorg verleend moet worden. De zorgverzekeraar kan ook andere beroepsbeoefenaren inschakelen om de zorg op het vereiste niveau te verlenen<sup>8</sup> Een deel van het werk van de huisarts wordt bijvoorbeeld gedaan door gespecialiseerde praktijkassistenten; ook hun werk valt onder de definitie.

*2.b.5. Is de ziekte ernstig genoeg?*

**Hoe lager de ziektelast, hoe minder solidariteit**

Wanneer we hebben vastgesteld of de klacht of aandoening onder het bereik van de Zvw valt kunnen we de vraag stellen of de ziekte ernstig genoeg is om voor collectieve vergoeding in aanmerking te komen. De gedachte is dat naarmate een aandoening minder ernstig is, er ook minder reden is om de behandeling ervan te vergoeden uit de basisverzekering.

**uitvoeringstoets**

Op verzoek van de Minister hebben we onderzocht of het concept 'lage ziektelast' houvast biedt om de behandeling van minder ernstige aandoeningen te verwijderen uit het verzekerde pakket. Vanaf 2015 zou deze maatregel moeten leiden tot een structurele besparing van 1,3 miljard euro.

**drempelwaarde**

We hebben onderzocht hoe het concept kan worden geoperationaliseerd en of er een ondergrens kan worden geformuleerd waarmee de drempel tot de verzekering kan worden bepaald en de minister hierover geadviseerd.<sup>9</sup> Het toepassen van zo'n algemene drempelwaarde blijkt in de praktijk niet goed haalbaar. Er zijn veel situaties waarin toepassing niet mogelijk is of tot problemen leidt:

**Lage ziektelast in veel situaties niet toepasbaar**

- Aandoeningen die in subgroepen van patiënten een verschillend verloop vertonen (heterogeniteit, bijvoorbeeld kalknagels);
- Aandoeningen met een episodisch (ofwel niet-chronisch) verloop (bijvoorbeeld migraine);
- Aandoeningen met een progressief verloop (bijvoorbeeld

<sup>8</sup> Voor nadere uitleg zie het CVZ-rapport Betekenis en beoordeling criterium 'plegen te bieden'. Diemen, 2008. Rapportnr 268. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

<sup>9</sup> CVZ. Uitvoeringstoets lage-ziektelastbenadering. Diemen, 2012.

astma);

- Aandoeningen waarvan de behandeling kan worden aangemerkt als preventie;
- Aandoeningen die geen aandoeningen zijn, maar een samenstel van (vage) klachten en symptomen (bijvoorbeeld hoesten of vermoeidheid).

**Advies: niet rigoureuS toepassen**

Op basis van de uitkomsten van de uitvoeringstoets naar lage ziektelast constateren wij dat een beoordeling van de te verzekeren zorg aan alleen dit criterium niet wenselijk is. Er zijn zoals geschetst problemen met operationalisatie en uitvoering voorzien, maar vooral ook schadelijke effecten ten aanzien van de kwaliteit van zorg. Stepped care gebaseerd op het, waar mogelijk, inzetten van zo eenvoudig mogelijke behandelingen in het beginstadium van ziekte, en opschalen naar zwaardere interventies als dit onvoldoende effect heeft kan in bepaalde gevallen in het gedrang komen wanneer 'lichte zorg' en 'lichte aandoeningen' in hun geheel uit het verzekerde pakket zouden verdwijnen. Het handelen-volgens-de-keten raakt verstoord door het niet-verzekerd zijn van lichtere zorg<sup>10</sup>.

**Belemmerend voor stepped care**

**Geen zorg meer voor kwetsbare groepen**

Wanneer bijvoorbeeld in de geneeskundige GGZ behandelingen van de minder ernstige aandoeningen niet langer verzekerd zijn, is het risico dat veel van deze patiënten geen zorg meer vragen, met name de mensen met een laag inkomen. De stepped care-aanpak kan dan minder goed vorm krijgen, omdat de huisarts onvoldoende mogelijkheden heeft om door te verwijzen naar lichtere vormen van zorg.

**Wel kijken naar ziektelast bij specifieke indicatie-interventiecombinaties**

Het evenwicht tussen kwaliteit en toegankelijkheid raakt door zo'n generieke ingreep (gebaseerd op een gefixeerde drempelwaarde) onevenredig verstoord. Dat wil echter niet zeggen dat het criterium bij specifieke indicatie-interventiecombinaties niet heel goed tot een pakketbeperking zou kunnen leiden. De vraag of een ziekte ernstig genoeg is zal het CVZ dus altijd stellen.

#### *2.b.6. Is het middel of de zorg algemeen gebruikelijk?*

In de hulpmiddelenzorg wordt dit criterium al wat langer gehanteerd. Als onderdeel van het pakketprincipe noodzakelijkheid wordt de vraag gesteld of het hulpmiddel algemeen gebruikelijk is. Bij hulpmiddelen gaat het soms om een aan de handicap aangepaste uitvoering van een product dat ook mensen zonder beperkingen aanschaffen. Bijvoorbeeld

<sup>10</sup> In het CVZ-Rapport Preventie bij overgewicht en obesitas: de gecombineerde leefstijlinterventie. Diemen, 2009. staat het stepped care principe omschreven als: dit principe gaat ervan uit dat in eerste instantie naar de minst ingrijpende-minst invasieve interventie gegrepen wordt. Dit is zowel een medisch-inhoudelijke voorwaarde als een verzekeringstechnische. Een patient moet immers wel naar inhoud en omvang redelijkerwijs aangewezen zijn op de zorg (artikel 2.1 lid 3 Bzv).

<sup>11</sup> CVZ. Beoordelingskader Hulpmiddelenzorg. Diemen, 2008. Rapportnr 258. . Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

een aangepast horloge voor blinden. Ook wordt meegewogen of het middel (nagenoeg) alleen in medisch speciaalzaken wordt verkocht en door een deskundige moet worden aangemeten. Dat geldt bijvoorbeeld wel voor een hoortoestel, maar niet voor een rollator.<sup>11</sup>

**Gebruikelijke zorg  
in de AWBZ**

Ook in de AWBZ speelt dit criterium een rol. Daar geldt immers dat gebruikelijke zorg wordt meegewogen bij de indicatiestelling, en dan geen deel meer uitmaakt van de aanspraak op zorg. Onder gebruikelijke zorg valt bijvoorbeeld de persoonlijke verzorging van ouders voor hun kinderen of van echtgenoten onderling.

**drempel**

*2.b.7. Gaan de kosten de draagkracht van de patiënt te boven?*

Een andere invalshoek is die van de betaalbaarheid: kunnen de behandelkosten door de individuele patiënt worden gedragen? Deelvraag daarbij is of het om structurele of om eenmalige kosten gaat. In het laatste geval (vaak betreft dit hulpmiddelen) kan de drempel hoger liggen.

**Geen  
pakketverkleining  
op basis van  
affordability**

Evenals bij lage ziektelast is het echter lastig dit criterium als enige criterium toe te passen door bijvoorbeeld alle interventies beneden de honderd euro uit het pakket te verwijderen. Voor sommige complexe aandoeningen en bij comorbiditeit zou hierdoor een groot deel van de behandeling buiten de verzekering vallen. De toegankelijkheid van zorg voor met name kwetsbare groepen zou dan ernstig in gevaar komen. De kans is dan reëel dat zij zullen afzien van noodzakelijke zorg. Ook hier geldt dan dat het handelen op basis van stepped care zou worden gefrustreerd omdat juist de eenvoudiger interventies vaak ook de goedkoopste zijn.

Anders dan bij het hanteren van een drempel voor ziektelast echter, is dit te ondervangen via inkomenscompensatie voor bepaalde groepen. Dit onderwerp zal nog nader uitgewerkt worden.

*2.b.8. Is het uit het oogpunt van gezondheidsbevordering wenselijk de interventie te verzekeren?*

Soms is een interventie eigenlijk goed betaalbaar voor alle bevolkingsgroepen. Maar het belang van een bepaalde behandeling kan zo hoog worden gewaardeerd dat belemmeringen zoveel mogelijk moeten worden weggenomen. Die gedachte lag ten grondslag aan de twee pakketmaatregelen (in 2004 en in 2010) rond anticonceptie. Toen deze geneesmiddelen uit het basispakket werden geschrapt heeft de Minister een uitzondering gemaakt voor vrouwen en meisjes beneden 21 jaar. Een goed toegankelijke anticonceptie werd zo belangrijk gevonden dat er geen belemmering mocht worden opgeworpen, hoe gering ook, door het niet verzekerd zijn van deze middelen. Diezelfde motivatie lag ook ten grondslag aan het advies van

**Voorbeelden:  
anticonceptie en  
geneesmiddelen  
voor stoppen met  
roken**

het CVZ in 2009 om geneesmiddelen voor stoppen met roken voortaan te vergoeden uit het basispakket.<sup>12</sup>

#### *2.b.9. Is de interventie effectief?*

#### **Stand van de wetenschap en praktijk**

Dit criterium is ontleend aan het wettelijke vereiste, dat een interventie of geneesmiddel moet voldoen aan de 'stand van wetenschap en praktijk' (artikel 2.1) uit het Besluit zorgverzekering, alvorens er sprake kan zijn van een te verzekeren prestatie. Het criterium heeft dus algemene gelding. In het Rapport Stand van wetenschap en praktijk heeft het CVZ uiteengezet hoe we vaststellen aan de hand van de principes van Evidence Based Medicine (EBM) of een interventie effectief is. Het criterium is van groot belang om te zorgen dat nieuwe ontwikkelingen pas verzekerd zijn als we weten of ze werken en behandelingen waarvoor inmiddels betere alternatieven zijn uit de verzekering verdwijnen.

#### **Indicatie-interventie-combinatie**

Alhoewel effectiviteit algemeen toepasbaar is, merken we ook dat het nodig is specifiek te benoemen voor welk indicatiegebied een middel of interventie wel verzekerd is. We ondersteunen op deze manier de uitvoeringspraktijk. Immers ook in richtlijnen is de indicatie aan de interventie gekoppeld.

#### **Voorbeeld: verblijf in verband met GGZ-behandeling en: TAVI**

In het GGZ-advies pleiten we voor duidelijke richtlijnen voor wanneer iemand is aangewezen op verblijf in verband met behandeling. Bij stenose van de aortaklep is transcatheter aortaklepvervangings (TAVI) alleen verzekerde zorg voor verzekerden met een onaanvaardbaar hoog risico voor de standaardbehandeling, namelijk chirurgische klepvervangings.

#### **Toezicht op de uitvoering is essentieel**

Bij dergelijke pakketuitspraken is het zeker zo belangrijk dat er een goed toezicht is op de uitvoering, om te vermijden dat er een onterecht beroep wordt gedaan op de basisverzekering.

#### **Beoordeling effectiviteit niet altijd nodig**

Overigens is het niet nodig om van elke nieuwe zorgvorm de stand van de wetenschap en praktijk te beoordelen. Bij e-health toepassingen wordt bijvoorbeeld vaak de vraag gesteld of het om verzekerde zorg gaat.

#### **e-health**

In 2011 heeft het CVZ een standpunt gepubliceerd<sup>13</sup> waarin het uiteenzet dat wij e-health in eerste instantie beschouwen als een andere aanbiedingsvorm (*hoe*) van te verzekeren zorg. We vatten een e-healthtoepassing in principe op als een variant van al verzekerde effectieve zorg die niet op voorhand opnieuw beoordeeld hoeft te worden<sup>14</sup>. Het CVZ gaat doorgaans pas over tot beoordeling van zorg als er duidelijke aanwijzingen zijn (bijvoorbeeld van

<sup>12</sup> CVZ. Begeleiding bij stoppen met roken: verzekerde zorg? Diemen, 2008. Rapportnr 262, . Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

<sup>13</sup> CVZ. Wanneer is e-health verzekerde zorg? Diemen, 2011. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

<sup>14</sup> Het omgekeerde geldt ook: als de e-health toepassing een andere aanbiedingsvorm is van niet-verzekerde zorg, dan is ook de e-healthtoepassing geen verzekerde zorg. Bijvoorbeeld een internetprogramma voor de preventie van depressie is in principe niet verzekerd omdat selectieve preventie geen verzekerde zorg is.

**Zorgverzekeraar  
maakt afweging**

zorgverzekeraars of zorgaanbieders) dat de inhoud van de zorg (de samenstelling of de effectiviteit) in het geding is.

De afweging of het bij specifieke e-health-interventies inderdaad alleen om een andere aanbestedingsvorm gaat, ligt bij de zorgverzekeraar.

*2.b.10. Is de interventie kosteneffectief?*

**Dure  
geneesmiddelen**

Kosteneffectiviteit kijkt naar de effectiviteit van een interventie of middel in relatie tot de kosten. In de farmaco-economie, waar dit begrip het verst is ontwikkeld, speelt vooral de vraag of een middel meerwaarde heeft ten opzichte van vergelijkbare middelen. In het kader van stringent pakketbeheer is het vooral deze invalshoek waar scherper naar gekeken zal worden. In het rapport over voorwaardelijke toelating hebben we aangegeven dat we kosteneffectiviteitsgegevens zoveel mogelijk zullen beschouwen in samenhang met de andere pakketcriteria (effectiviteit, noodzakelijkheid en uitvoerbaarheid). Om het criterium ook doeltreffend te kunnen gebruiken is onder andere een normering nodig. In 2006 heeft de RVZ al een dergelijke normering voorgesteld in de vorm van een bandbreedte tussen € 20.000 en € 80.000, afhankelijk van de ziektelast.

Dit jaar hebben we de geneesmiddelen Omalizumab en Infliximab bij plaque psoriasis of colitis ulcerosa beoordeeld op kosteneffectiviteit. Het CVZ constateerde dat er onvoldoende gegevens voorhanden zijn om een uitspraak te kunnen doen over de doelmatigheid van de drie indicaties van de beide geneesmiddelen. Dit betekent dat we geen uitspraak kunnen doen over de kosteneffectiviteit van de geneesmiddelen. Anderzijds staat vast dat de geneesmiddelen wel effectief zijn.

Bij deze beoordeling is goed zichtbaar geworden dat de weging van de verschillende onderdelen van de pakketcriteria tot tegengestelde uitkomsten kunnen leiden; wel of niet laten uitstromen van de geneesmiddelen. Een integrale afweging van de vier criteria zal moeten leiden tot een evenwicht in de belangen voor de specifieke indicatie-interventiecombinatie. In het kader van stringent pakketbeheer zal hier scherper naar gekeken worden.

Vooralsnog onderzoeken we of afspraken met partijen tot een gunstiger kosteneffectiviteitsratio kunnen leiden. De kosteneffectiviteit was hier dus het vertrekpunt en leverde (nog) geen uitstroomadvies.

Verder speelt de kosteneffectiviteit een belangrijke rol bij de voorwaardelijke toelating. In hoofdstuk 6 bespreken we hoe.

### 2.b.11. Is het uitvoerbaar om de interventie te verzekeren?

<b>Meerdere dimensies</b>	Het criterium uitvoerbaarheid kent verschillende dimensies. Eén ervan gaat over de vraag of het <i>verzekeringstechnisch</i> uitvoerbaar is. Vaak gaat het dan om een middel of interventie die slechts voor een zeer beperkt indicatiegebied relevant wordt geacht, en waarbij het moeilijk is om te controleren of de grenzen van het indicatiegebied niet overschreden worden.
<b>Impact op het macrobudget</b>	Een andere dimensie is de <i>budgetimpact</i> van een interventie. Wanneer een interventie een onaanvaardbaar grote impact op het macrobudget voor zorg zou hebben, geldt dit ook als een belemmering in het kader van uitvoerbaarheid.
<b>draagvlak</b>	Andere invalshoeken zijn <i>draagvlak</i> onder belanghebbende partijen om de maatregel uit te voeren, beschikbaarheid van <i>organisatorische faciliteiten</i> bij zorgaanbieders, of het (nog) <i>ontbreken van een bekostigingstitel</i> .
<b>Voorbeeld: benzodiazepines</b>	Voorbeelden van een advies waar uitvoerbaarheid een belangrijke rol heeft gespeeld is dat over de benzodiazepines. Deze middelen zijn kortdurend effectief maar het is niet uitvoerbaar gebleken om het gebruik ervan te beperken tot het strikt noodzakelijke, zonder zeer hoge administratieve lasten.
<b>Anticonceptie-middelen</b>	Een ander voorbeeld is het advies over anticonceptiemiddelen uit 2010. Het CVZ heeft geoordeeld dat anticonceptie niet tot het domein van de Zvw behoort. Deze middelen worden echter ook ingezet als geneesmiddel bij bepaalde aandoeningen zoals endometriose. Ook hier achtte het CVZ het niet uitvoerbaar om het gebruik als geneesmiddel in de verzekering te onderscheiden van het gebruik als anticonceptiemiddel.
<b>IQ-maatregel</b>	In de AWBZ is de voorgenomen IQ-maatregel van de Minister <sup>15</sup> volgens het CVZ niet uitvoerbaar. <sup>16</sup> Wij constateren dat, omdat met de huidige IQ-tests geen betrouwbare IQ-score kan worden vastgesteld. Bovendien zegt de beoordeling van het intellectuele vermogen weinig tot niets over de aanwezige ondersteuningsbehoefte.

### 2.b.12. Samenvattende conclusie

In dit hoofdstuk hebben wij laten zien welke criteria een rol spelen bij onze pakketbeoordeling. We streven bij onze adviezen naar een evenwicht tussen de voorwaarden om zorg noodzakelijk collectief te verzekeren, een maatschappelijk draagvlak daarvoor en een ondersteuning voor gepast gebruik van zorg.

<sup>15</sup> Deze maatregel beoogt de toegang tot de AWBZ-zorg te beperken door de huidige IQ-bovengrens van 85 te verlagen naar 70.

<sup>16</sup> CVZ. Uitvoeringstoets IQ-maatregel. Diemen, 2011. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

***Geen drempelwaarden***

Er zijn vele argumenten en afwegingen die tot een positief of negatief advies kunnen leiden. Belangrijk is de conclusie dat eenzijdige toepassing (op basis van drempelwaarden) van het ziektelastcriterium en het criterium van de draagkracht, om grote delen uit de zorg te verwijderen, kan leiden tot een onevenredige verstoring van het evenwicht: de kwaliteit van de zorg (het zorgcontinuüm) komt teveel onder druk te staan.

Het CVZ concludeert daarom dat het niet aan te raden is op grond van toepassing van één criterium aan de hand van drempelwaarden substantieel in het pakket te snijden. De gevolgen voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van zorg zijn dan te groot.

***Wel pakketingrepen op grond van indicatie-interventie-combinaties***

Toepassing van de criteria op specifieke indicatie-interventiecombinaties is wel mogelijk en zal er ook voor zorgen dat de kostengroei beheersbaar is. Het gegeven dat deze aanpak ervoor zorgt dat het pakket aansluit bij de goede zorg die volgt uit het toepassen van richtlijnen en zorgstandaarden zal dit effect vergroten, zoals we hierna in hoofdstuk drie zullen bespreken.



### 3. Hoe zorgen we voor een gepast gebruik van het pakket?

#### 3.a. Inleiding

In het vorige hoofdstuk hebben we laten zien welke overwegingen een rol spelen bij pakketbeoordeling, en welke (maatschappelijke) prioriteiten tot uiting komen in de samenstelling van het basispakket.

Daarmee is het kader gepresenteerd waarbinnen de zorg in Nederland wordt vormgegeven. Het echte werk gaat dan pas beginnen. Zorg is een zaak tussen patiënt en zorgverlener. Het vindt zijn vertrekpunt in de spreekkamer en krijgt gestalte binnen de persoonlijke context van de patiënt.

#### *Beter benutten*

In dit hoofdstuk gaan we in op het gepast gebruik en het beter benutten van het basispakket/verzekerde zorg. In de praktijk van de zorgverlening vindt nog veel over- en onderbehandeling plaats en valt nog veel winst te boeken. Zowel op het gebied van kwaliteit als van kostenbeheersing.

#### *Voorbeelden van ongepast gebruik*

In de zorgpraktijk zijn inmiddels vele voorbeelden bekend van ongepast gebruik en overbehandeling. Zo kan de behandeling van spataderen een medisch doel hebben (als het om zwaardere vormen van spataderen gaat), maar worden behandelingen soms ook met een cosmetisch doel uitgevoerd (de lichtere vormen van spataderen). In de praktijk blijkt dat beide behandelingen vaak vergoed worden, terwijl alleen de zwaardere behandelingen vanuit de basisverzekering mogen worden vergoed.

Een ander voorbeeld is te vinden in de cardiologie. Er is een enorme groei geconstateerd in het aantal plaatsingen van ICD's (Implanteerbare Cardioverter-Defibrillators). Er zijn sterke aanwijzingen dat ICD's niet altijd doelmatig worden ingezet. Vermoed wordt dat een sterke financiële prikkel (tarief is te hoog) en een volumeprikkel (via de vergunningen) hier mede debet aan zijn.

#### *Ronde Tafel*

Het CVZ heeft het initiatief genomen om een serie rondetafelgesprekken te organiseren over gepast gebruik. Doel is om met partijen gezamenlijk initiatieven te ontwikkelen om gepast gebruik te bevorderen door middel van concrete interventies.

#### *Samen oplossingen zoeken*

De rondetafelgesprekken richten zich op het gezamenlijk verkennen van belemmeringen, het identificeren van de oorzaken en het vinden van een gezamenlijke strategie om problemen op te lossen, maar ook om gezamenlijk een visie te ontwikkelen voor de toekomst.

#### *14 projecten*

Alle deelnemers hebben een of meer projecten die zij zelf uitvoeren op het gebied van gepast gebruik ingebracht. In totaal zijn 14 projecten onder de loep genomen op

belemmerende factoren bij het optimaliseren van gepast gebruik en zijn gezamenlijk acties ondernomen om die belemmeringen weg te nemen.

De projecten zijn divers van aard. Ze hebben betrekking op bijvoorbeeld het landelijk registratiesysteem voor coloncarcinoom, de inrichting van zorg bij Cardiovasculaire Aandoeningen (CVA), indicatieverruiming bij cardiologische interventies, zorgverlening aan kwetsbare ouderen, bariatrische chirurgie, plaatsen van trommelvliesbuisjes, liesbreukbehandelingen en Parkinsonnet.

### **3.b. Verkeerde prikkels in het zorgsysteem**

Veel partijen wijzen er op dat de prikkels in de bekostiging verkeerd staan om gepast gebruik te bevorderen. In verschillende CVZ-adviezen is daar ook al op gewezen. In het Pakketadvies 2011 hebben we aangegeven welke knelpunten zich in de AWBZ bevinden. In het rapport over de GGZ, dat gelijktijdig met dit pakketadvies verschijnt, is ook een passage opgenomen over verkeerd staande prikkels. Ook in de reacties op het pakketadvies hebben verschillende partijen aangegeven dat gepast gebruik wordt belemmerd doordat het huidige systeem een aantal verkeerd staande prikkels bevat. Vooral de wijze waarop de bekostiging is geregeld wordt door velen gezien als een belangrijke oorzaak van de kostenstijging van de laatste jaren.

Voor de volledigheid zetten we diverse signalen op dit punt hieronder op een rij.

#### **AWBZ**

In het Pakketadvies 2011 hebben we uitgebreid stilgestaan bij de systeemrisico's in de AWBZ die ervoor zorgen dat er geen optimaal gebruik van de zorgketen wordt gemaakt. We hebben aangegeven dat de aansluiting tussen aanspraken, indicatiestelling en bekostiging niet goed is geregeld. En ook binnen de bekostiging ontbreekt een prikkel om meer doelmatige zorg te leveren. Wanneer bijvoorbeeld met e-health een substantiële tijdsbesparing wordt gerealiseerd, vertaalt zich dat in een lagere vergoeding, omdat niet het resultaat, maar de werkelijk geleverde tijdsinvestering wordt vergoed. De extra inspanningen en kosten die de zorg-op-afstand vergen van de aanbieder, worden niet gehonoreerd, integendeel.

#### **GGZ**

In de geneeskundige GGZ is het ondermeer de bekostiging en de beperkte risicodragendheid van zorgverzekeraars die een doelmatig gebruik van zorg in de weg staat. De indeling in de bekostiging op basis van tijdseenheden leiden er bijvoorbeeld toe dat aanbieders geneigd zijn tot 'upcoding' van een DBC naar een duurdere code. Verder hebben zorgverzekeraars er baat bij om zorg vooral vanuit de tweede lijn te leveren omdat zij in de tweede lijn nauwelijks risico lopen. Ook speelt mee dat zorgverzekeraars geen inzicht hebben in de geleverde

zorg en in de indicaties, waardoor controle wordt bemoeilijkt.

### **Geneeskundige zorg**

Ook in de overige geneeskundige zorg speelt de bekostiging een grote rol in al of niet gepast gebruik van zorg. Het feit dat voor verrichtingen wordt betaald en niet voor de uitkomsten van zorg speelt een grote rol in de volumegroei van de afgelopen jaren<sup>17</sup>. Integrale bekostiging kan een oplossing zijn, maar er zijn ook signalen dat dit alleen maar kostenverhogend werkt. Soms komt de integrale bekostiging naast de reguliere 2<sup>e</sup> lijnsbekostiging, of is er sprake van comorbiditeit waardoor er toch nog verschillende declaraties zijn. En ook hier geldt het probleem van schotten in de bekostiging tussen de eerste en tweede lijn.

### **3.c. Wat gaat het CVZ doen aan gepast gebruik?**

Het CVZ geeft op de volgende manieren invulling aan gepast gebruik:

- Systematisch opsporen en bekend maken van voorbeelden van ongepast gebruik of verspilling in de zorg. Denk bijvoorbeeld aan het onnodig plaatsen van trommelvliesbuisjes, of van te zware cardiologische ingrepen (dotteren, stents).
- Het uitbrengen van standpunten en duidingen waarmee we de verzekerde zorg helder afbakenen ten opzichte van de niet-verzekerde zorg.
- Doorzetten van het Ronde Tafeloverleg, waar we met partijen concrete onderwerpen aanpakken waar gepast gebruik kan worden verbeterd (verzorgend wassen, ICD's).
- Participeren in het Project Intensivering controle en Toezicht (PINCET), waar aandacht wordt besteed aan controle op de rechtmatigheid van zorguitgaven.
- Mochten bovenstaande vormen van 'gestimuleerde zelfregulering' onvoldoende resultaat opleveren, dan kan het CVZ het gepast gebruik ook op een formelere manier afdwingen, door te adviseren bepaalde indicatie-interventiecombinaties expliciet in de regelgeving vast te leggen (analoog aan bijvoorbeeld uitsluiten van behandelingen van plastisch chirurgische aard of de indicatiebeperking op bijlage 2 bij de geneesmiddelen)

In het advies over stringent pakketbeheer, dat kort na dit pakketadvies verschijnt, werken we deze laatstgenoemde aanpak nog verder uit.

Verspilling tegengaan, over- en onderbehandeling voorkomen, scherper contracteren, daar gaat het om bij gepast gebruik.

---

<sup>17</sup> Onderzoeksbureau NYFER constateert in een recent rapport over integrale zorg in de buurt dat zorgaanbieders in het huidige stelsel door verkeerde prikkels worden aangezet tot het maximaliseren van omzet en productie, een bekostigingsvorm die steeds minder past bij het groeiende aandeel van chronische ziekten in de zorgkosten. Berenschot L., en van der Geest L, Integrale zorg in de buurt. Nyfer, april 2012.

In de volgende paragrafen beschrijven we hoe aanbieders, patiënten en verzekeraars de bestaande zorg beter kunnen benutten en welke acties het CVZ op dit gebied heeft ondernomen. Voor de aanbieder gaat het om de juiste zorg voor de juiste patiënt, voor de patiënt om stepped care en therapietrouw en voor de verzekeraar om inkoop, rechtmatigheid en toezicht.

### **3.d. De rol van de zorgaanbieder**

De zorgaanbieder vervult een centrale rol bij het gepast gebruik van zorg. Immers in de spreekkamer en in het contact met de patiënt komt het zorgaanbod tot stand.

***Gepast gebruik: niet meer en niet minder bieden dan de patiënt nodig heeft***

Overigens is de reikwijdte van gepast gebruik breder dan de verzekerde zorg. Zelfzorg en andere niet-verzekerde zorg (bijvoorbeeld preventie) kunnen ook onderwerp zijn van bevordering van gepast gebruik. Gepast gebruik door de zorgaanbieder betekent het gericht inzetten van zorg om te bereiken dat de gezondheidstoestand van patiënten optimaal verbetert of stabiliseert. De zorgverlening vindt plaats op basis van professionele en evidence-based richtlijnen en standaarden, principes van stepped care en professionele inschatting van de behoefte van de patiënt. Gepast gebruik heeft betrekking op het vermijden van zowel onder- als overbehandeling. Een patiënt die niet tijdig wordt behandeld voor diabetes kan later te maken krijgen met veel ernstiger klachten (onderbehandeling). Een patiënt die te maken heeft met fertiliteitsproblematiek heeft soms in een periode van afwachten net zoveel kansen om zwanger te raken als met een ingrijpende ivf-behandeling (overbehandeling).

***Rol van de huisarts***

De huisarts speelt een cruciale rol bij het inzetten van de juiste zorg op het juiste moment. Alle stepped care begint in de eerste lijn en de huisarts is een centrale figuur die de patiënt ondersteunt bij het zoeken naar passende zorg. De groei van het aantal chronisch zieken en de tendens om zorg zoveel mogelijk in de eigen omgeving aan te bieden versterken de noodzaak van een coördinerende figuur als eerste aanspreekpunt en poortwachter. Dit is niet alleen belangrijk voor de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, maar ook voor een doelmatige gezondheidszorg in den brede<sup>18</sup>.

***Geneesmiddelen-gebruik***

Aandacht voor gepast gebruik van geneesmiddelen is belangrijk omdat niet altijd de juiste geneesmiddelen ingezet worden, of omdat zij niet juist worden toegepast. Per jaar zijn er bijvoorbeeld 19.000 potentieel vermijdbare

---

<sup>18</sup> Volgens de RVZ is een paradigmashift nodig om de benodigde versterking van de eerste lijn te bewerkstelligen: 'van zorg en ziekte naar gezondheid en gedrag'.

ziekenhuisopnames gerelateerd aan medicijngebruik.<sup>19</sup> De geschatte kosten hiervan zijn ruim 85 miljoen euro per jaar.

***Farmaco-  
therapeutisch  
Kompas helpt bij  
het kiezen van het  
juiste geneesmiddel***

Het CVZ bevordert gepast gebruik van geneesmiddelen via het Farmacotherapeutisch Kompas (FK). Dit is een naslagwerk dat het voorschrijfgedrag van de arts kan ondersteunen. In augustus 2010 is het CVZ begonnen met de vernieuwing van de website van het Farmacotherapeutisch Kompas<sup>20</sup>. Artsen kunnen het FK raadplegen om het juiste geneesmiddel te kiezen, te controleren op contra-indicaties en bijwerkingen. De insteek van de vernieuwde website is vooral gericht op een effectief, veilig en doelmatig gebruik van geneesmiddelen. Er is nu ook een gratis app voor de I-phone en I-pad te downloaden van het FK.

***Naleving richtlijnen***

Het CVZ heeft in 2011 een systematische review laten uitvoeren naar het naleven van richtlijnen<sup>21</sup>. Het onderzoek spitste zich toe op de vraag welke factoren een rol spelen bij het wel of niet naleven van richtlijnen en of het naleven van richtlijnen inderdaad tot gezondheidswinst en/of grotere efficiëntie leiden.

De mate van richtlijnnaleving laat grote variatie zien tussen de verschillende onderzoeken. Bij angst of depressie kreeg in de eerste lijn slechts 38 % van de patiënten zorg conform de richtlijn. Bij borstkankerpatiënten daarentegen was de inzet van ultrasonografie in 94% van de gevallen richtlijnconform.

Als beïnvloedende factoren zijn genoemd een positieve attitude van zorgverleners ten aanzien van richtlijnen, verwachtingen over positieve patiënteffecten, sociale druk, praktische bruikbaarheid, hoge mate van bewijskracht, geautomatiseerde ondersteuning en een combinatie van implementatiemethoden.

Patiëntkenmerken als hoge leeftijd, ernstiger vorm van ziekte en comorbiditeit kunnen redenen zijn om van de richtlijn af te wijken. Onderzoek naar naleving van richtlijnen op patiëntresultaten en kosten is nog betrekkelijk weinig gedaan.

In de Pakketscan coronaire hartziekten komt naar voren dat coronaire hartpatiënten niet altijd volgens de geldende richtlijnen verzekerde zorg krijgen aangeboden, ze krijgen bijvoorbeeld onvoldoende preventieve zorg of onvoldoende leefstijladviezen aangeboden.<sup>22</sup> Het volgen van de richtlijnen varieert onder huisartsen, en er bestaat ook een aanzienlijke

---

<sup>19</sup> Zie CVZ-magazine oktober 2011.

<sup>20</sup> Het FK is het, door het CVZ uitgegeven, naslagwerk voor het voorschrijven van geneesmiddelen. Beschikbaar via [www.fk.cvz.nl](http://www.fk.cvz.nl)

<sup>21</sup> Bloemendal E, Weenink J, Harmsen M, et al. Naleving van Nederlandse richtlijnen. Een systematische review. Utrecht: IQ Healthcare/Nivel, 2011.

<sup>22</sup> CVZ. Pakketscan coronaire hartziekten. Diemen, 2011: 172-6.

variatie tussen de ziekenhuizen in Nederland. Als richtlijnen onvoldoende worden toegepast kunnen ze niet het gewenste effect hebben op de kwaliteit van de zorg

### **3.e. De rol van de patiënt**

**Meer welvaart,  
meer zorg**

Niet alleen de aanbieder, maar ook de patiënt heeft een verantwoordelijkheid in het correct gebruiken van zorg. Een belangrijke factor in het sterk toegenomen beslag op zorgvoorzieningen is het intensiever gebruik van zorg door patiënten. De stijgende welvaart maakt dat we steeds meer geld uit willen geven aan zorg; gezondheid vinden we erg belangrijk en als we het geld hebben om gezondheid te kopen (in de vorm van zorg), dan doen we dat dus ook.

**“de” patiënt bestaat  
niet**

Het begrip "patiënt" kent meerdere dimensies. Er is een onderscheid te maken tussen mensen met chronische en mensen met incidentele problemen met de gezondheid. Beide patiënttypen hebben verschillende belangen wanneer zij een zorgverzekering afsluiten: de chronische patiënt zal een zorgverzekering willen met een goede dekking, een uitgebreid basispakket en weinig of geen eigen bijdragen, terwijl de incidentele patiënt eerder zoekt naar de goedkoopste zorgverzekeraar en waarschijnlijk ook bereid zal zijn een verzekering te accepteren met een hoge(re) eigen bijdrage<sup>23</sup>.

Deze paragraaf belicht de rol van de patiënt bij gepast gebruik. De bovengenoemde verschillen in patiënttype werken ook door in de verschillende vormen van (on)gepast gebruik door de patiënt.

**Juist gebruik van  
geneesmiddelen**

Therapietrouw is een belangrijke factor voor het welslagen van een behandeling en voor de kosteneffectiviteit ervan. Er is veel onderzoek gedaan naar therapie-ontrouw bij medicijngebruik. Volgens het rapport Verdieping Goed Gebruik Geneesmiddelen<sup>24</sup> neemt een aanzienlijk deel van de patiënten de medicatie niet (altijd) in de voorgeschreven dosering en periode in. Soms bewust, soms door slordigheid of vergeetachtigheid. Dit is een van de belangrijkste belemmerende factoren voor succesvolle farmacotherapie.

**Pakketscans  
diabetes en  
coronaire  
hartziekten: rol  
van de patiënt**

Therapie-ontrouw kan ook betrekking hebben op het niet volgen van revalidatieprogramma's of het niet opvolgen van leefstijladviezen. In de Pakketscan Coronaire Hartziekten<sup>25</sup> wordt een aantal voorbeelden genoemd van hoe therapie(on)trouw het herstel van coronaire hartpatiënten kan beïnvloeden. Behalve dat dit nadelige effecten heeft op de gezondheid worden hierdoor ook veel onnodige

<sup>23</sup> Smit C. Een nieuwe horizon. 2012

<sup>24</sup> Bijsterveld M, Bolt A. Verdieping Goed Gebruik Geneesmiddelen. Den Haag: ZonMw, 2010.

<sup>25</sup> CVZ. Pakketscan Coronaire Hartziekten. Diemen, 2011. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

maatschappelijke kosten gemaakt. Zo wordt geschat dat therapie-ontrouw bij statinegebruik in Nederland 10 tot 34 miljoen euro per jaar kost.

Eerder is dat ook al gedaan voor diabetespatiënten.<sup>26</sup> Een duidelijk voorbeeld van therapie-ontrouw bij diabetespatiënten speelt zich af bij het gebruik van insuline. Vooral jongeren verlagen soms bewust hun insulinedosis om gewichtstoename te vermijden. En ook bij diabetes komt ongeplande therapie-ontrouw voor, door slordigheid of vergeetachtigheid.<sup>27</sup> In alle gevallen kunnen de gevolgen ernstig zijn.

**Toenemend gebruik van (verzekerde) zorg**

De patiënt heeft niet alleen via therapietrouw invloed op het gebruik van (verzekerde) zorg. Nederlanders zijn ook meer zorg gaan gebruiken, zoals blijkt uit het rapport toekomstverkenningen volksgezondheid van het RIVM (VTV-rapport). Het gebruik van nieuw zorgaanbod groeit en er wordt meer gebruik gemaakt van bestaande zorgvormen. Het zorggebruik is dus intensiever geworden<sup>28</sup>.

In hoofdstuk 9 bespreken we de verschillende oorzaken van de volumegroei in de zorg. Het is zeker niet alleen een demografische kwestie als de veelgenoemde vergrijzing die verantwoordelijk is voor het groeiende zorggebruik.

Mensen doen om allerlei redenen vaker een beroep op de gezondheidszorg. In de spreekkamer worden soms zwaardere interventies gevraagd dan volgens de richtlijnen wenselijk en noodzakelijk zijn. Patiënten vragen soms narcose waar dat vanuit professioneel oogpunt niet nodig wordt geacht. Naar diagnostiek neemt de vraag ook toe. Patiënten dringen bij de huisarts soms sterk aan op een – dure- MRI-scan, of vragen een second opinion aan omdat ze niet tevreden zijn met het advies van de (huis)arts<sup>29</sup>.

Het CVZ heeft in 2010 een advies uitgebracht over de beoordeling van diagnostische tests. Alleen tests inclusief daaruit voortvloeiende behandeling die bijdragen aan gezondheidswinst komen voor vergoeding vanuit het basispakket in aanmerking<sup>30</sup>. Het is de vraag of alle aangevraagde (en vergoede) diagnostiek aan dit criterium voldoet.

De NPCF heeft een meldactie in gang gezet waarbij patiënten kunnen melden waar zij zien dat er onnodige kosten gemaakt

---

<sup>26</sup> CVZ. Pakketscan Diabetes. Diemen, 2008. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

<sup>27</sup> Bron: Pakketscan diabetes

<sup>28</sup> RIVM. Van gezond naar beter. Volksgezondheid toekomstverkenningen. Bilthoven, 2010.

<sup>29</sup> Zie bijvoorbeeld een artikel in NRC Handelsblad van 9 november 2011 over de kosten van de zorg: 'Oók patiënten zijn verantwoordelijk'.

<sup>30</sup> CVZ. Medische tests. Beoordeling stand van de wetenschap en praktijk. Diemen. 2010. Rapportnr. 293. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

worden in de zorg. De NPCF heeft de meldingen gerubriceerd en komt tot de volgende clusters van verbeterpunten:

- Voorkomen van dubbele diagnostiek: Hoe kunnen zorgaanbieders dat beter oppakken (o.a. elektronische gegevensuitwisseling). Hoe kunnen verzekeraars daar op sturen, hebben ze - via de declaratiegegevens - inzicht in dubbele declaraties.
- Voorkomen van onnodige consulten: e-consult (zowel voor de patiënt als voor zorgverleners onderling). Komt dat voldoende van de grond? Wat kunnen verzekeraars daarin betekenen? Tevens goede elektronische infrastructuur nodig.
- Ongebruikte medicijnen: waar zitten de 'lekken' in de keten? Moeten alle ongebruikte medicijnen vernietigd worden?

### **3.f. De rol van de verzekeraar**

#### ***Rol verzekeraars***

Waar het gaat om kwaliteit en kostenbeheersing is er in de Zorgverzekeringswet veel verantwoordelijkheid neergelegd bij de verzekeraars. De zorgverzekeraar heeft diverse mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de prijs, kwaliteit en rechtmatigheid van de geleverde zorg.

- In de polis aangeven welke keuzes de verzekerde kan maken en onder welke voorwaarden de toegang tot de zorg is geregeld;
- Via gerichte inkoop de beste kwaliteit kiezen voor de beste prijs;
- Goede controle uitoefenen bij afrekening;
- Algemene of gerichte ondersteuning van de kwaliteit van het zorgaanbod;
- Ondersteuning van verzekerden bijvoorbeeld in de vorm van wachtlijstbemiddeling.

De verzekeraar heeft de taak om zorg te dekken die bewezen effectief is, kosteneffectief is, noodzakelijk te verzekeren en uitvoerbaar. Alleen die zorg wordt vergoed waarop de verzekerde redelijkerwijs is aangewezen.

#### ***Preferentiebeleid***

In het geneesmiddelengebruik is de afgelopen jaren al veel winst geboekt door bijvoorbeeld het voorkeursbeleid van verzekeraars. Dit voorkeursbeleid, ook wel preferentiebeleid genoemd, houdt in dat zorgverzekeraars voor een groep geneesmiddelen met eenzelfde werkzame stof alleen nog de lager geprijsde vergoeden. Via convenanten zijn de prijzen van generieke geneesmiddelen aanzienlijk verlaagd. Generieke geneesmiddelen zijn middelen waarvan het patent is verlopen. Steeds vaker worden generieke geneesmiddelen gebruikt en voorgeschreven in plaats van nieuw op de markt gekomen,



## ***GIPeilingen 2010***

dure geneesmiddelen<sup>31</sup>. Daardoor is de stijging van de geneesmiddelenuitgaven beperkt gebleven in 2010.

In de pakketscans van het CVZ komt wel naar voren dat het preferentiebeleid in de praktijk ook tot problemen leidt. Patiënten krijgen niet de middelen die ze gewend zijn te krijgen en reageren toch soms ook minder goed op het preferente middel. Ook zorgaanbieders hebben moeite met de beperking van hun keuzevrijheid<sup>32</sup>.

## ***Preferentiebeleid biologische geneesmiddelen***

Ook voor biologische geneesmiddelen is preferentiebeleid mogelijk. In september 2011 heeft het CVZ een vraag beantwoord van een verzekeraar over preferentiebeleid inzake biologische geneesmiddelen, met name de biosimilars. Biologische geneesmiddelen hebben een aantal specifieke kenmerken waardoor de vraag naar uitwisselbaarheid met andere biologische geneesmiddelen nogal ingewikkeld is. In grote lijnen komt het antwoord erop neer dat biologische geneesmiddelen wel vergelijkbaar, maar niet identiek zijn met gelijksoortige biologische geneesmiddelen. Voor bestaande patiënten is het daarom niet gewenst om zonder meer over te schakelen op een vergelijkbaar biologisch geneesmiddel (een biosimilar). Voor nieuwe patiënten kan de arts (op aanwijzing van de verzekeraar) wel kiezen voor biologische geneesmiddelen met een vergelijkbare actieve stof.

## ***Inkoop***

Een voorbeeld van inkoop van de meest doelmatige variant van verzekerde zorg is het inzetten van e-health toepassingen waar dat mogelijk is. De zorgverzekeraars hebben voor 2012 een gezamenlijk inkoopkader geformuleerd voor het inkopen van e-healthtoepassingen voor cardiovasculaire controles. Het CVZ heeft als richtsnoer voor pakketvragen op dit terrein het standpunt geformuleerd dat dergelijke toepassingen doorgaans varianten zijn van bestaande, reeds verzekerde zorg (zie ook 2.b.9). Het is aan de verzekeraars om te bepalen op welke wijze zij dit in hun polissen willen aanbieden: uitsluitend via traditionele fysieke consulten, of aangevuld met e-healthtoepassingen. Verzekeraars kunnen zelf beoordelen of het om varianten van bestaande zorg gaat, of dat de zorg wezenlijk van karakter verandert door de andere aanbiedingsvorm. In dat laatste geval is een beoordeling van de stand van wetenschap en praktijk (door het CVZ) nog steeds aan de orde.

## ***Multifocale lenzen na staaroperatie***

In oktober 2011 heeft het CVZ het standpunt multifocale en accomoderende lenzen gepubliceerd. Multifocale lenzen die worden geïmplanteerd na een staaroperatie kennen geringe bijwerkingen. De standaardbehandeling bestaat uit het plaatsen van monofocale lenzen; hierbij is doorgaans

<sup>31</sup> CVZ. GIPeilingen 2010. Diemen, 2011.

<sup>32</sup> CVZ. Pakketscan Coronaire hartziekten. Diemen, 2011:94-5 en 107-8. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

aanvullend een – zelf te betalen – leesbril nodig. Dit geldt als de meest doelmatige oplossing in termen van de zorgverzekering. Indien de patiënt kiest voor de duurdere multifocale lenzen zou hij het verschil zelf moeten bijbetalen. Zo kan de verzekeraar invulling geven aan doelmatigheid en keuzevrijheid voor de patiënt. Er zal namelijk vrijwel niemand zijn die is aangewezen op de duurdere oplossing. Het is aan de verzekeraar om via inkoop en controle zorg te dragen voor een doelmatige uitvoeringspraktijk rond deze behandeling.

**Verbetering  
controle en toezicht**

Verzekeraars moeten controleren of declaraties wel betrekking hebben op verzekerde zorg uit het basispakket. Er kan ook sprake zijn van zorg die wel verzekerd is, maar waarop een individuele patiënt niet is aangewezen. Bepaalde behandelingen zijn slechts verzekerd voor een beperkt aantal indicaties. Invasieve behandeling van spataderen is niet altijd medisch noodzakelijk en moeten we afbakenen van behandeling vanwege cosmetische redenen<sup>33</sup>. Hetzelfde geldt voor mondimplantaten: slechts een beperkt aantal, nauw omschreven indicaties komt voor vergoeding in aanmerking. Het CVZ besteedt speciale aandacht aan de rechtmatigheid, onder andere door te participeren in het project Pincet. De afkorting staat voor Project Intensivering Controle en Toezicht. Aanleiding was het regeerakkoord waarin is afgesproken dat er een toetsing op de rechtmatigheid van zorguitgaven moet plaatsvinden. Het project staat onder leiding van VWS. Deelnemers zijn naast het CVZ, ZN, Nza, NVZ, DBC-O, OMS, NFU, ZKN en de Wetenschappelijke Verenigingen. In eerste instantie wordt in de sfeer van ziekenhuizen gezien hoe door slimmere controle door zorgverzekeraars en het toezicht erop de collectieve middelen die worden besteed aan het basispakket optimaler kunnen worden ingezet. De werkgroep gaat na hoe controle in vier verschillende behandelingsituaties (bovenogleden, spataderen, 'etalagebenen' en lumbale hernia) het best vorm kan worden gegeven. Door middel van een ketenbeschrijving van spreekkamer tot en met rechtmatigheidsverklaring door Nza worden de aangrijpingspunten voor controle geïdentificeerd. Dit moet de basis vormen voor het risicogericht structureren van het controle- en toezichtsproces.

**Conclusie**

Verzekeraars zitten op een sleutelpositie om gepast gebruik te bevorderen of zelfs af te dwingen. Ze beschikken hiertoe over een arsenaal aan instrumenten.

**3.g. Gepast gebruik: input van partijen**

Aan de oproep van CVZ om aan te geven hoe gepast gebruik kan worden bevorderd, is breed gehoor gegeven door belanghebbende partijen en deelnemers aan de Ronde Tafel. De

---

<sup>33</sup> CVZ. Varices: medisch noodzakelijke versus cosmetische behandelingen. Diemen, 2011. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

algemene reactie was dat een verdiepingsslag wenselijk is. Het beschikbaar krijgen van informatie om te controleren op indicatie-niveau verdient nog de nodige aandacht. We hebben de veelheid aan bestaande initiatieven en voornemens globaal gerubriceerd naar onderwerp. Het betreft dus zowel reeds bestaande projecten, als suggesties en plannen voor nog te starten verbeteracties.

***Richtlijn-ontwikkeling***

- Beroepsstandaard en richtlijnontwikkeling voor wijkverpleging
- Methodiek voor ambulante behandeling
- Ontwikkeling landelijke protocollen voor inzet hulpmiddelen
- Eenduidige richtlijn voor gebruiksduur hulpmiddelen
- Patiënteninbreng bij richtlijnontwikkeling
- Opstellen kwaliteitscriteria familiebeleid in de GGZ
- Ontwikkelen van een keurmerk voor goede zorg, zoals het Vaatkeurmerk
- Commissies ingesteld voor praktijkvariatie en doelmatig voorschrijven geneesmiddelen
- Richtlijnen vertalen in zorgpaden en zorgprofielen

***Organiseren van zorg***

- Wijkverpleging als basisvoorziening organiseren
- Het ontwikkelen van meer integrale ketenzorg met de daarbij behorende financiering
- Invoeren van een integraal geriatrisch zorgconcept
- Ketenzorg voor CVA-patiënten

***Innoveren***

- Werken aan e(mental)-health ontwikkeling
- Gebruikmaken van nieuwe informatie- en communicatietechnologieën

***Gebruiken van zorg***

- Regelmatige medicijncheck
- Beter en meer inzetten generieke geneesmiddelen
- Ontwikkelen van medicatiebewaking
- Proefproject wijkverpleegkundige voor kwetsbare ouderen
- Terughoudendheid betrachten in de laatste levensfase

***Financieren van zorg***

- Integrale financiering voor bijvoorbeeld jeugdzorg, CVA-patiënten, ketenzorg
- Gezamenlijke transmurale budgetten
- Vergoeding als ondersteuning van stepped care
- Belonen van behalen behandeldoelen ipv verrichtingen
- Obsoleete zorg uit de DBC-prestatie halen

***Zichtbaar maken/transparantie vergroten***

- Indicatie geneesmiddel opnemen op recept
- Standpunten vertalen in termen van declaraties en prestaties
- Inzicht creëren in de zorgkosten
- Maatschappelijk jaarverslag met inzicht in bijdrage aan gezondheidswinst
- Effect van beleidsmaatregelen monitoren
- Ontsluiten van informatie die helpt in het maken van keuzen in de zorg(verzekering)

**Controle en  
toezicht  
intensiveren**

- Meldactie ondoelmatige zorg
- Aanspraken controleerbaar maken in de declaraties
- Niet-verzekerde zorg in declaratie loskoppelen van verzekerde zorg

### **3.h. Conclusies**

Het CVZ vindt gepast gebruik een van de belangrijkste thema's voor de komende jaren. We zullen onze inspanningen op het gebied van gepast gebruik voortzetten en waar mogelijk intensiveren.

Met het instellen van het Ronde Tafeloverleg Gepast Gebruik ondersteunen we partijen bij het nemen van initiatieven op dit gebied.

Door gezamenlijk initiatieven te ontplooiën kunnen partijen gepast gebruik op verschillende manieren bevorderen. Met risicogerichte signalering en monitoring (namelijk daar waar zich de grootste risico's ten aanzien van kwaliteit en betaalbaarheid voordoen) kan het CVZ partijen ondersteunen in hun eigen verantwoordelijkheid.

**Standpunten  
Nederlands  
Zorginstituut**

Ook uitspraken van het CVZ over wat wel en niet te verzekeren zorg is en bij welke indicaties, kunnen gepast gebruik ondersteunen. Volgend jaar zal hierop extra energie kunnen worden ingezet met de komst van het Nederlands Zorginstituut en de daarmee samenhangende richtlijnstimulering.

**Twee  
aanbevelingen**

Om echt succes te kunnen bereiken op dit vlak doen we twee aanbevelingen:

**VWS: kijk kritisch  
naar bekostigings-  
systeem**

Aan VWS stellen we voor om het bekostigingssysteem kritisch onder de loep te nemen. Een helder onderscheid in de bekostiging tussen verzekerde en niet-verzekerde zorg is een essentiële basis voor gepast gebruik. Ook naar de bestaande schotten in de bekostiging zou kritisch moeten worden gekeken.

**Toezicht en  
controle  
intensiveren**

Ook binnen het huidige stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen zijn er wel degelijk mogelijkheden voor rechtmatigheidscontrole en toezicht. Verantwoordelijke partijen als verzekeraars en Nza zouden hun inspanningen op dit vlak moeten intensiveren.

## 4. Gepast gebruik van GGZ

### 4.a. Rapport Geneeskundige GGZ

**Onbetwistbare GGZ** Medio 2011 heeft de Minister van VWS het CVZ verzocht gericht aandacht te besteden aan de curatieve (geneeskundige) geestelijke gezondheidszorg. Aanleiding was de volume- en kostenstijging van deze zorg sinds de geneeskundige GGZ is opgenomen in de Zorgverzekeringswet (2008). Daarnaast speelde de twijfel bij de Minister of alle zorg die nu vergoed wordt onbetwistbare GGZ is. Het CVZ gaat gefaseerd in op de vraag van de minister om aan te geven wat noodzakelijk te verzekeren GGZ is. Het nu verschenen rapport is het eerste deel, waarin we verduidelijken wat nu wel en wat niet onder het basispakket valt en maatregelen voorstellen om gepast gebruik te ondersteunen. Bij die verduidelijking is het onderscheid tussen psychische stoornissen en psychische klachten van belang. Psychische stoornissen vereisen geneeskundige GGZ en bij psychische klachten is de huisarts aan zet.

**Prikkels staan verkeerd** Uit onderzoek naar de uitvoeringspraktijk blijkt dat het met de Zvw voorgestane systeem voor de GGZ zeker nog niet optimaal functioneert. Veel prikkels staan verkeerd om te komen tot stepped care en het vergoeden van de juiste zorg. Daardoor is de kans groot dat zorg wordt vergoed ten laste van de Zvw die geen verzekerde zorg is, en dat eerstelijnszorg als specialistische GGZ (via dbc's) wordt gedeclareerd.

**Duidelijkheid is de basis voor gepast gebruik** In het rapport zetten we op een rijtje wat wel en niet onder de geneeskundige GGZ valt. Hiermee geeft het CVZ duidelijkheid voor de uitvoeringspraktijk. Het is ook de basis voor gepast gebruik.

**Aanbevelingen** Om te bevorderen dat gepast gebruik plaatsvindt en alleen zorg wordt vergoed die verzekerd is, adviseert het CVZ:

- de eerstelijns te versterken;
- Hulp bij werk- en relatieproblemen, welke nu al niet verzekerd is, expliciet uit te sluiten. Alleen als er sprake is van geïndiceerde preventie of stoornissen waardoor dan ook veroorzaakt, is er sprake van te verzekeren zorg;
- Vanuit de publieke gezondheidszorg meer aandacht te besteden aan het bevorderen van mentale fitheid;
- De psychotherapie nader te reguleren, danwel afspraken te maken met branchepartijen over afwegingsmomenten of doorbehandelen zinvol is;
- Er zorg voor te dragen dat de diagnosecode op de declaratie kan worden vermeld, net als bij de somatische zorg;
- De risicodragendheid van verzekeraars te vergroten;
- Te bevorderen dat in de richtlijnen aanbevelingen over deeltijdbehandeling en verblijf en de duur ervan komen.

#### ***4.b. Conclusie***

Het rapport over de geneeskundige GGZ laat zien dat er met gepast gebruik en een goede beleidsinzet veel kostenbeheersing valt te realiseren.

## 5. Risicogericht pakketbeheer

### 5.a. Inleiding

In dit hoofdstuk lichten we een advies toe dat het CVZ op verzoek van VWS heeft opgesteld.

Het gaat over de vraag wanneer je vooraf toetst of een interventie moet worden opgenomen, en wanneer je kunt volstaan met het achteraf toetsen, op geleide van signalen.

#### *Open-gesloten omschrijving*

In de Zorgverzekeringswet zijn niet alle te verzekeren prestaties op dezelfde manier omschreven. Eerstelijnszorg en medisch-specialistische zorg kennen een open omschrijving.

Geneesmiddelen en –deels- hulpmiddelen kennen een gesloten systeem. Zowel de Minister als het CVZ zijn op zoek naar een meer risicogerichte benadering van pakketbeheer. Daarmee wordt bedoeld dat de agenda bepaald zou moeten worden door de onderwerpen waar zich de grootste risico's voordoen, en niet door de vormgeving van de wet. Met risico's bedoelen we dan risico's voor kwaliteit, veiligheid, toegankelijkheid of betaalbaarheid van het verzekerde pakket. Als eerste hebben we gekeken naar de beoordeling van extramurale geneesmiddelen. Hier speelt het risico dat we veel energie moeten steken in relatief onbelangrijke aanpassingen van het geneesmiddelenvergoedingsstelsel.

#### *extramurale geneesmiddelen*

### 5.b. Risicogerichte beoordeling van extramurale geneesmiddelen

#### *Omvorming geneesmiddelen-beleid*

De Minister van VWS streeft naar meer flexibiliteit in de extramurale farmaceutische zorg. Een onderdeel daarvan is de beoordelingswijze voor extramurale geneesmiddelen. De Minister denkt daarbij aan een gemengd systeem waarin sommige middelen vóóraf en andere achteraf worden beoordeeld. Dat moet meer ruimte bieden aan partijen zelf. Met betere kwaliteit, doelmatigheid en, waar mogelijk, keuzevrijheid en prikkels voor zelfmanagement moet een verbetering zichtbaar worden voor de patiënt.

#### *Beoordeling meer gericht op risico's*

Het CVZ onderschrijft de wens van een meer flexibel beoordelingssysteem, omdat dit ook kansen biedt op een meer risicogericht pakketbeheer. Daaronder verstaan we dat de pakketbeheerder zich richt op die gebieden waar het de grootste risico's ziet. Risico's op instroom van interventies/geneesmiddelen die bijvoorbeeld onvoldoende bijdragen aan het verbeteren van de zorg in relatie tot de kosten.

#### *Open-gesloten systeem*

Een dergelijke risicogerichte benadering beperkt zich niet tot de extramurale geneesmiddelen, maar kan worden toegepast op het hele pakketbeheer. Door de gesloten omschrijving van geneesmiddelen in de wet besteden we veel tijd en geld aan de geneesmiddelenbeoordeling. De medisch-specialistische zorg

kent een open omschrijving, waardoor zorg die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en aan het criterium 'plegen te bieden' automatisch instroomt<sup>34</sup>. Het CVZ acht het wenselijk dat niet de wettelijke omschrijving, maar de ingeschatte risico's leidend zijn voor de beslissing of tot beoordeling wordt overgegaan.

In een begin 2013 uit te brengen rapport zal het CVZ deze benadering verder uitwerken voor de overige geneeskundige zorg.

**Doel**

Het risico dat het CVZ ziet bij de extramurale geneesmiddelen is vooral financieel, al speelt ook de kwaliteitsvraag altijd een rol. Dit speelt vooral bij dure (budgetimpact > 2,5 miljoen euro) middelen die therapeutische meerwaarde claimen. Het CVZ acht het verstandig om dergelijke claims vóóraf te toetsen, temeer omdat verzekeraars weinig mogelijkheden hebben om prijsdrukkende afspraken te maken over deze middelen.

**Meerwaarde toetsen op kosteneffectiviteit**

Voor specialistische geneesmiddelen<sup>35</sup> geldt het uitgangspunt dat een middel meerwaarde moet hebben ten opzichte van andere middelen om voor vergoeding uit het basispakket in aanmerking te komen. Het CVZ stelt voor om in de toekomst in de geneesmiddelenbeoordeling te kiezen voor toetsing van kosteneffectiviteit bij geclaimde meerwaarde, wanneer er een grote budgetimpact is te verwachten. Onlangs is het geneesmiddel abiraterone (Zytiga®) voor de behandeling van een ernstige vorm van prostaatkanker volgens de oude lijst beoordeeld en op de lijst van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) geplaatst. De minister heeft evenwel reeds in de brief aan de fabrikant aangekondigd dat op korte termijn een her-evaluatie op basis van de nieuwe regels tot de mogelijkheden behoort.

**Grens budgetimpact 2,5 miljoen**

De grens voor de budgetimpact is gesteld op 2,5 miljoen Euro. Deze grens sluit aan bij de grens die is vastgesteld voor de extramurale geneesmiddelen. Door alleen boven die grens de kosteneffectiviteit te beoordelen, vermijdt het CVZ dat veel tijd geïnvesteerd wordt in beoordelingen die een geringe impact hebben op de collectieve zorgkosten. Dat is risicogericht pakketbeheer: je concentreren op beoordelingen die een mogelijk risico vormen voor kwaliteit, toegankelijkheid of betaalbaarheid van het pakket.

---

<sup>34</sup> Dit geldt niet voor behandelingen die expliciet zijn uitgesloten in de Zvw, zoals plastische chirurgie.

<sup>35</sup> Deze maken deel uit van de geneeskundige zorg in ziekenhuizen en vallen dus binnen het bereik van de voorwaardelijke toelating, die voornamelijk alleen geldt voor geneeskundige zorg.



## 6. Voorwaardelijke toelating en financiering

### **6.a. Per 1 januari 2012 voorwaardelijke toelating mogelijk**

<b>Invoering per</b>	<p>Sinds 2009 heeft het CVZ enkele adviezen uitgebracht met als doel het instrument van voorwaardelijke financiering mogelijk te maken in de Zvw en de AWBZ. Per 1 januari 2012 is dit instrument in de Zvw geïntroduceerd. Voorwaardelijke toelating zal gaan gelden voor nieuwe en voor bestaande geneeskundige zorg. De voorwaarde bestaat uit de eis van het verzamelen van gegevens over de effectiviteit en/of over kosteneffectiviteit.</p>
<b>Bestaand of nieuw</b>	<p>Voorwaardelijke <i>toelating</i> tot het pakket van zorg die (nog) niet voldoet aan het criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk' (effectiviteit), wordt mogelijk voor een periode van maximaal vier jaar. In die periode dienen dan gegevens te worden verzameld over de effectiviteit (en eventueel ook de kosteneffectiviteit).</p>
<b>Toelating of financiering?</b>	<p>Wanneer er onduidelijkheid is over de kosteneffectiviteit, spreken we liever van voorwaardelijke <i>financiering</i>. De middelen of interventies zijn dan al toegelaten tot het pakket omdat ze effectief zijn (het wettelijke criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'). Bij onvoldoende kosteneffectiviteit(sgegevens) zou dan sprake zijn van een uitstroomadvies. De minister van VWS heeft het CVZ gevraagd ook hiervoor de procedure uit te werken, in eerste instantie gericht op de specialistische geneesmiddelen met een hoge kostenprognose.</p> <p>In twee afzonderlijke vervolgrapporten, die later dit jaar zullen verschijnen, zullen de beoordelingsprocedures en detail worden uitgewerkt, respectievelijk voor de specialistische geneesmiddelen en voor de niet-farmaceutische geneeskundige zorg.</p>
<b>Voorwaardelijke toelating</b>	<p>We hebben in het rapport Voorwaardelijke toelating/financiering van zorg aangegeven, hoe de procedure van voorwaardelijke toelating en financiering globaal kan worden ingericht. Belangrijke punten daarbij zijn het formuleren van de selectiecriteria en aandacht voor consistentie, transparantie, kwaliteit en draagvlak van beoordelingen en onderzoek. Het is de bedoeling dat het CVZ jaarlijks een aantal interventies voordraagt voor voorwaardelijke toelating. In het Pakketadvies 2011 zijn vier interventies voorgesteld. De Minister heeft gekozen voor denervatietechnieken bij chronische specifieke rugklachten.</p> <p>In 6.a.1 geven we aan welke interventies dit jaar in aanmerking komen voor voorwaardelijke toelating. De minister neemt hierover een beslissing, die dan per 1-1-2013 van kracht is.</p>

**Voorwaardelijke financiering** Zorg die voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk (en aan de overige wettelijke vereisten) stroomt/zit in de regel automatisch in het pakket. Bij twijfels over de kosteneffectiviteit kan uitstroom worden overwogen. De voorwaarde bestaat er dan uit dat kosteneffectiviteitsgegevens moeten worden verzameld die – indien die gunstig uitpakken- een uitstroombeslissing kunnen verhinderen. Om het criterium kosteneffectiviteit doeltreffend te kunnen gebruiken is onder andere een normering nodig, bijvoorbeeld de grens van € 20.000 - € 80.000 (afhankelijk van de ziektelast) die de RVZ heeft geformuleerd.

In het nu uitgebrachte rapport schetsen we welke knelpunten zich voordoen bij voorwaardelijke financiering met het oog op kosteneffectiviteit.

**Uitwerken procedure** Ook voor de voorwaardelijke financiering werken we de procedure nader uit. Op verzoek van de Minister van VWS allereerst voor dure- en weesgeneesmiddelen. Aanleiding hiervoor is dat de (extra) financiële vergoeding voor ziekenhuizen bovenop het geneesmiddelenbudget per 1 januari 2012 is vervallen<sup>36</sup>. De eis van onderzoek naar kosteneffectiviteit die aan de beleidsregels was gekoppeld wordt nu verbonden aan voorwaardelijke financiering. Dan hebben we het dus niet langer over een financieringsinstrument, maar over een instrument voor pakketbeheer, met uitstroom als mogelijke consequentie.

**Dure geneesmiddelen**

**Actieprogramma Zorgvernieuwing**

Binnen het Actieprogramma Zorgvernieuwing, dat in 2011 door VWS, CVZ, NZa en ZonMw is opgesteld, wordt eraan gewerkt om alle procedures die de afzonderlijke organisaties kennen voor onderzoek, verzekering en financiering op elkaar af te stemmen. Hiermee wordt meer transparantie en efficiency beoogd. Het is de opgave om een goed evenwicht te vinden tussen toegankelijkheid van de zorg en beheersing van de kosten van die zorg.

**Internationale afstemming**

Voorwaardelijke toelating is geen Nederlands fenomeen. Diverse landen kennen een of andere vorm van voorwaardelijke financiering. Internationaal vindt afstemming plaats over voorwaarden en uitgangspunten voor 'AED': access with evidence development. EUnetHTA is een werkgroep die in Europees verband nadenkt over het selecteren en rangordenen van onderwerpen voor AED.

#### *6.a.1. Selectie onderwerpen 2012*

Het CVZ heeft evenals vorig jaar een aantal onderwerpen geselecteerd die in aanmerking komen voor voorwaardelijke toelating. We hebben dat gedaan in nauwe samenspraak met ZonMw, NZa en DBC-onderhoud.

---

<sup>36</sup> Het betreft de Beleidsregel dure geneesmiddelen van de NZa

Belangrijke criteria voor selectie zijn geweest:

- mogelijke grote (kosten)effectiviteits/doelmatigheidswinst
- mogelijkheid van ongepast gebruik beperken: beheerste introductie van innovatie.

Uit een groot aantal door de vier organisaties ingebrachte onderwerpen is op grond van een aantal criteria een rangorde gemaakt. Gezamenlijk is een shortlist van vier onderwerpen samengesteld:

#### ***Vier onderwerpen***

- Claudicatio intermittens: gesuperviseerde looptraining en ClaudicatioNet,
- Obesitas bij kinderen: leefstijlinterventie voor kind en gezin,
- Percutane renale denervatie bij therapieresistente hypertensie,
- Intra-arteriële thrombolysie (IAT) bij het herseninfarct.

Hieronder treft u van ieder onderwerp een beknopte samenvatting aan, gevolgd door meer uitgebreide achtergrondinformatie in bijlage 5. De achtergrondinformatie is door de verschillende organisaties gezamenlijk samengesteld.

#### ***Onderwerp 1***

##### **Claudicatio intermittens: gesuperviseerde looptraining en ClaudicatioNet**

De eerste keus van behandeling voor claudicatio intermittens (vaatlijden van de benen) is gesuperviseerde looptraining. Deze behandeling is effectief en kan invasieve interventies uitstellen of voorkómen. De behandeling maakt echter geen deel uit van de basisverzekering (fysiotherapie komt voor eigen rekening). Dit heeft tot gevolg dat de toepassing van stepped care wordt belemmerd.

Het CVZ adviseert gesuperviseerde looptraining met gebruikmaking van Claudicationet voorwaardelijk toe te laten tot de basisverzekering. De redenen voor dit advies zijn als volgt:

- de maatschappelijke impact is groot: de aandoening komt veel voor en kent hoge kosten;
- gesuperviseerde looptraining is effectief en niet minder effectief dan invasieve interventies;
- passend gebruik van zorg wordt op deze wijze bevorderd en niet-passend gebruik neemt af;
- Claudicationet, een samenwerkingsverband van o.a. huisartsen, fysiotherapeuten, vaatchirurgen en vasculair geneeskundigen) is al operationeel, heeft een breed draagvlak en kan verder worden uitgebreid;
- vaststellen van kosten-effectiviteit van de opname van deze behandeling in de basisverzekering is haalbaar binnen vier jaar.

De macrokosten worden als volgt geschat: toelaten van deze behandeling tot de basisverzekering vergt een investering van ca. 15 mlj/jaar en levert 30 mlj/jaar (uitstel/afstel invasieve interventie) op.

## Onderwerp 2

### Obesitas bij kinderen: leefstijlinterventie voor kind en gezin

Obesitas bij kinderen (< 18 jr) is een groot maatschappelijk probleem. De prevalentie neemt nog steeds toe en de kans op ziekten zoals diabetes mellitus is sterk verhoogd. De behandeling bestaat uit een gecombineerde leefstijlinterventie waarbij ook het systeem rondom het kind (meestal het gezin) wordt betrokken. In studies is deze behandeling effectief, echter de toepassing in de praktijk laat te wensen over. Er is nog veel onduidelijk over de optimale vormgeving, de vergoeding en de verschillende onderdelen van de zorgketen sluiten niet goed op elkaar aan. Het CVZ heeft gesteld dat de interventie volledig binnen het pakt valt, echter, door de tekortschietende organisatie lijkt de toepassing in de praktijk niet altijd kosten-effectief.

Het CVZ adviseert de gecombineerde leefstijlinterventie met systeemaanpak voor kinderen met obesitas voorwaardelijk te financieren. Dit houdt in dat de volledige behandeling wordt vergoed en dat zij tegelijkertijd aan een kosten-effectiviteits toets wordt onderworpen.

In twee proeftuinen wordt de optimale organisatie van de interventie onderzocht. Dit moet leiden tot het formuleren van een kosten-effectief behandelprogramma dat zoveel als mogelijk in de eerste lijn wortelt en dat landelijk geïmplementeerd kan worden.

De volgende argumenten spelen een rol bij dit advies:

- De maatschappelijke impact is groot: de aandoening komt veel voor. Het aantal kinderen met obesitas neemt nog steeds toe. De aandoening leidt op de lange termijn tot hoge kosten.
- goede uitvoering van de behandeling stukt in de praktijk.
- vaststellen van een kosten-effectief behandelprogramma in de eerste lijn bevordert gepast gebruik en maakt de gehele keten kosten-effectiever.
- door diverse organisaties, verenigd in het Partnerschap Overgewicht Nederland, wordt samengewerkt, om optimale zorg bij obesitas op jonge leeftijd te realiseren. Het is gewenst daarbij aan te sluiten.
- in proeftuinen wordt op dit moment al onderzocht hoe de zorg optimaal geleverd kan worden.
- een goed kosten-effectiviteitsonderzoek lijkt mede daarom haalbaar binnen vier jaar.

De macrokosten lijken beperkt, maar zijn niet precies vast te stellen: zowel qua prijs, als qua volume zijn de variabelen gedeeltelijk onbekend. Behandeling vindt nu vaak in de tweede lijn (soms derde lijn) plaats en dit zal in het programma zoveel als mogelijk verschuiven naar de eerste lijn. Van deze multidisciplinaire eerstelijns-zorg is echter nog geen prijs bekend, zodat een raming moeilijk te maken valt van dit prijseffect. De verwachting is echter dat deze aanpak zeer kosten-

effectief is ten opzichte van de usual care, zowel vanwege prijs- als vanwege volume-effecten. De eerstelijnszorg zal immers in ieder geval goedkoper zijn dan de tweede(derde)lijnszorg en het aantal kinderen dat langdurig in de tweede (derde) lijn behandeld wordt, zal afnemen. In die zin nemen de macrokosten af. Een toename van de macrokosten kan echter optreden, als de verbeteringen in het zorgaanbod leiden tot een toename van totaal aantal behandelde kinderen.

### Onderwerp 3

#### **Percutane renale denervatie bij therapieresistente hypertensie**

Bij ongeveer 20-30% van de patiënten met hypertensie (verhoogde bloeddruk) is behandeling niet effectief. Dit leidt tot een sterk verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Renale denervatie lijkt een effectieve behandeling te zijn: in studies werd een aanzienlijke bloeddrukverlaging bereikt en kon bij een deel van de patiënten de medicatie worden verminderd<sup>37</sup>. De behandeling is éénmalig en potentieel zeer kosten-effectief. Er zijn nog geen gegevens over effectiviteit en veiligheid op de lange termijn.

Het CVZ adviseert deze behandeling voor voorwaardelijke toelating in het basispakket in aanmerking te laten komen. Hiervoor zijn de volgende argumenten:

- hypertensie komt veel voor; de maatschappelijke impact is groot;
- de behandeling is potentieel zeer kosten-effectief, de huidige behandeling is dat niet bij deze patiëntencategorie;
- de behandeling wordt ook nu al wel toegepast (en vergoed), maar zonder onderzoek. Het CVZ wil graag een beheerste en gecontroleerde introductie van deze innovatie;
- ZonMw subsidieert een onderzoek naar effectiviteit en kosten-effectiviteit; tijdelijke vergoeding van de zorg faciliteert dit onderzoek (en maakt uitbreiding van het onderzoek mogelijk om het benodigde bewijs in het kader van de stand van de wetenschap en praktijk te verzamelen);
- Er is door DBC-onderhoud voorzien in een aparte zorgactiviteit waardoor registratie en controle mogelijk is;
- Het onderzoek lijkt haalbaar binnen vier jaar.

De macrokosten van de zorg die gekoppeld is aan het onderzoek zijn beperkt: €600.000 (kosten interventie x aantal patiënten). De opbrengst op langere termijn zou zijn 20% minder medicatiegebruik en 50% reductie in hart- en vaatziekten. Indien deze interventie voorwaardelijk toegelaten wordt, stellen wij een studie op grotere schaal en met klinische uitkomstmaten voor (dit zou een verdubbeling van de macrokosten betekenen).

Tenslotte: in 2011 is dit onderwerp eveneens voorgesteld als onderwerp voor voorwaardelijke toelating. Vanwege de

---

<sup>37</sup> Zie ook standpunt Renale denervatie voor therapieresistente hypertensie. [http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst\\_content/nl/documenten/standpunten/2011/sp1106-renale-denervatie.pdf](http://www.cvz.nl/binaries/live/cvzinternet/hst_content/nl/documenten/standpunten/2011/sp1106-renale-denervatie.pdf)

financiële mogelijkheden op dat moment is dit voorstel niet overgenomen. De belangrijkste reden om deze interventie nu opnieuw op de agenda te plaatsen is dat toepassing in de praktijk in toenemende mate zal plaatsvinden en moeilijk tegen te houden is. Door middel van voorwaardelijke toelating is beheerste introductie beter mogelijk.

(Op 24 juni 2011 heeft het CVZ bepaald dat deze interventie niet behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zvw. De interventie is namelijk nog niet te beschouwen als zorg conform 'de stand van de wetenschap en praktijk'. Het standpunt is te vinden in bijlage 6.31.)

#### **Onderwerp 4**

##### **Intra-arteriële thrombolysie (IAT) bij het herseninfarct**

Patiënten met een herseninfarct worden behandeld met intraveneuze thrombolytica. Deze behandeling is echter niet altijd mogelijk, of gecontra-indiceerd. In die gevallen lijkt intra-arteriële behandeling een goede optie. Potentieel kan hiermee veel blijvende schade worden voorkomen. De effectiviteit en veiligheid van deze behandeling staan echter niet vast.

Het CVZ adviseert om IAT bij het herseninfarct voorwaardelijk toe te laten in het basispakket. De redenen hiervoor zijn de volgende:

- de maatschappelijke impact is groot: de gevolgen van een herseninfarct zijn ernstig, vaak levenslang en kostbaar.
- De behandeling is potentieel kosten-effectief, omdat de kosten van langdurige zorg afnemen na succesvolle behandeling.
- In 2011 is een gerandomiseerde studie gestart in Nederland. De zorgkosten worden niet gefinancierd. Voorwaardelijke toelating van de zorg kan deze studie faciliteren;
- Er is door DBC-onderhoud voorzien in een zorgactiviteit, waardoor registratie en controle mogelijk is;
- Het onderzoek lijkt haalbaar binnen vier jaar.

De macrokosten zijn als volgt berekend: wij gaan er vanuit dat IAT buiten studieverband niet zal worden aangeboden in de Nederlandse centra, gezien de onzekerheid rond veiligheid en effectiviteit. De voorwaardelijke toelating tot het basispakket is dus alleen van toepassing op de patiënten die deelnemen aan de landelijke studie. Dit zijn 250 patiënten in totaal, leidend tot een bedrag van €2,5 mlj (250 x meerkosten IAT nl € 10.000). De verwachte opbrengst indien de behandeling inderdaad effectief is, is ca. € 25 mlj (afname kosten langdurige zorg).

## 7. Overzicht adviezen

### **7.a. Inleiding**

In dit hoofdstuk is een korte samenvatting opgenomen van alle adviezen die het CVZ sinds het verschijnen van het Pakketadvies 2011 heeft uitgebracht. De integrale tekst van de adviezen vindt u in bijlage 6.

Aanleiding voor het opstellen van deze adviezen zijn onder meer: vernieuwingen in de zorg, het bevorderen van gepast gebruik, maatschappelijke ontwikkelingen en signalen uit de uitvoeringspraktijk.

### **7.b. Geneesmiddelenbeoordelingen**

Het CVZ adviseert de minister van VWS gedurende het hele jaar over de opname van geneesmiddelen in het te verzekeren pakket van de Zvw volgens de wettelijk vastgestelde procedure. Ook adviseert het CVZ de NZa over de opname van geneesmiddelen in de beleidsregels Dure geneesmiddelen en Weesgeneesmiddelen. Deze beoordelingen zijn gepubliceerd op de website van het CVZ. Als voorbeeld vatten we hierna een aantal geen instroomadviezen samen.

- **Liraglutide (Victoza®)**  
(advies aan minister november 2011)

Liraglutide is een oplossing voor injectie bij patiënten met diabetes mellitus type 2, die niet of onvoldoende uitkomen met de combinatie metformine en een SU-derivaat. Voor dit middel zijn op bijlage 2 nadere voorwaarden (restricties) vastgesteld. Het middel wordt, net als het vergelijkbare exenatide, alleen vergoed bij patiënten met o.a. een BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>, waarbij liraglutide wordt toegevoegd aan de behandeling metformine en een SU-derivaat (triple therapie). Toevoegen van liraglutide heeft als doel het uitstellen van toevoegen van insuline aan de combinatie metformine en SU-derivaat.

In 2011 heeft de fabrikant een verzoek ingediend tot herbeoordeling. Het ging hier specifiek om uitbreiding van de nadere voorwaarden door verlaging van het criterium BMI  $\geq 35$  naar BMI  $\geq 30$ . Kern van de meerwaarde claim in deze groep is dat liraglutide in tegenstelling tot insuline niet tot gewichtstoename leidt. De aangedragen nieuwe gegevens hebben echter niet geleid tot een verandering van de eerdere conclusie. Deze luidt dat voor liraglutide ten opzichte van insuline geen meerwaarde is aangetoond bij patiënten met een BMI tussen 30 en 35. De nadere voorwaarden zijn daarmee niet veranderd. Vergoeding blijft gehandhaafd voor bovengenoemde groep patiënten met een BMI  $\geq 35$  kg/m<sup>2</sup>.

Het is een onderwerp waaraan ook in de media ruime aandacht is besteed in samenhang met de maatschappelijke discussie over obesitas. Met name de beroepsgroep acht de opstelling van

CVZ een belemmering voor optimale patiëntenzorg.

- **Lapatinib (Tyverb®)**  
(advies aan minister juli 2011)

Lapatinib (tabletten) is onder 'Voorwaardelijke toelating' geregistreerd bij postmenopauzale vrouwen met hormoonreceptorpositieve (HR+) gemetastaseerde borstkanker, die niet in aanmerking komen voor chemotherapie en waarbij de tumor een HER2-overexpressie vertoont. Het middel dient in deze groep samen met een aromataseremmer te worden toegepast. Geconcludeerd is dat bij deze patiënten, die daarnaast geen snelle progressie en geen uitgebreide hersen- en viscerale metastasen hebben, lapatinib een therapeutisch gelijke waarde heeft als trastuzumab (Herceptin®).

Trastuzumab is opgenomen op de Beleidsregel dure geneesmiddelen, maar niet in het GVS. Aangezien lapatinib niet clusterbaar is met een ander al in het GVS opgenomen middel, komt het in aanmerking voor plaatsing op lijst 1B. Voorwaarde is dat bij een therapeutisch gelijke waarde, toepassing niet gepaard gaat met meerkosten in het GVS. Toepassing van lapatinib zal leiden tot geschatte meerkosten die op kunnen lopen tot ongeveer € 2 miljoen. Geschat wordt ook dat deze kosten voor een groot deel zullen worden gecompenseerd door besparingen aan uitgaven aan trastuzumab buiten het GVS. Om deze reden heeft het CVZ de minister geadviseerd deze besparingen wel mee te wegen en lapatinib wel op te nemen op lijst 1B van het GVS. Aangezien er verwacht wordt dat lapatinib in de praktijk bij ongeclausuleerde vergoeding ruimer zal worden toegepast, is geadviseerd de vergoeding strikt te beperken op de hierboven genoemde indicatie.

Lapatinib is eerder in 2010 beoordeeld. Het ging toen om een andere geregistreerde indicatie, namelijk in combinatie met capecitabine als 2<sup>e</sup> of laterelijnsbehandeling bij patiënten met positieve HER2-receptor en ziekteprogressie. Toen is vastgesteld dat lapatinib in combinatie met capecitabine als 3<sup>e</sup> lijnsbehandeling een therapeutisch gelijke waarde had ten opzichte van alleen capecitabine.

Capecitabine is opgenomen op lijst 1B in het GVS. Aangezien lapatinib hier bij therapeutische gelijke waarde wel tot aanzienlijke hogere kosten in het GVS zou leiden, is destijds geadviseerd het middel niet in het GVS op te nemen. Dit leidde tot veel publiciteit en Kamervragen, en ook nu nog doen belanghebbende partijen pogingen het besluit van de minister terug te draaien.



- **ChondroCelect®**  
(advies aan NZa april 2011, ikv innovatieve DBC aan minister maart 2011)

ChondroCelect® is een zogenaamd advanced therapy product, dat ingezet kan worden bij de behandeling autologe kraakbeencelimplantatie (ACI) voor herstel van enkelvoudige kraakbeendefecten in de knie bij volwassenen. Bij autologe kraakbeencelimplantatie worden eigen kraakbeencellen geoogst, in vitro opgekweekt en weer teruggeplaatst in de knie om zo kraakbeendefecten op te vullen. Er zijn verschillende methodes van ACI. Eén van de methodes is met behulp van het geneesmiddel ChondroCelect®.

Autologe kraakbeencelimplantatie is beoordeeld in het kader van (innovatieve) medisch specialistische behandelingen. Daarnaast is ChondroCelect® als geneesmiddel beoordeeld in het kader van voorlopige plaatsing op de Beleidsregel dure geneesmiddelen. In beide beoordelingen werd geconcludeerd dat de behandeling bij defecten kleiner dan 4 cm<sup>2</sup> even effectief lijkt als de gebruikelijke behandeling microfacturering. Bij grotere kraakbeendefecten kon de effectiviteit niet worden vastgesteld vanwege het ontbreken van methodologisch goede gegevens.

Bij de beoordeling in het kader van medisch specialistische zorg is daarnaast gesteld dat aangezien er geen meerwaarde is aangetoond, maar de behandeling wel gepaard gaat met aanzienlijke meerkosten, er geen redenen zijn deze behandeling een voorkeur te geven boven microfracturering. Voor voorlopige opname op de Beleidsregel dure geneesmiddelen geldt, dat een middel een therapeutische meerwaarde ten opzichte van de gebruikelijke behandeling dient te hebben. Aangezien dat hier niet het geval is, is ChondroCelect® daarmee afgewezen voor opname op de Beleidsregel. Dit tot grote teleurstelling van de aanvragers van de beoordelingen. Zij zijn juist van mening dat bij grotere kraakbeendefecten ChondroCelect® een therapeutische meerwaarde heeft, aangezien voor deze groep een goede standaardbehandeling ontbreekt.

- **Ranibizumab (Lucentis®)**  
(advies aan NZa, september 2011)

In 2007 is ranibizumab geplaatst op de Beleidsregel dure geneesmiddelen bij de indicatie neovasculaire leeftijdsgebonden maculadegeneratie (LMD). In 2011 is een aanvraag voor vergoeding ingediend voor een nieuwe indicatie: visusverslechtering bij diabetische macula oedeem (DME). Ook hier betrof het een aanvraag voor plaatsing op de Beleidsregel dure geneesmiddelen.

Geconcludeerd werd dat ranibizumab een gelijke therapeutische waarde had als het middel bevacizumab. Bevacizumab wordt veelvuldig off-label toegepast bij deze indicatie, maar staat echter niet op de beleidsregel. Op basis hiervan heeft het CVZ de NZa geadviseerd ranibizumab bij deze indicatie niet op te

nemen op de Beleidsregel. De beroepsgroep kan zich niet goed in dit advies vinden. Zij willen onder gunstige financiële condities over ranibizumab kunnen (blijven) beschikken indien patiënten niet of onvoldoende op bevacizumab reageren. Het CVZ kan daarover echter niet positief adviseren, omdat tot op heden er echter nog geen studies zijn verricht naar de toepassing van ranibizumab als 2<sup>e</sup> lijnsbehandeling.

- **Roflumilast (Daxas®)**  
(advies aan minister, januari 2011)

Roflumilast is geïndiceerd als onderhoudsbehandeling bij ernstige COPD, geassocieerd met chronische bronchitis bij volwassen patiënten met een voorgeschiedenis van frequente exacerbaties. Het dient te worden toegevoegd aan een behandeling met langwerkende luchtwegverwijders. Roflumilast is niet onderling vervangbaar met andere in het GVS opgenomen middelen, zoals de inhalatiecorticosteroiden. De fabrikant claimde een therapeutische meerwaarde ten opzichte van inhalatiecorticosteroiden en vroeg opname aan op lijst 1B van het GVS. Er waren geen direct vergelijkende studies met inhalatiecorticosteroiden en indirecte vergelijkende studies waren moeilijk te interpreteren vanwege een verschil in patiëntengroepen. De CFH concludeerde een therapeutische minderwaarde op basis van onvoldoende aangetoonde effectiviteit en de bijwerkingen (o.a. gewichtsverlies) van roflumilast. Gewichtsverlies is van bijzonder belang bij COPD patiënten aangezien dit geassocieerd is met een slechtere prognose van COPD. Aanvullende informatie aangeleverd door de fabrikant over bijwerkingen heeft de CFH niet van mening doen veranderen. Het CVZ heeft de minister geadviseerd roflumilast niet op te nemen in het GVS. Inmiddels beginnen ook buitenlandse vergoedingsinstanties kritische geluiden te laten horen over de toegevoegde waarde van het product.

### **7.c. Geen instroom**

- **Behandeling van xerostomie/orale mucositis met speekselsubstituut (kunstspeeksel) of mondspoelmiddel (augustus 2011)**

Het CVZ heeft in zijn advies van 14 februari 2011 geadviseerd om per 1 januari 2014 hulpmiddelen voor het toedienen van voeding functiegericht te omschrijven. Als de minister het advies overneemt is de consequentie dat speekselsubstituten/mondspoelingen per 1 januari 2014 instromen in het te verzekeren basispakket, mits sprake is van zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk.

Het CVZ heeft onderzocht of speekselsubstituten/mondspoelingen (inclusief Caphosol) in het algemeen ter behandeling van xerostomie voldoen aan dit criterium. Uit literatuuronderzoek concluderen we dat speekselsubstituten/mondspoelingen voldoen aan dit criterium. Speekselsubstituten/mondspoelingen zijn vrij verkrijgbaar bij

drogist en apotheek en kunnen voor eigen rekening van de verzekerde komen. Na weging is het CVZ van mening dat deze middelen niet noodzakelijk te verzekeren zorg zijn.

Wij adviseren om speekselsubstituten/mondspoelingen per 1 januari 2014 (de datum van de functiegerichte omschrijving van hulpmiddelen voor het toedienen van voeding) van de te verzekeren prestaties uit te sluiten.

Gelet op de cijfers zoals verstrekt door Zorgverzekeraars Nederland gaat het landelijk om 1724 verzekerden. Uitgaande van gemiddelde kosten van € 112,- per verzekerde komen de kosten voor verstrekking van speekselsubstituten/mondspoelingen niet ten laste van het basispakket op € 193.088,- per jaar.

#### **7.d. Instroom**

- **Fluorideapplicaties bij jeugdige verzekerden (november 2011)**

Zorgverzekeraars hebben CVZ erop gewezen dat zij in de uitvoeringspraktijk problemen ondervinden bij de vergoeding van fluorideapplicaties wanneer daarvoor een terechte indicatie lijkt te bestaan, en stellen voor de leeftijdsgrens van zes jaar voor het recht op fluorideapplicatie te laten vervallen.

Aan de leeftijd van zes jaar ligt het uitgangspunt ten grondslag dat pas vanaf het zesde levensjaar blijvende gebitselementen doorbreken. Nu blijkt dat er sprake is van een tendens dat blijvende gebitselementen op jongere leeftijd doorbreken kan het voorkomen dat verzekerden jonger dan zes jaar met blijvende gebitselementen geen fluorideapplicatie ontvangen.

Het CVZ komt ten aanzien van fluorideapplicaties bij blijvende gebitselementen bij verzekerden onder de zes jaar tot de conclusie dat het de bedoeling van de regelgever is dat fluorideapplicaties voor verzekerden ter beschikking staan vanaf het doorbreken van blijvende gebitselementen.

Het CVZ adviseert de minister het Besluit zorgverzekering zo aan te passen dat deze zorg onder de te verzekeren prestatie komt te vallen.

Het CVZ verwacht dat hiermee jaarlijks een bedrag van maximaal € 500.000 is gemoed.

#### **7.e. Uitstroom**

- **Redressiehelm (december 2011)**

Het CVZ heeft in 2009 het standpunt 'Afbakening hulpmiddelenzorg en geneeskundige zorg zoals medisch-specialisten die plegen te bieden' uitgebracht. Het CVZ komt daarin tot de conclusie dat de behandeling van plagiocefalie en

brachycefalie met een redressiehelm niet behoort te vallen onder de te verzekeren prestatie hulpmiddelenzorg. In verband hiermee adviseert het CVZ de minister de Regeling zorgverzekering zo aan te passen dat de behandeling met een redressiehelm niet langer onder de paragraaf Hulpmiddelenzorg valt.

In 2009 stelde het CVZ tevens vast dat de behandeling van plagiocefalie en brachycefalie met een redressiehelm onder de verantwoordelijkheid van de medisch-specialist valt. In dit rapport gaat het CVZ na of de behandeling met een redressiehelm is aan te merken als een te verzekeren prestatie.

De behandeling van plagiocefalie en brachycefalie zonder craniosynostose met een redressiehelm betreft, zo constateert het CVZ, een behandeling van cosmetische aard. Vanwege het cosmetische karakter is het nodig om de behandeling te toetsen aan de bepalingen in het Besluit zorgverzekering over behandelingen van plastisch-chirurgische aard. Een behandeling van plastisch-chirurgische aard is uitsluitend een te verzekeren prestatie geneeskundige zorg indien is voldaan aan één van de criteria zoals opgenomen in het Besluit zorgverzekering. Het CVZ komt tot de conclusie dat de behandeling met een redressiehelm bij plagio- of brachycefalie zonder craniosynostose niet voldoet aan die voorwaarden en daarmee niet is aan te merken als geneeskundige zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet.

Het CVZ attendeert erop dat als de minister het advies om de Regeling zorgverzekering aan te passen overneemt, de behandeling met een redressiehelm bij plagio- of brachycefalie zonder craniosynostose (per 1-1-2013) niet langer een te verzekeren prestatie in het kader van de Zorgverzekeringswet is.

Op basis van een aantal aannames is het mogelijk een raming te geven van de totale kosten en aantallen gebruikers van de redressiehelm in 2010. Op basis van gegevens uit de GIPdatabank is het aannemelijk van 3100 verzekerden uit te gaan. De kosten per gebruikers zijn ongeveer € 1.100,-. In totaal gaat het om een bedrag van circa € 3,5 miljoen.

## **7.f. Systeemadviezen**

Het CVZ heeft de volgende systeemadviezen met betrekking tot de Zvw en AWBZ uitgebracht.

### *7.f.1. In de Zvw*

- **Naar een risicogerichte beoordeling van extramurale geneesmiddelen (december 2011)**

De minister heeft aan het CVZ gevraagd of het mogelijk is een gemengd beoordelingsstelsel (van beoordelingen vooraf of achteraf) voor extramurale geneesmiddelen te ontwerpen en wat daarvan de consequenties zijn voor partijen.

Het CVZ stelt voor om in de toekomst de geneesmiddelenbeoordeling te richten op toetsing van kosteneffectiviteit bij geclaimde meerwaarde, wanneer er een grote budgetimpact is te verwachten.

Een nadere uitwerking is te vinden in hoofdstuk 5.b. van dit rapport.

- **Lage ziektelast benadering (maart 2012)**

Het CVZ adviseert een behoedzame invoering van de lage-ziektelast benadering in het pakketbeheer. Verder adviseren wij om behandelingen die voorkómen dat een aandoening zich verder ontwikkelt, vanuit de basisverzekering te blijven vergoeden, ook al is op het moment van behandeling de ziektelast (nog) laag. Ook diagnostische tests moeten onderdeel van het verzekerde pakket blijven. De diagnostiek gaat namelijk vooraf aan het bepalen van de ziektelast.

Een nadere uitwerking is te vinden in hoofdstuk 2.b.5 van dit rapport.

- **Voorwaardelijke toelating / financiering van zorg (april 2012)**

Het CVZ heeft een rapport opgesteld over de manier waarop voorwaardelijke toelating van zorg vormgegeven zal worden, rekening houdend met de kaders van de Zorgverzekeringswet.

Een essentieel onderdeel van voorwaardelijke toelating is dat de selectie van onderwerpen zorgvuldig plaatsvindt en dat studies goed worden begeleid. De daarbij te volgen procedure beschrijft het CVZ op hoofdlijnen.

De juridische vormgeving, namelijk een voorwaardelijke toelating tot het basispakket heeft een aantal implicaties. Daarbij is van belang dat de juridische verankering van de criteria effectiviteit en kosteneffectiviteit in de Zvw verschilt.

#### 7.f.2. In de AWBZ

##### ▪ IQ maatregel (april 2011)

De voorgenomen IQ maatregel van het Ministerie van VWS beoogt de toegang tot de AWBZ gefinancierde gehandicaptenzorg te beperken door de huidige IQ grens van 85 te verlagen naar 70.

Het CVZ heeft beoordeeld wat de waarde is van een IQ test en van daarmee gemeten IQ-scores als maatstaf voor de VG-problematiek. Verder hebben wij vastgesteld om welke doelgroep het gaat, wat de aard van de problematiek van de doelgroep is, welke zorgbehoefte de doelgroep heeft en om hoeveel personen het gaat. Ook is nagegaan welke consequenties de maatregel heeft voor de uitvoering en voor de wet- en regelgeving.

Het CVZ concludeert dat de IQ maatregel per 1 januari 2012 niet uitvoerbaar is om de volgende redenen:

- De betrouwbaarheid van IQ testen is beperkt en de IQ score is vanwege de variatie in testresultaten niet het geschikte criterium.
- De beoordeling van het intellectuele vermogen zegt weinig tot niets over de ernst van de problemen en de aanwezige ondersteuningsbehoefte.
- Hoewel concrete cijfers over de omvang van de doelgroep niet bekend zijn, betekent doorvoeren van de IQ maatregel voor het CIZ een toename van de indicatiewerklast.
- Met de IQ maatregel wordt de AWBZ aanspraak beperkt. Het besluit zorgaanspraken AWBZ moet worden aangepast.
- Naast de IQ maatregel zijn per 2013 en 2015 nog een aantal andere voor de LVG doelgroep relevante maatregelen voorzien. Invoering van de IQ maatregel per 1 januari 2012 is onverantwoord omdat de maatregel slechts in samenhang met het andere voorgenomen beleid kan worden geïmplementeerd.
- Bijkomende psychiatrische problemen zijn wellicht ook als Zvw-zorg te duiden, maar dat is nog onzeker.
- De cumulatie van maatregelen brengt grote gevaren voor de doelgroep met zich mee en heeft ernstige maatschappelijke gevolgen.

Het CVZ beveelt aan de vraag naar de formele zorg te beheersen door beter te onderzoeken waar de ongewenste groei aan te wijten is en op grond daarvan de indicatiestelling gericht aan te scherpen.

Het verdient bovendien aanbeveling de maatschappelijke effecten van de cumulatie van de verschillende maatregelen en de effecten van die maatregelen op elkaar nader te onderzoeken.

- **Decentralisatie begeleiding  
(september 2011)**

In de programmabrief langdurige zorg van 1 juni 2011 geeft de Staatssecretaris van VWS uitwerking aan het in het Regeer- en Gedoogakkoord opgenomen voornemen om de extramurale AWBZ-begeleiding per 2013 te decentraliseren. De staatssecretaris signaleert in deze brief de risico's die decentralisatie met zich mee kan brengen en zij onderstreept het belang van een zorgvuldig implementatietraject. Het gaat immers om kwetsbare mensen.

Het CVZ heeft op 27 september 2011 aan de staatssecretaris gerapporteerd. Het CVZ heeft in zijn rapport aangegeven de zorg van de staatssecretaris te delen en op grond van zijn verantwoordelijkheid voor pakketbeheer het initiatief te hebben genomen tot onderzoek. Dit onderzoek is onafhankelijk, maar met kennis van het Transitiebureau (het bureau van VWS en de VNG dat gemeenten en zorgaanbieders ondersteunt bij de transitie) uitgevoerd. Het CVZ heeft in het rapport een aantal knelpunten van inhoudelijke en uitvoeringstechnische aard belicht die naar het oordeel van het CVZ extra aandacht behoeven. Het gaat hierbij om knelpunten die kunnen ontstaan rond specifieke kwetsbare groepen, rond bepaalde afbakeningskwesties tussen AWBZ-zorg, Wmo-ondersteuning en andere voorzieningen, rond Wmo-ondersteuning in relatie tot verblijfsindicaties en PGB, rond de coördinatie, en rond de gegevensuitwisseling.

- **Signalement zorg en wonen  
(april 2012)**

Het CVZ heeft gekeken waarom het scheiden van wonen en zorg maar niet van de grond komt. In dit signalement is het CVZ nagegaan hoe dit komt, en geeft een denkrichting aan hoe het mogelijk is passende woonvormen te realiseren voor mensen met beperkingen.

Het CVZ adviseert een aanpassing van het Bza in die zin dat de aanspraak voor het zwaarst te verzekeren risico is beperkt tot de feitelijke zorg. Die zorg bestaat uit een integraal zorgpakket waaronder zorg wordt verstaan die langdurig, en 7 maal 24 uur per dag nodig is en zo intensief en/of complex is, dat die onder één regie en verantwoordelijkheid moet worden aangeboden.

De aanspraak op een integraal zorgpakket omvat alle zorg, waaronder maaltijdvoorziening en schoonmaak. Om meer keuzemogelijkheden te bieden aan verzekerden kan voor deze zaken een restitutieregeling worden getroffen. De aanvullende zorg die nu in artikel 15 Bza is geregeld, maar onderdeel uit van de integrale zorgpakketten. Artikel 15 Bza geldt niet bij permanent toezicht en bescherming.

Het integrale zorgpakket is gericht op de groep waarvoor de zorg niet uit de reguliere domeinen is te leveren. De manier waarop de zorgzwaartepakketten tot stand zijn gekomen, heeft ertoe geleid dat er pakketten zijn voor groepen die niet perse op verblijf(szorg) zijn aangewezen. Als die verzekerden een integraal pakket krijgen, hebben ze geen aanspraak meer op de Wmo. Maar het volledig pakket is niet altijd in de oorspronkelijke woning van de verzekerde te leveren. Daarom is het van belang de doelgroep te beperken tot degenen die werkelijk op een integraal zorgpakket zijn aangewezen.

De bekostiging van zorggerelateerde bouwkundige voorzieningen is een groot knelpunt. Het CVZ heeft vier scenario's verkend.

De kernboodschap van het signalement is de zorggerelateerde bouwkundige voorzieningen te bekostigen door daarvoor een deel van de Normatieve Huisvestings Component (NHC) te gebruiken. Met een dergelijk mini NHC zijn woningexploitanten in staat om passende woonvormen te ontwikkelen voor zorgvragers.

- **Artikel 15 Besluit Zorgaanspraken AWBZ (Bza) (april 2012)**

Het CVZ heeft onderzocht of artikel 15 Bza (in zijn huidige vorm) nog kan worden gehandhaafd, of dat dit artikel kan worden afgeschaft.

Het CVZ komt tot de conclusie dat afschaffing van artikel 15 Bza, gezien de complexiteit daarvan, op dit moment niet opportuun is. Het ligt in de rede om deze aanspraak te herzien in het licht van de ontwikkelingen die zich binnen de langdurige zorg voordoen, waaronder de manier waarop de verblijfszorg in de toekomst zal worden vormgegeven. Gezien de ontwikkeling richting zorg in de thuissituatie en scheiden van wonen en zorg, ligt een koppeling van de aanvullende zorg van artikel 15 Bza aan de voorwaarde van intramurale zorg niet zondermeer voor de hand.



## 8. Overzicht standpunten

### **8.a. Inleiding**

In dit hoofdstuk belicht het CVZ de standpunten die het sinds het verschijnen van het Pakketadvies 2011 heeft ingenomen. Deze standpunten zijn integraal opgenomen in bijlage 6.

Bij sommige zorgvormen komt het voor dat het CVZ van mening is dat een deel van die zorg wel voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en een deel niet. In die situatie is het standpunt als geheel opgenomen in paragraaf 8.c.

### **8.b. Het belang van standpunten**

Ook in 2011 heeft het CVZ de nadruk gelegd op standpunten. Met het innemen van standpunten bepaalt het welke interventies al dan niet tot de te verzekeren prestaties van de Zvw en AWBZ behoren.

Standpunten hebben een grote impact omdat zij duidelijkheid verschaffen over de inhoud en omvang van het te verzekeren pakket. Immers, een groot deel van de te verzekeren prestaties kent een 'open', in algemene termen gestelde, omschrijving. Dergelijke omschrijvingen laten ruimte voor interpretaties. Door daarover uitspraken te doen (een standpunt innemen) verschaft het CVZ duidelijkheid voor zowel verzekeraars als verzekerden.

Het CVZ heeft bij de standpunten in de Zvw uitdrukkelijker aangegeven welke zorg wel en niet voldoet aan het wettelijk criteria 'stand van de wetenschap en praktijk', 'plegen te bieden', bij welke indicatiegebieden de zorg bewezen effectief is en op welk moment in de stepped care benadering de behandeling een plaats verdient.

Bij de AWBZ gaat het eveneens over effectiviteitsvraagstukken, maar ook over verduidelijking van inhoud en omvang van de aanspraken en toetsing aan de beleidsregels. Daarnaast speelt de afgrenzing van AWBZ en overige wettelijke regelingen voor zorg en ondersteuning een rol. Standpunten worden in de AWBZ ook ingenomen bij de advisering over geschillen als het onderwerp van geschil een bredere toepassing heeft dan het onderhavige geschil zelf. Ook over uitvoeringsregels (bevoegdheidsverdeling) zijn standpunten opgenomen.

Standpunten zijn temeer van belang omdat deze vaak betrekking hebben op 'de randen van het pakket'. Het gaat dan bijvoorbeeld om de afbakening tussen zorg en (selectieve) preventie, de afbakening met andere wettelijke voorzieningen, maar ook om de vraag of de zorg nog als experimenteel moet worden beschouwd of niet. De standpunten die het CVZ inneemt verschaffen duidelijkheid over wat wel en niet tot het zorgdomein behoort.

Via het innemen van standpunten geeft het CVZ handreikingen

aan verzekeraars, het CIZ, de zorgkantoren en de NZa, om alleen bewezen effectieve zorg te vergoeden vanuit het basispakket en de AWBZ, en geen zorg ten laste van de Zvw of AWBZ te brengen die tot een ander domein behoren. Dit bevordert de kwaliteit en leidt tot een efficiëntere besteding van de voor de zorg beschikbare middelen. Hierdoor leveren standpunten een belangrijke bijdrage aan gepast gebruik.

### **8.c. Standpunten (deels) te verzekeren zorg**

Hieronder geeft het CVZ een overzicht van de standpunten met betrekking tot de Zvw en de AWBZ.

#### *8.c.1. In de Zvw*

- **Preventie van angststoornissen (paniekstoornis) (juni 2011)**

Het CVZ heeft een herbeoordeling uitgevoerd van het standpunt uit 2009 over preventie van angststoornissen en met name voor wat betreft preventieve interventies bij paniekkklachten.

Anders dan in 2009 is nu wel een hoogrisicogroep aan te wijzen voor het krijgen van een angststoornis, en wel die voor een paniekstoornis. Een subklinische paniekstoornis merkt het CVZ als hoog risico aan. Op basis van de onderzochte literatuur blijkt een subklinische paniekstoornis een reële kans te geven op het ontwikkelen van een volwaardige paniekstoornis.

Uit het onderzoek blijkt dat voor paniekstoornissen er voldoende wetenschappelijk bewijs is voor de effectiviteit van preventieve interventies die zijn gebaseerd op cognitieve gedragstherapeutische principes. De preventieve interventie voor paniekstoornissen voldoet daarmee aan het criterium 'stand van de wetenschap en praktijk'. Voor de preventieve interventies bij andere angststoornissen is hiervoor nog onvoldoende onderbouwing op grond van wetenschappelijk onderzoek (van voldoende niveau).

Het CVZ concludeert dat preventie van paniekstoornis in de vorm van programma's op basis van cognitieve gedragstherapie, behoort tot een te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

De kosten die samenhangen met de preventie van paniekstoornissen betreffen kosten die het gevolg zijn van intensivering van het gebruik van wettelijk verzekerde zorg. Bij een deelnamepercentage van 5% raamt het CVZ de kosten binnen het netto BKZ (exclusief eigen bijdragen) op € 7,6 miljoen. Dit bedrag zal lager uitkomen als de voorgenomen kostenbesparende maatregelen voor de curatieve GGZ met ingang van 2012 worden gerealiseerd. Naast kosten die preventieve interventies met zich meebrengen, zijn er opbrengsten. Deze bevatten gezondheidswinst die men realiseert door het voorkomen van klinische behandeling van paniekstoornissen.

- **Indicaties voor protonentherapie (deel 2):**

- Hoofd-hals tumoren**

- Mammacarcinoom**

- Longcarcinoom**

- Prostaatcarcinoom**

- (augustus 2011)**

Radiotherapie met behulp van protonen is een nieuwe techniek van bestraling die ten opzichte van conventionele (fotonen) technieken mogelijk minder schade aan omringende weefsels tot gevolg heeft. Dergelijke schade doet zich vaak pas op zeer lange termijn voor, maar de kans erop kan worden berekend met behulp van modellen. Als goede modelstudies beschikbaar zijn is het mogelijk om op grond daarvan vast te stellen dat protonentherapie zorg is conform de stand van de wetenschap en praktijk.

Voor vier indicaties (hoofd-hals tumoren, mammacarcinomen, longcarcinomen en prostaatcarcinomen) heeft het CVZ vastgesteld dat protonentherapie voldoet aan het criterium de stand van de wetenschap en praktijk. Dit betekent niet dat voor iedere patiënt met een dergelijke tumor protonentherapie de meest geschikte bestralingsoptie is. Per indicatie is het nodig door middel van een beslisboom vast te stellen of voor een specifieke patiënt(engroep) protonentherapie voordelen biedt boven fotonentherapie.

Het CVZ neemt het standpunt in dat voor de vier genoemde indicaties de protonentherapie een te verzekeren prestatie is op grond van de Zvw.

- **Prestatiebeschrijving farmaceutische zorg (augustus 2011)**

De Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) heeft voor 2012 een nieuwe beleidsregel 'Prestatiebeschrijvingen farmaceutische zorg' (BR/CU-5046) en een nieuwe Regeling declaratie- en transparantieplichtingen farmaceutische zorg' (NR/CU-509) vastgesteld. In de beleidsregel staan de declarabele prestaties, waarvoor vrije tarieven gelden. De ingangsdatum is 1 januari 2012. Het CVZ heeft beoordeeld welke van de 11 in de beleidsregel opgenomen prestaties tot de verzekerde farmaceutische zorg behoren.

Conform het Besluit zorgverzekering omvat farmaceutische zorg de terhandstelling van of advies en begeleiding zoals apothekers die plegen te bieden ten behoeve van medicatiebeoordeling en verantwoord gebruik van geneesmiddelen. Uitgangspunt hierbij is: Als het geneesmiddel zelf geen verzekerde zorg is, dan is de advisering die daarmee gepaard gaat ook geen verzekerde zorg.

Vijf prestaties zijn te duiden als farmaceutische zorg in het

kader van de Zorgverzekeringswet. Dit zijn:

- terhandstelling van een UR-geneesmiddel,
- instructies over geneesmiddel-gerelateerd hulpmiddel;
- medicatiebeoordeling chronisch geneesmiddelgebruik;
- farmaceutische begeleiding bij ziekenhuisopname of polikliniekbezoek en
- farmaceutische begeleiding in verband met ontslag uit het ziekenhuis.

Vijf andere prestaties zijn niet te duiden als farmaceutische zorg in het kader van de Zorgverzekeringswet. Dit zijn:

- voorlichting farmaceutische zelfmanagement,
- advies farmaceutische zelfzorg,
- advies gebruik UR-geneesmiddelen tijdens reis,
- advies ziekterisico bij reizen,
- onderlinge dienstverlening.

Tot slot is in de beleidsregel een facultatieve prestatie opgenomen die ruimte moet bieden aan innovatie. Zorgaanbieders en zorgverzekeraars kunnen hiervoor in gezamenlijkheid een verzoek indienen bij de NZa om een andere prestatiebeschrijving te laten vaststellen. Het is niet op voorhand te duiden of deze prestatie wel of geen te verzekeren zorg is.

▪ **Innovatieve DBC beoordeling**  
**Radioembolisatie bij levermaligniteiten**  
**(september 2011)**

Het CVZ heeft een DBC beoordeling uitgevoerd over radioembolisatie bij levermaligniteiten.

Levermaligniteiten kennen een hoge mortaliteit. Chirurgische verwijdering van de tumor geldt als enige curatieve behandeloptie. Slechts ongeveer 20% van de patiënten komt hiervoor in aanmerking. Behandeling kan vervolgens nog gericht zijn op verkleinen van de tumor om alsnog (curatieve) resectie uit te voeren. Als dit niet meer mogelijk is, bestaat de gebruikelijke behandeling doorgaans uit (verschillende regimes van) systemische chemotherapie, met als doel winst in overleving en verbeteren kwaliteit van leven. Een mogelijk nieuwe behandeloptie voor deze laatste groep patiënten is radioembolisatie (RE) met Yttrium-90 (Y-90) geladen microsferen. Radioembolisatie is daarmee geen curatieve behandeling.

Om de (klinische) effectiviteit van Y-90 radioembolisatie bij levermaligniteiten te bepalen bij patiënten bij wie curatie niet meer mogelijk is, heeft het CVZ de literatuur in kaart gebracht voor de indicaties colorectale levermetastasen, lever-metastasen van andere origine en primaire levertumoren.

Het CVZ oordeelt dat het toepassen van radioembolisatie *wel*

conform de stand van de wetenschap en praktijk is bij de indicatie inoperabel HCC (alleen in salvagesetting). Hierbij geldt dat er sprake moet zijn van een gunstige tumorstadiëring (waaronder een tumorvolume van < 70% van het totale levervolume) en met acceptabele leverfunctie en algemene conditie. Tevens moet er geen sprake zijn van portale vene trombose.

Voor alle andere indicaties concludeert het CVZ dat het toepassen van radioembolisatie *niet* conform de stand van de wetenschap en praktijk is.

Uitgaande van een graduele stijging in het aantal behandelingen worden de kosten op macro-niveau geschat op € 1.3 miljoen na één jaar oplopend tot maximaal € 2.0 miljoen per jaar na drie jaar. Verwacht kan worden dat deze kosten in de toekomst verder zullen oplopen afhankelijk van de marktpenetratie van de behandeling. Theoretisch kan dit oplopen tot € 6.3 miljoen per jaar bij maximale marktpenetratie uitgaande van 350 patiënten per jaar.

▪ **Preferentiebeleid biologische geneesmiddelen (september 2011)**

Het CVZ heeft een standpunt ingenomen over het preferentiebeleid biologische geneesmiddelen. Benaderd vanuit het perspectief van de basisverzekering heeft het CVZ onderzocht onder welke omstandigheden uitwisselbaarheid van geneesmiddelen in het algemeen (dus zowel bij de klassieke geneesmiddelen als bij de moderne biologische geneesmiddelen) is aangewezen.

Het CVZ acht biologische geneesmiddelen therapeutisch uitwisselbaar als deze na het registratietraject door EMA of CBG zijn aangemerkt als 'similar'. Vanuit de systematiek van de Zvw is er geen reden om verschillen tussen deze geneesmiddelen te zien.

Voor naïeve gebruikers (dat zijn patiënten die het middel voor de eerste keer gebruiken) zijn biologische geneesmiddelen met een vergelijkbare actieve stof volledig therapeutisch inwisselbaar. In individuele gevallen kan er aanleiding zijn om te kiezen voor een specifiek biologisch geneesmiddel.

Vanuit het registratietraject zijn voorwaarden beschreven die aangeven wanneer bestaande gebruikers op een ander biologisch geneesmiddel overgezet kunnen worden.

▪ **Multifocale en accommoderende lenzen na cataractoperatie (oktober 2011)**

In 2007 en 2008 heeft het CVZ beoordeeld of het plaatsen van multifocale of accommoderende lenzen voldoet aan de stand

van de wetenschap en praktijk. In 2011 heeft de beroepsgroep verzocht dit standpunt te actualiseren in verband met de op handen zijnde kleuring van het DBC cataract.

Het CVZ heeft de nu beschikbare literatuur beoordeeld om de vraag te beantwoorden of de behandeling inmiddels wel aan de criteria van de Zorgverzekeringswet voldoet.

Voor multifocale lenzen geldt dat er bijwerkingen zijn, met name wat betreft contrastgevoeligheid en waarneming van strooilicht. Het bij een cataractoperatie plaatsen van een monofocale lens in combinatie met een leesbril geeft de minste bijwerkingen. Er zijn echter geen grote veiligheidsrisico's bij het plaatsen van multifocale lenzen.

De goed geïnformeerde patiënt kan hier zelf een afweging maken; een aanvullende (lees)bril is doorgaans niet meer nodig. De behandeling met multifocale lenzen voldoet *wel* aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Omdat deze lenzen veel duurder zijn dan de monofocale, is volledige vergoeding echter niet aan de orde.

Voor accommoderende lenzen geldt dat deze lenzen *niet* voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk, omdat er een verhoogd risico is op complicaties als PCO (wazigheid), vergeleken met een behandeling met monofocale lenzen.

▪ **Transcatheter aortakle vervanging  
(oktober 2011)**

Stenose (vernauwing) van de aortaklep (AS) is een veel voorkomende aandoening op hogere leeftijd. De standaard behandeling is chirurgische klepvervangning. Een transcatheter aortakle vervanging (transcatheter aortic valve implantation, TAVI) lijkt een goed alternatief voor verzekerden die vanwege gevorderde leeftijd en comorbiditeit niet operabel zijn of een verhoogd operatierisico hebben.

Het CVZ heeft literatuuronderzoek verricht naar de vraag of TAVI bij verzekerden met ernstige AS en een verhoogd operatierisico voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

Voor verzekerden met ernstige AS en een onaanvaardbaar hoog operatierisico is TAVI naar het oordeel van het CVZ zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Voor deze verzekerden behoort TAVI tot de te verzekeren aanspraken zoals geborgd in het basispakket.

Voor verzekerden met ernstige AS en een weliswaar verhoogd, maar aanvaardbaar operatierisico is TAVI naar het oordeel van het CVZ *geen* zorg conform de stand van de wetenschap en praktijk. Voor deze groep verzekerden behoort TAVI niet tot het te verzekeren basispakket.

- **Fysio- en oefentherapie bij chronisch obstructive pulmonary disease (COPD)**  
(maart 2012)

Het CVZ heeft een standpunt ingenomen of fysio- en oefentherapie bij COPD voldoet aan het wettelijke criterium van de wetenschap en praktijk.

Het CVZ is van oordeel dat fysio- en oefentherapie (kortdurend en langdurend) voor patiënten met COPD met GOLD-klasse II, III of IV effectief is en daarmee voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. Dit geldt ook voor de onderhoudsbehandeling na exacerbatie nadat een longrevalidatieprogramma is gevolgd.

Het CVZ adviseert de minister de aandoening COPD te handhaven op bijlage 1 van het Besluit zorgverzekering (de zogenoemde chronische lijst) en de verouderde maat te wijzigen.

- **Geneeskundige GGZ (deel 1)**  
(april 2012)

Het CVZ heeft een standpunt ingenomen over wat wel en wat niet onder de geneeskundige GGZ (Geestelijke Gezondheidszorg) valt. Het CVZ doet dit in de context van de veranderingen sinds 2008.

Om te verduidelijken welke GGZ wel en welke niet verzekerd is, is het onderscheid tussen psychische stoornissen en psychische klachten van belang. Psychische stoornissen vergen geneeskundige GGZ en bij psychische klachten is de huisarts het eerste aan zet. Bij twijfel over een mogelijke ziekte die de huisarts niet zelf kan behandelen, zal verwijzing plaatsvinden. Op basis van de Zvw valt de hulp op het gebied van psychische klachten in beginsel niet onder de eerstelijns psychologische zorg en de specialistische geneeskundige GGZ. Een nadere uitwerking is te vinden in hoofdstuk 4 van dit rapport.

- **Vitrificatie van eigen eicellen**  
(april 2012)

Het CVZ heeft een standpunt ingenomen over vitrificatie van eigen eicellen waarin is vastgesteld bij welke indicaties deze interventie onder de basisverzekering valt. Daarnaast heeft het de inhoud en omvang van de prestatie 'vitrificatie van eigen eicellen' vastgesteld.

Vitrificatie van eigen eicellen valt onder de basisverzekering bij de volgende indicaties.

- behandelingen met chemotherapeutica die een risico op een permanente vruchtbaarheidsstoornis met zich meebrengen.
- radiotherapeutische behandelingen waarbij de ovaria in het stralingsveld liggen en permanente schade kunnen oplopen
- operatieve behandelingen waarbij op medische indicatie

beide ovaria of grote delen daarvan moeten worden verwijderd.

Deze indicaties sluiten aan bij het standpunt van het CVZ rond het verzamelen, invriezen en bewaren van semen.

Het CVZ heeft nog een aantal additionele indicaties benoemd die óf samenhangen met kenmerken van de vrouwelijke fertiliteit (medische indicatie) óf met doelmatigheids-overwegingen, namelijk:

1. *additionele medische indicatie*
  - b ij vrouwen met Fragiele X syndroom, Turner syndroom (XO) of galactosemie omdat zij een aantoonbaar verhoogd risico op premature ovariële insufficiëntie (POI) (vóór de 40<sup>ste</sup> verjaardag) hebben;
2. *ivf-gebonden indicaties*

tijdens het verloop van een ivf poging (mits deze poging op zich onder de basisverzekering valt) :

  - a. bij onverwacht ontbreken van semen van voldoende kwaliteit;
  - b. invriezen van eicellen in plaats van invriezen van embryo's.

Bij de medische indicaties omvat de te verzekeren prestatie:

- follikelstimulatie;
- eicelpunctie;
- vitrificatie van eicellen.

Bij de indicaties die samenhangen met het verloop van een ivf poging gaat het alleen om het vitrificeren van de eicellen (follikelstimulatie en eicelpunctie hebben dan immers al plaatsgevonden).

Voor het tot stand laten komen van een zwangerschap na ontdooiing van ingevroren eicellen is een verzekerde aangewezen op de fasen fertilisatie en embryotransfer van een ivf-behandeling.

Voor de inzet van deze ivf-onderdelen gelden de reguliere indicatievereisten: sub- of infertiliteit. Dit betekent dat louter de beschikbaarheid van gevitricieerde eicellen geen indicatie vormt voor (deze onderdelen van) een ivf-behandeling. Ook vloeit uit de indicatie voor vitrificatie niet automatisch een indicatie voor (deze onderdelen van) een ivf-behandeling voort.

De jaarlijkse bewaarkosten (nà het eerste jaar) komen voor rekening van de verzekerde.



### 8.c.2. In de AWBZ

#### ▪ **Interventies voor kinderen met een autisme spectrum stoornis en/of een verstandelijke handicap: Feuerstein methode (mei 2011)**

In 2010 heeft het CVZ het rapport 'interventies voor kinderen met een autisme spectrum stoornis en/of een verstandelijke handicap' uitgebracht. De behandeling van kinderen met een autisme spectrum stoornis valt onder de Zvw, de behandeling van kinderen met een verstandelijke handicap komt ten laste van de AWBZ. Omdat de omschrijving van de Feuerstein methode onvoldoende was, kon het CVZ hierover geen oordeel geven. Daarvoor was nader onderzoek nodig.

In maart 2011 was het aanvullend onderzoek gereed en op grond daarvan concludeert het CVZ dat de methode effectief is voor:

- cognitieve autistische (hoog intelligente/laag sociaal vaardig) kinderen,
- vaardig autistische kinderen (hoog intelligent/hoog sociaal vaardig) en
- de beperkt zorgbehoevende verstandelijk beperkte kinderen (met een redelijk intelligentieniveau).

Daarbij geldt als voorwaarde dat er voldoende leerpotentieel moet zijn, wat is vast te stellen met Learning Propensity Device (LPAD) of een andere vorm van dynamic assesment.

#### ▪ **Verpleging in AWBZ-instellingen (september 2011)**

Het CVZ heeft een standpunt ingenomen over welke verpleging in AWBZ-instellingen tot de AWBZ-zorg behoort, en welke tot de Zvw. Het gaat dan vooral om situaties waarin er sprake is van medisch specialistische zorg. Voor zorg van de medisch specialist zelf spreekt het voor zich dat dit tot de Zvw behoort. De vraag spitst zich toe op de verpleegkundige zorg die noodzakelijk is in verband met die medische specialistische zorg.

Als de AWBZ-arts verantwoordelijk is voor de (uitvoering van) medische zorg, is ook de verpleegkundige zorg die daarbij aan de orde is onderdeel van de AWBZ. Ook als het gaat om (de uitvoering van) medisch specialistische zorg.

Uit de wetsgeschiedenis blijkt dat de wetgever in deze gevallen een integraal zorgaanbod heeft willen regelen.

Voor een patiënt met een indicatie voor verblijf, verpleging én behandeling geldt het volgende.

Als (de uitvoering van) de behandeling het (functiegerichte) deskundheidsgebied van de AWBZ-arts te boven gaat, kan de geneeskundige zorg onder de Zvw vallen, inclusief eventueel ingeschakelde verpleegkundigen. Daarbij gelden dan wel de eisen die de Zvw stelt. De situatie waarbij de specialist ouderenzorg geen verantwoordelijkheid kan nemen voor de te

leveren zorg is evenwel uiterst zeldzaam. Meestal is dan ziekenhuisopname aan de orde.

Als de patiënt een indicatie heeft voor verblijf met verpleging maar zonder behandeling, dan valt alle verpleging waarop de doelgroep van de instelling gebruikelijk is aangewezen onder de AWBZ. De medisch specialistische zorg valt onder de Zvw, inclusief eventueel ingezette verpleegkundige zorg.

Als de patiënt alleen geïndiceerd is voor verblijf met begeleiding geldt hetzelfde als in de thuissituatie. Dan valt de verpleging onder de AWBZ als de huisarts eindverantwoordelijk is, en onder de Zvw als de medisch specialist eindverantwoordelijk is.

#### **8.d. Standpunten geen te verzekeren zorg**

Het CVZ heeft van de volgende zorgvormen vastgesteld dat deze **niet** behoren tot de te verzekeren zorg.

##### *8.d.1. In de Zvw*

- **Patulous Eustachian Tube Reconstruction (PETR) en Laser Eustachian Tuboplasty (LETP) ter behandeling van disfunctie van de buis van Eustachius (ET) (april 2011)**

Het CVZ heeft in juni 2007 geoordeeld dat PETR bij tuba aperta niet voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Een nieuwe search in januari 2011 gaf geen aanleiding tot wijziging van het standpunt.

Over de effectiviteit van LETP ter behandeling van een niet goed openende ET (ten opzichte van de gebruikelijke behandeling, het plaatsen van trommelvliesbuisjes) kunnen wij geen uitspraak doen nu bij een literatuursearch is gebleken dat de publicaties hierover gering zijn in aantal en omvang, en van onvoldoende methodologische kwaliteit.

Behandeling van disfunctie van de ET door middel van PETR en LETP voldoet niet aan de stand van de wetenschap en praktijk en is daarmee geen te verzekeren zorg ingevolge de Zvw.

- **Behandeling van Multiple Sclerose (MS) met (veronderstelde) chronische cerebros핀ale veneuze insufficiëntie (CCSVI) met veneuze angioplastiek (mei 2011)**

Het CVZ heeft de vraag beantwoord of de behandeling van MS (met veronderstelde CCSVI) met veneuze angioplastiek voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk.

Aan veneuze angioplastiek als behandeling van MS ligt het begrip CCSVI ten grondslag. Het begrip CCSVI, al of niet als veronderstelde oorzaak van MS heeft geen algemene ingang gevonden. Er zijn geen bewijzen gevonden voor de effectiviteit van de behandelingsmethode die daarop is gebaseerd, te weten

angioplastiek (ballondilatatie, dotteren) van de afvoerende vaten van hersenen en ruggenmerg.

Het CVZ concludeert dat de behandeling van MS (met veronderstelde CCSVI) met veneuze angioplastiek niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, en niet behoort tot de te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

▪ **Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) bij depressie (juni 2011)**

Het CVZ heeft een standpunt ingenomen of er bij depressie een plaats is voor rTMS in het standaard behandelarsenaal. De bestaande literatuur levert onvoldoende gegevens op.

Er zijn veel goed opgezette effectiviteits studies waarbij het effect van rTMS bij depressie wordt vergeleken met sham-stimulatie. Maar deze studies verschillen onderling veelal in de gebruikte stimulatieparameters en lokalisatie, hetgeen een eenduidige conclusie bemoeilijkt. De follow-up duur van de studies is doorgaans kort. Duidelijk is wel, dat er gunstige effecten zijn, maar een standaard over de optimale technische toepassing is er niet. Verder systematisch onderzoek zal moeten uitwijzen of er een plaats is voor rTMS, wat de optimale technische uitvoering is en voor welke categorieën depressiepatiënten er een redelijke indicatie is.

Het CVZ is van oordeel van Transcranial Magnetic Stimulation bij depressie niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en niet behoort tot de te verzekerden prestatie op grond van de Zvw.

▪ **Renale denervatie voor therapieresistente hypertensie (juni 2011)**

Het CVZ is van oordeel dat percutane endovasculaire renale denervatie niet behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zvw. De interventie is namelijk nog niet te beschouwen als zorg conform 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Percutane endovasculaire renale denervatie is een nieuwe behandelmogelijkheid, geïntroduceerd voor hypertensie die met de standaardbehandeling (leefregels en medicamenteuze behandeling) niet goed te reguleren is. Deze ingreep, waarbij de sympathische zenuwen van en naar de nier worden uitgeschakeld, is éénmalig en relatief eenvoudig. Via de slagader in de lies wordt een catheter opgevoerd tot in de nierslagaders. Via deze catheter wordt radiofrequente ablatie uitgevoerd in de wand van de nierslagaders, waar zich de sympathische zenuwen bevinden. Door uitschakeling van de sympathische zenuwen zou de hypertensie beter behandelbaar zijn.

Op dit moment is er nog te weinig bewijs van hoog niveau en bovendien zijn er nog te weinig lange termijn gegevens.

Dit standpunt is één van de vier geselecteerde onderwerpen die in aanmerking komen voor voorwaardelijke toelating. Een nadere uitwerking is te vinden in hoofdstuk 6.a.1

▪ **Fluorideapplicatie in het melkgebit  
(juni 2011)**

Het CVZ heeft onderzoek gedaan naar de vraag of het appliceren van fluoridegel bij kinderen die nog geen blijvende gebitselementen in de mond hebben, voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, om de leeftijdsgrens van zes jaar voor het recht op vergoeding van fluorideapplicaties te laten vervallen.

Op dit moment zijn maximaal twee fluorideapplicaties per jaar bij verzekerden vanaf de leeftijd van zes jaar en tot de leeftijd van achttien jaar, onderdeel van de te verzekeren prestatie mondzorg. Deze leeftijdsgrens is destijds aangebracht om de applicatie mogelijk te maken ter preventie van tandcariës in het blijvende gebit.

Uit de door het CVZ verrichte literatuursearch is gebleken dat niet kan worden aangetoond dat het professioneel appliceren van fluoridegel bij kinderen met een melkgebit ter preventie van tandcariës, behoort tot de stand van de wetenschap en praktijk en niet behoort tot de te verzekeren prestaties van de Zvw.

▪ **Hyperthermie in combinatie met intravesicale  
chemotherapie bij niet-spierinvasieve  
blaaswandcarcinoom  
(juni 2011)**

Het CVZ heeft een achtergrondstudie verricht naar de effectiviteit van intravesicale hyperthermie in combinatie met chemotherapie (HT + CT) bij blaaswandcarcinoom. De conclusie hiervan is, dat onvoldoende duidelijk is welke patiëntengroepen voordeel kunnen hebben bij de behandeling HT + CT. Tevens is er onvoldoende evidence op primaire uitkomstmaten en op langere termijn. De effectiviteit is daarmee nog onvoldoende bewezen.

Het CVZ neemt het standpunt in dat behandeling met hyperthermie in combinatie met chemotherapie bij niet-spierinvasief blaascarcinoom niet conform de stand van de wetenschap en praktijk is en geen te verzekeren prestatie in het kader van de Zvw is.

- **Arthroscopische behandeling van klachten van het eerste metatarsophalangeale (MTP1) gewricht (augustus 2011)**

Arthroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht zijn meer dan twee decennia geleden voor het eerst beschreven.

Uit de literatuursearch blijkt echter dat er weinig studies zijn over arthroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht. De beschikbare studies betreffen alleen case series met kleine en heterogene patiëntenpopulaties; vergelijkende studies ontbreken.

Uit de beschikbare literatuur concludeert het CVZ dat niet voldoende is aangetoond dat arthroscopische behandelingen van het MTP1 gewricht voldoen aan de stand van de wetenschap en de praktijk. Het is daarmee geen te verzekeren prestatie volgens de Zvw.

- **Minimaal invasieve chirurgische techniek bij hallux valgus (augustus 2011)**

Het CVZ heeft een beoordeling van de beschikbare evidence uitgevoerd met betrekking tot een specifieke behandeling ter correctie van hallux valgus, namelijk de combinatie van een proximale phalanx osteotomie (middels de Akin procedure) met exostectomie en weke delen behandeling (middels de Silver procedure), welke wordt uitgevoerd via een minimaal invasieve operatietechniek.

Op basis van de beschikbare literatuur is de conclusie dat onvoldoende is aangetoond dat genoemde specifieke operatie ter correctie van hallux valgus voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling behoort niet tot de te verzekeren prestatie op grond van de Zvw.

- **Gecombineerde behandeling voor (chronische) lyme-borreliose (augustus 2011)**

Over de combinatiebehandeling van (chronische) lyme-borreliose zijn geen publicaties beschikbaar. Ook door Aetna en CIGNA (twee grote Amerikaanse verzekeraars) wordt deze behandeling niet vergoed.

Het CVZ komt tot de conclusie dat de gecombineerde behandeling voor (chronische) lyme-borreliose niet voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en niet behoort tot de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw.

- **Medische test PCA3 bij diagnostische interventies voor prostaatkanker (augustus 2011)**

Het CVZ heeft literatuuronderzoek gedaan naar de vraag of het toepassen van de PCA3 test bij patiënten met verdenking op

prostaatkanker na een negatieve serie eerste bipten voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

Op basis van het beschikbare bewijs concludeert het CVZ dat het toepassen van de PCA3 test-plus-behandeling-strategie bij patiënten met een eerste serie prostaatbipten zonder kanker en een klinische verdenking op prostaatkanker niet aantoonbaar effectief is. De test-plus-behandeling-strategie voldoet niet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk en is daarom geen onderdeel van de te verzekeren prestaties op grond van de Zvw.

- **Het PreventieConsult (oktober 2011)**

Het CVZ is van oordeel dat de NHG-Standaard *PreventieConsult Cardiometabool Risico* op het niveau van de praktijkpopulatie in de variant "actief benaderen door de huisarts" selectieve preventie is, en valt om die reden niet onder de te verzekeren risico's van de Zvw.

Het aanbieden van de in de standaard beschreven zorg na actieve benadering buiten de huisartsenpraktijk beschouwt het CVZ als een bevolkingsonderzoek. Ook bij deze variant geldt dat het aanbieden van de zorg als één geheel selectieve preventie betreft die buiten het domein van de Zvw valt.

De variant waarbij de patiënt zelf het initiatief neemt om naar de huisarts te gaan met de vraag over zijn mogelijke risico is in principe wel aan te merken als te verzekeren zorg, ook als de score op de vragenlijst van het PreventieConsult aanleiding tot die zorgvraag is.

- **Occipitale neurostimulatie bij chronische clusterhoofdpijn (november 2011)**

Het CVZ is van oordeel dat de behandeling van clusterhoofdpijn zorg is zoals medisch specialisten die plegen te bieden. Om vast te stellen of de behandeling met occipitale neurostimulatie behoort tot de basisverzekering resteert de vraag of de zorg ook voldoet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ heeft literatuuronderzoek gedaan om deze vraag te beantwoorden.

Op basis van het beschikbare bewijs concludeert het CVZ dat occipitale neurostimulatie bij refractaire chronische clusterhoofdpijn niet bewezen effectief is. Daarmee voldoet deze behandeling niet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk en behoort niet tot het te verzekeren basispakket.

- **Exosomen-injecties ter behandeling van reumatoïde arthritis (november 2011)**

De literatuursearch naar relevante klinische studies leverde een zestal dierexperimentele studies op, maar geen enkele klinische studie. Er zijn geen bewijzen voor de werkzaamheid van exosomen-injecties bij reumatoïde arthritis en daarom voldoet de behandeling niet aan het criterium stand van de wetenschap en praktijk.

#### *8.d.2. Indicatiegeschillen*

Op grond van artikel 58 AWBZ brengt het CVZ advies uit in bezwaarprocedures over indicatiegeschillen (en verstrekkingengeschillen) tussen een verzekerde en het CIZ (of de AWBZ-zorgverzekeraar). Omdat er gemiddeld rond de 300 adviesvragen per maand worden ontvangen brengen wij niet in alle voorgelegde indicatiegeschillen advies uit. Het CVZ heeft op grond van artikel 58, lid 3 onder c de bevoegdheid om hiervan af te zien. Wij adviseren over onderwerpen die 'nieuw' zijn en waarover nog geen duidelijke lijn kenbaar is via precedenten (adviezen of rechterlijke uitspraken).

- **Verbod op reformatio in peius (april 2011)**

In deze zaak is de vraag aan de orde of het verbod op reformatio in peius (een verzekerde mag door het instellen van bezwaar niet benadeeld worden) zonder meer moet worden toegepast, indien een verzekerde niet of op veel minder AWBZ-zorg is of was aangewezen, terwijl in het primaire indicatiebesluit wel of teveel AWBZ-zorg is geïndiceerd.

Het CVZ is van oordeel dat het verbod van reformatio in peius niet *zondermeer* moet worden toegepast. Het CIZ zal eerst moeten beoordelen of er sprake is van een (on)geoorloofde reformatio in peius, in het licht van 'de in de casus genoemde' overwegingen. Daarbij spelen zorginhoudelijke afwegingen, zoals het *mogelijk antirevaliderend effect* en/of de *mogelijk schadelijke gevolgen* die inzet van de indicatie voor de gezondheid van verzekerde zou kunnen hebben, een belangrijke rol.

Het CVZ is van oordeel dat het uitgangspunt dient te zijn dat verzekerde de vormen van zorg (functies) in hun juiste omvang (klasse) krijgt waar hij op is aangewezen.

- **Indicatie voor begeleiding in groepsverband zonder (her)beoordeling voor de Wsw (april 2011)**

In dit geschil is de vraag aan de orde of een verzekerde met een indicatie voor werk in Wsw-verband een indicatie voor AWBZ-begeleiding in groepsverband kan krijgen. In beginsel kan dat niet omdat de Wsw voorliggend is op de inzet van AWBZ-begeleiding in groepsverband ter vervanging van deelname aan het arbeidsproces.

Een uitzondering op deze algemene regel bestaat (onder meer) als sprake is van dusdanig ernstige beperkingen dat duidelijk is dat verzekerde niet tot de doelgroep van de Wsw behoort. In dat geval kan een aanvullende of vervangende indicatie voor begeleiding in groepsverband worden afgegeven zonder dat er een beoordeling van het UWV ligt. Dit geldt ook als een verzekerde als gevolg van ziekte herbeoordeeld moet worden door het UWV en duidelijk is dat hij op grond van zijn beperkingen niet meer tot de doelgroep van de Wsw behoort. Ook dan kan een aanvullende of vervangende indicatie voor begeleiding in groepsverband worden afgegeven zonder dat er een herbeoordeling van het UWV ligt.

- **Behandeling als voorliggende voorziening (april 2011)**

In dit geschil gaat het om de vraag of de verzekerde aanspraak kan maken op AWBZ-zorg voor zijn psychiatrische problematiek terwijl hij zijn psychiatrische behandeling heeft afgebroken.

Het CVZ is van oordeel dat verzekerde zich eerst weer onder behandeling moet laten stellen, voordat er een aanspraak op AWBZ-zorg kan bestaan. Bij verzekerde is sprake van gediagnosticeerde psychiatrische problematiek en een recent behandelcontact.

Het toeleiden naar behandeling hiervoor (herstel van het behandelcontact) valt primair onder de Zvw (GGZ). Mochten de inspanningen van de laatste behandelaar (of andere hulpverlener werkzaam bij de instelling waar behandelaar aan is verbonden) niet leiden tot het hervatten van de behandeling, dan horen de huisarts en (iemand namens de) neuroloog deze inspanning te leveren.

Als de behandeling toch niet wordt hervat dan is een indicatie voor AWBZ-zorg niet vanzelfsprekend aan de orde. Alleen als de weigering niet aan verzekerde valt toe te rekenen vanwege een gestoorde oordeelsvorming en om te voorkomen dat verzekerde aan haar lot wordt overgelaten is minimale zorginzet mogelijk. Toe leiden naar behandeling blijft dan overigens (vanuit de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) vallend onder de Wmo) aan de orde.

In het advies wordt ook nog ingegaan op de afbakening tussen begeleiding als onderdeel van geneeskundige GGZ en AWBZ-begeleiding.



- **Vrouwenopvang (Wmo) en AWBZ (september 2011)**

In dit geschil gaat het om de vraag of verzekerde in aanmerking kan komen voor begeleiding ten laste van de AWBZ. Het CVZ is van oordeel dat een objectieve onderbouwing voor een grondslag psychiatrische aandoening of beperking ontbreekt. Een omschrijving in de DSM-IV leidt niet automatisch tot een grondslag zoals in de AWBZ gedefinieerd. Nu een grondslag ontbreekt, is er geen toegang tot de AWBZ. Ten overvloede merkt het College nog op dat GGZ behandeling in verband met een psychiatrische aandoening een voorliggende wettelijke voorziening is. Verzekerde is naar ons oordeel geen zorgmijder. Is er wel sprake van een zorgmijder dan kan, als verzekerde behandeling weigert en deze weigering verzekerde niet valt toe te rekenen vanwege een gestoorde oordeelsvorming, minimale zorginzet mogelijk zijn om verwaarlozing te voorkomen. Toeleden naar behandeling blijft dan vanuit de OGGZ (Wmo) aan de orde. Het CVZ merkt op dat verzekerde gebruik maakt van de vrouwenopvang en dat ze vanuit de opvang voldoende ondersteuning moet kunnen krijgen bij het structureren van haar dagelijks leven en, geholpen door hulpverleners, de stap richting diagnostiek en behandeling binnen de GGZ moet kunnen zetten. Verwaarlozing is niet aan de orde.

- **Grondslag en sectorvreemd ZZP (september 2011)**

In dit geschil gaat het om een verzekerde met ernstige psychiatrische problematiek die verblijft in een instelling voor verstandelijk gehandicapten (ZZP VG) met een toeslag extreme zorgzwaarte. Bij herbeoordeling stelt het CIZ echter een indicatie voor verblijf in de vorm van een ZZP GGZ, omdat er geen sprake is van een grondslag verstandelijke handicap. Het CIZ verwijst daarbij naar de CIZ Indicatiwijzer. In bezwaar blijft het CIZ bij dat oordeel.

Het CVZ wijst er op dat de grondslagen vooral zijn bedoeld om vast te stellen dat het gaat om een probleem waarvoor AWBZ-zorg kan zijn aangewezen.

Het CIZ heeft tot taak om onderzoek te doen naar de beperkingen van een verzekerde en aan de hand daarvan vast te stellen op welke zorg hij is aangewezen. De (dominante) grondslag hoeft daarbij niet bepalend te zijn. Met het oog op doelmatige zorgverlening, moet rekening worden gehouden met de geobjectiveerde zorgbehoefte van de individuele verzekerde, het beoogde doel van de in te zetten zorg en het advies van de behandelaar, zodat de verzekerde de zorg krijgt die hij nodig heeft. De bepaling in de Indicatiwijzer beperkt de wettelijke aanspraak, en is daarom strijdig met de wet- en regelgeving. Bovendien kan deze bepaling de toegang tot de juiste zorg in de weg staan.

- **ZZP en begeleiding in groepsverband voor een schoolgaande verzekerde (oktober 2011)**

In dit geschil gaat het om de vraag of een schoolgaande verzekerde met een ZZP in aanmerking kan komen voor begeleiding in groepsverband (dagbesteding). In de CIZ-Indicatiewijzer staat dat een indicatie voor dagbesteding bij een ZZP niet mogelijk is als de verzekerde naar school gaat. Het CVZ merkt echter op dat noch in het Bza noch in de Beleidsregels de mogelijkheid om naast onderwijs een indicatie af te geven voor dagbesteding wordt beperkt. Wij zien verder ook geen reden waarom dagbesteding naast (volledig) onderwijs niet mogelijk zou zijn wanneer een verzekerde in een instelling verblijft op basis van een ZZP. Naar het oordeel van het CVZ beperkt het CIZ dan ook de aanspraak als wordt vastgehouden aan de uitleg in de Indicatiewijzer en het CIZ een ZZP *zonder* begeleiding in groepsverband indiceert enkel vanwege het feit dat verzekerde onderwijs volgt, zonder rekening te houden met zijn problematiek en/of beperkingen.

Het CIZ heeft tot taak om onderzoek te doen naar de beperkingen en stoornissen van een verzekerde en aan de hand daarvan vast te stellen op welke zorg hij is aangewezen. Daarbij moet het CIZ rekening houden met de geobjectiveerde zorgbehoefte van de individuele verzekerde.

- **Dagbehandeling individueel aanvullend op dagbehandeling in groepsverband (november 2011)**

Het onderwerp van dit geschil is of en zo ja, in welke situaties, een verzekerde aangewezen kan zijn op individuele behandeling *naast* behandeling in groepsverband.

Behandeling in groepsverband is een integraal pakket.

De zorgaanbieder moet ervoor zorgdragen dat het behandelplan voorziet in alle AWBZ-zorg die voor een verzekerde noodzakelijk is tijdens de behandeling in groepsverband, inclusief de noodzakelijke individuele behandeling. Een indicatie voor individuele behandeling naast behandeling in groepsverband is alleen in twee omstandigheden mogelijk: 1. voor noodzakelijke individuele aanvullende functionele diagnostiek vanuit de AWBZ als het aangrijpingspunt hiervoor anders is dan waarvoor verzekerde de behandeling in groepsverband krijgt; 2. als behandeling op andere momenten noodzakelijk is dan dat een verzekerde behandeling in groepsverband krijgt. Dit is vaak behandeling gericht op de mantelzorger/gebruikelijkezorger die ten goede komt aan verzekerde (bijvoorbeeld Early intervention).

In dit geschil is geen van deze omstandigheden aan de orde.

- **Indicatiestelling voor verblijf (januari 2012)**

In dit geschil gaat het om de vraag of verzekerde, die is aangewezen op verblijf, aanspraak heeft op zorg die is

opgenomen in het ZZP, behorend bij het cliëntprofiel waarin hij het beste past.

Het CVZ acht de methode, dat op grond van concrete activiteiten wordt berekend hoeveel (intramurale) zorg nodig is, niet juist, omdat deze niet past bij de ZZP-systematiek. De gemiddelde (totale) tijd van de intramurale zorg is namelijk, op basis van het HHM onderzoek, bepaald en vastgelegd in de ZZP's.

Zolang een verzekerde goed past binnen het cliëntprofiel en er verder geen sprake is van bijkomende problematiek die ervoor zorgt dat de zorgbehoefte van verzekerde substantieel afwijkt van die van het cliëntprofiel dat het best bij hem past, is de zorg die in het zorgzwaartepakket is opgenomen passend. Het CIZ moet op grond van de toepasselijke regelgeving dan het passende ZZP indiceren.

Als er wel sprake is van bijkomende problematiek die ertoe leidt dat de geobjectiveerde zorgbehoefte van een verzekerde substantieel afwijkt van die van het cliëntprofiel dat het best bij hem past (ofwel als er sprake is van een uitzonderingsgeval), moet het CIZ het best passende ZZP indiceren en daarnaast beoordelen welke extra zorg de bijkomende problematiek met zich meebrengt. Voor die extra zorg moet het CIZ additioneel indiceren.

Volledigheidshalve merkt het CVZ op dat de regelgeving omtrent additionele zorg met ingang van 1 januari 2012 is gewijzigd. Vanaf deze datum is de zorg die buiten de ZZP's valt indicatievrij gemaakt.

- **AWBZ-zorg en gedeeltelijke ontheffing van de leerplicht (februari 2012)**

In dit geschil gaat het over het niet afgeven van een indicatie voor begeleiding in groepsverband ter vervanging van onderwijs.

Als een kind leerplicht is, is onderwijs in beginsel voorliggend op de inzet van begeleiding of behandeling in groepsverband voor de dagdelen dat het kind onderwijs volgt. Als een kind een zogenoemde leerplichtontheffing heeft, geldt dit niet en kan het een indicatie voor begeleiding en/of behandeling in groepsverband krijgen ter vervanging van het onderwijs, als het kind hierop is aangewezen.

Ook als sprake is van een leertijdverkorting of dispensatie voor een aantal uren onderwijs (gedeeltelijke leerplichtontheffing) kan voor de dagdelen dat het kind geen onderwijs kan volgen als gevolg van zijn beperkingen, een indicatie worden afgegeven voor begeleiding en/of behandeling in groepsverband.

Onderwijs is *niet* voorliggend voor die dagdelen, omdat de zorg die gevraagd wordt voor die dagdelen anders is dan de zorg waarin onderwijs voorziet.

- **Vervolgindicatiestelling voor behandeling (maart 2012)**

In dit geschil gaat het over het niet afgeven van een vervolgindicatie voor behandeling aan een driejarige verzekerde met het syndroom van Down 'omdat de geldigheidsduur van de indicatie twee jaar is en deze termijn is verstreken'.

Het doel van de maximering van de geldigheidsduur van de indicatie is echter om bij een vervolgaanvraag op basis van een evaluatierapportage te beoordelen of de behandeling nog zinvol en doelmatig is. Er kan vanwege de ontwikkeling sprake zijn van nieuwe behandeldoelen, waardoor er meerdere keren achter elkaar een indicatie kan worden gesteld. In de evaluatierapportage moet zijn aangegeven of de behandeldoelen zijn bereikt en zo nee, waarom niet. Ook moet hierin vermeld zijn wat de behandeldoelen voor de volgende periode zijn.

Het CIZ heeft met het niet afgeven van een vervolgindicatie ten onrechte de aanspraak beperkt. Uit de evaluatie en het ondersteuningsplan over de toegepaste behandeling bleek wel degelijk dat verzekerde nog leerbaar was en dat er nog behandeldoelen waren. Voortzetting van de behandeling is dan ook gerechtvaardigd en verzekerde dient een vervolgindicatie te krijgen.

## 9. Kostenontwikkeling

De kwaliteit van leven, waar een goede gezondheid een belangrijk deel van uitmaakt, is goed in Nederland, vergeleken met de ons omringende landen. Uit de Monitor Duurzaam Nederland komt een gunstig beeld naar voren van de zorg en de gezondheidstoestand van de Nederlander. De kosten van die zorg en de wijze waarop de zorg wordt gefinancierd zijn wel reden tot bezorgdheid<sup>38</sup>. Onderstaand enige cijfers om dit te onderbouwen.

### *De zorgkosten in 2011*

In 2011 geven we in Nederland naar schatting € 61 miljard uit aan wettelijk verzekerde zorg (Zvw en AWBZ). Dat bedrag is 19% hoger dan in 2006 toen de Zvw van start ging. Het totale bedrag dat jaarlijks omgaat in de Nederlandse economie (bruto binnenlands product; BBP) steeg sinds 2006 met 12%<sup>39</sup>. De economische groei kan de groei van de wettelijk verzekerde zorgkosten dus niet bijhouden. Hierdoor steeg het aandeel van de wettelijk verzekerde zorg binnen het BBP van 9,5% naar ongeveer 10,1%. Ook de *totale* zorgkosten (dus inclusief de privaat gefinancierde zorg) groeien harder dan de economie. Dit zal volgens het CBP<sup>40</sup> de komende decennia zo blijven.

### *Internationaal*

In de periode 2000-2008 ligt het aandeel van de totale zorgkosten binnen het Nederlands BBP in de buurt van het OECD-gemiddelde (9 tot 10%). In 2009 stijgt in Nederland deze zogenaamde zorgquote naar 12 % waarmee we internationaal op de tweede plaats na de Verenigde Staten zijn beland en een vergelijkbare positie innemen met o.a. Frankrijk, Duitsland en Denemarken. Aan deze sterke stijging ligt niet een zorginhoudelijke oorzaak ten grond grondslag. Wel een wijziging van wat volgens de OECD onder de definitie van gezondheidszorg valt; met ingang van 2009 wordt namelijk, in tegenstelling tot voorheen, een groot deel van de AWBZ-uitgaven meegeteld in de zorgkosten<sup>41</sup>. Daarnaast speelt nog een rol dat in 2009 het BBP door de economische crisis sterk is gedaald terwijl de zorgkosten gestaag bleven stijgen; dit heeft een opwaarts effect op de zorgquote.

### *Collectieve aandeel relatief groot*

Dat we steeds meer uitgeven aan zorg, is niet uitzonderlijk. In praktisch alle OECD landen steeg het aandeel van de totale zorgkosten binnen het BBP in de periode 2000 tot 2009. Alleen in Luxemburg was dit niet het geval. Wel bijzonder is het aandeel van de collectief gefinancierde zorg dat in 2009 voor Nederland uitkomt op 85% waarmee we het hoogst scoren van alle OECD landen<sup>42</sup>. Direct gevolgd door onder andere Denemarken, Engeland, Noorwegen en Zweden. Het overige deel

<sup>38</sup> CBS. Monitor Duurzaam Nederland 2011. Den Haag, 2011.

<sup>39</sup> CPB. Macro Economische Verkenning (MEV) 2012, bijlage E1. Den Haag, 2011.

<sup>40</sup> CPB. 'Trends in Gezondheid en Zorg'. Policy Brief 2011/11.

<sup>41</sup> RIVM. Kosten van ziekten in Nederland 2007. Bilthoven, 2011.

<sup>42</sup> OECD. Health at a glance. 2011

	(15%) betaalt de burger in Nederland zelf in de vorm van eigen betalingen, eigen risico en aanvullende verzekeringen. Het gemiddelde aandeel collectieve financiering in de OECD ligt op 72%.
<b>Ouderenzorg</b>	Het hoge collectieve financieringsaandeel komt onder andere doordat in Nederland de ouderenzorg, voor een groter deel dan elders, publiek wordt gefinancierd. Zo ligt in Frankrijk, Duitsland en Engeland de drempel tot langdurige zorg veel hoger dan in Nederland, en is het aandeel dat ouderen zelf betalen daar ook (veel) hoger <sup>43</sup> .
<b>Oorzaken</b>	Er zijn meerdere oorzaken aan te wijzen voor de stijgende collectieve zorguitgaven. Het CPB vat het zó samen: 'Nederland vergrijst en Nederlanders hebben dus meer zorg nodig. Wij worden tegelijkertijd steeds rijker en vragen om betere zorg. En omdat zorg ook nog eens duurder wordt, zullen de zorguitgaven verder stijgen'. <sup>44</sup>
<b>Volume- en prijsontwikkelingen</b>	De ontwikkeling in de (nominale) zorguitgaven is uit te splitsen in een prijsontwikkeling en een volumeontwikkeling. Zorguitgaven komen immers tot stand via het aantal behandelingen (het volume) keer de prijs per behandeling. Voor de periode 2001-2010 berekent het CPB een gemiddelde stijging van de totale zorguitgaven van 6,7%. De prijsontwikkeling hierin bedraagt 2,3% en de volumeontwikkeling 4,4% <sup>45</sup> . Onderstaand beperken we ons tot een analyse van de volumegroei, omdat dit de grootste invloed heeft op de groei van de zorguitgaven.
<b>Volumegroei</b>	Belangrijke factoren voor de ontwikkeling van het zorgvolume zijn: demografie, nationaal inkomen, beleid, epidemiologie, medische technologie en sociaal-culturele en sociaaleconomische factoren. In de Nederlandse situatie, en meer in het bijzonder die van de afgelopen tien jaar, speelt ook de bekostigingswijze een grote rol in de volumegroei.  Hieronder staan we kort stil bij genoemde factoren.
<b>Bevolkings-samenstelling</b>	Het effect van veranderingen in de omvang en samenstelling van de bevolking op de zorguitgaven is een duidelijk te traceren onderdeel van de volumegroei. De demografische ontwikkeling binnen dit zorgvolume ligt op gemiddeld 1% <sup>46</sup> . De overige volumegroei (totale volumegroei minus demografische volumegroei) fluctueert sterk en is afhankelijk van een combinatie van bovengenoemde factoren. Het aantal Nederlanders neemt toe waardoor het zorggebruik

<sup>43</sup> Eijlders J, Ross W, Schrijvers G. 'Hoe komt de burger in Europa aan zorg?'. Utrecht: UMC, 2009.

<sup>44</sup> CPB. Trends in gezondheid en zorgzorg. . Policy Brief 2011/11.

<sup>45</sup> CPB. Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg. Deelrapport 1 van het

onderzoeksprogramma "Toekomst Zorg". Achtergronddocument bij CPB Policybrief 2011/11.

<sup>46</sup> RIVM. Tijd en toekomst. Volksgezondheid Toekomstverkenningen 2010. Bilthoven, 2010.

toeneemt alsook de zorguitgaven. De bevolking wordt ouder en naarmate we ouder worden neemt de gezondheid af en gebruiken we meer zorg en stijgen de zorguitgaven. De demografische groei van 1% wordt veelal als ondergrens gezien voor het zorgvolume. De samenstelling van deze groei heeft zich in de loop der tijd gewijzigd: het vergrijzingseffect neemt toe en de bevolkingsgroei erin neemt af. Het effect van de vergrijzing is sterker bij de langdurige zorg dan bij de curatieve zorg; ouderenzorg beslaat namelijk ongeveer tweederde deel van de langdurige zorg.

**Nationaal inkomen** Bij een stijgende welvaart consumeren we meer en luxere goederen en diensten waaronder ook zorg. Een rijkere samenleving kan zich meer aan zorg veroorloven dan een armere samenleving. Een stijgend nationaal inkomen vertaalt zich veelal naar een hoger zorgvolume zowel via een beleidsmatige uitbreiding van het collectieve pakket als via een toename van privaat gefinancierde zorg. Anderzijds leiden slechtere economische tijden tot een druk om de collectieve uitgaven voor zorg te beperken via bijvoorbeeld beperking vergoedingen uit het basispakket of invoering van eigen bijdragen.

**Epidemiologie** Epidemiologische ontwikkelingen, het meer of minder vóórkomen van ziekten, is een factor die zeker over een langere tijdshorizon de volumegroei sterk bepaalt. Zo neemt het aantal mensen met een of meer chronische ziekten toe; de prevalentie ervan is in de periode 1985 – 2005 verdubbeld. Een kwart van de Nederlanders is chronisch ziek en een derde daarvan heeft meer dan één chronische aandoening (dat zijn 1,3 miljoen mensen). Veelvoorkomende combinaties zijn bijvoorbeeld astma en eczeem, depressie en angststoornissen en diabetes en coronaire hartziekten<sup>47</sup>. De toename van het aantal chronische zieken heeft te maken met de groei en vergrijzing van de bevolking maar zeker ook met de kwaliteit van de zorg. Veel ziekten, bijvoorbeeld diabetes, kunnen eerder opgespoord en behandeld worden. Chronische zieken doen langdurig een beroep op de zorg, het gemiddelde zorgvolume per capita neemt hierdoor toe en daarmee de kosten van de zorg. Het doel van de zorg verandert daarmee langzamerhand van genezing naar onderhoud en ondersteuning.

**Sociaal-culturele en economische oorzaken** Een aantal factoren zoals maatschappelijke opvattingen over gezondheid en zorggebruik, burgerlijke staat, inkomenspositie vatten we samen onder de term sociaal-culturele en economische oorzaken. Een voorbeeld van veranderende culturele opvattingen is dat ongemakken en beperkingen minder worden geaccepteerd waardoor het ziektebegrip wordt uitgebreid. Zo wordt bijvoorbeeld ongezonder gedrag zoals roken

---

<sup>47</sup> RIVM. Van gezond naar beter. Volksgezondheid Toekomstverkenningen. Bilthoven 2010.

en teveel eten of het drager zijn van risicofactoren zonder evidente klachten (hoog cholesterol, hoge bloeddruk) steeds meer benoemd als ziek. Deze ontwikkeling leidt tot meer diagnoses en geregistreerde ziektegevallen. Ook het begrip gezondheid wordt opgerekt van afwezigheid van ziekte naar onder andere welbevinden en vitaliteit. Al deze ontwikkelingen leiden binnen de zorgsector tot een toename van het volume.

**Technologie**

Medisch-technologische ontwikkelingen dragen bij aan de uitgavenstijging in de zorg; dit vindt plaats langs de weg van het volume en/of de prijs van zorg. Technologie zorgt vaak voor een hogere kwaliteit van de zorg, veelal ook tegen een hogere prijs. Ook is mogelijk dat nieuwe technologie ervoor zorgt dat de behandeling tegen lagere kosten kan worden uitgevoerd, in een kortere tijd bijvoorbeeld of met minder inzet van arbeid (inzet van ICT of betere hulpmiddelen). Gemiddeld genomen wordt de zorg beter en duurder door technologie<sup>48</sup>

**Bekostigingswijze**

Sinds de modernisering van de AWBZ in 2003 en de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006 heeft de bekostigingsstructuur van de zorg zich getransformeerd van een aanbodgerichte, gebudgetteerde systematiek naar een functionele, vraaggestuurde bekostiging. Dit heeft bovengenoemde opwaartse druk op de kosten nog eens versterkt. Waren voorheen de kosten op instellingsniveau gebudgetteerd en daarmee beter beheersbaar, tegenwoordig is de wetgeving ingericht vanuit de vraag. In de bekostiging heeft dit geleid tot geïndividualiseerde producten en handelingen, gebaseerd op (afdwingbare) aanspraken. Bedoeld om beter tegemoet te komen aan de vraag van de patiënt, maar ook om efficiencywinst te boeken. Volgens Nyfer<sup>49</sup> is in elk geval dit laatste niet gelukt. Door het steeds verder opknippen van de zorg in declareerbare producten en handelingen treedt versnippering op, nemen transactie- en registratiekosten toe en daalt de productiviteit. Bovendien blokkeert het innovatie (substitutie, taakherschikking, integraliteit) die voor meer kwaliteit en doelmatigheid moeten zorgen<sup>50</sup>.

**Van budgettering naar declarabele zorgproducten**

**Korte en lange termijn**

Het RIVM<sup>51</sup> en het CPB<sup>52</sup> geven aan dat het effect van nieuwe medische technologie op het zorgvolume zich vooral op de kortere termijn afspeelt. Over een langere termijn bezien willen we zorg die onze gezondheid verbetert en wordt de zorgvraag vooral bepaald door inkomens -en gezondheidsontwikkelingen.

---

<sup>48</sup> CPB. Omgevingsscenario's voor gezondheid en zorg. Deelrapport 1 van het onderzoeksprogramma "Toekomst Zorg". Achtergronddocument bij CPB Policybrief 2011/11,

<sup>49</sup> Berenschot L en van der Geest L, Integrale zorg in de buurt. Nyfer, april 2012.

<sup>50</sup> Idem, p.10.

<sup>51</sup> RIVM. Kosten van ziekten in Nederland 2007. Bilthoven, 2011.

<sup>52</sup> CVZ. Begeleiding bij stoppen met roken: verzekerde zorg? Diemen, 2008. Rapportnr 262. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)



### ***Baumol-effect***

Als veel genoemde verklaring van de sterkere prijsontwikkeling in de zorg dan in de rest van de economie, wordt het Baumol-effect genoemd: de zorg kent een productiviteitsgroei die achterblijft bij de loongroei.

De lonen in de zorg volgen op de wat langere termijn wel de ontwikkelingen in de rest van de economie waar de regel geldt dat de loonontwikkeling de ontwikkeling van de arbeidsproductiviteit volgt. In de zorg blijft de arbeidsproductiviteitsontwikkeling gemiddeld genomen achter bij die in de rest van de economie. Dit maakt dat de zorg relatief duurder wordt.

De zorg is een arbeidsintensieve sector, de loonkosten nemen ongeveer 75% van de zorgkosten voor hun rekening. Voor de sector Verpleging en Verzorging komt dit aandeel uit op ongeveer 85%. De prijs van zorg stijgt daarom sneller dan de gemiddelde prijsstijging in de economie; tussen 1981 en 2010 is dat ongeveer ½ %-punt<sup>53</sup>.

In de ene zorgsector is dit effect overigens sterker dan in de andere, dit hangt vooral af van de mate waarin arbeidsbesparende technologische ontwikkelingen mogelijk zijn.

Beheersing van de groei van de zorg is een zaak van vele partijen, binnen en buiten de overheid. In een studie van de OECD over de langdurige zorg<sup>54</sup> wordt een aantal opties genoemd, die in de ons omringende landen worden ingezet om de kostengroei te beheersen. Het gaat dan om structurele oplossingen die de groei van de collectieve lasten verlagen, niet om eenmalige bezuinigingen. De keuzes die worden gemaakt verschillen per land. Er is geen algemeen geldende oplossing. Alles wijst erop dat het niet alleen bepaald wordt door het stelsel maar om de keuzes die daarbinnen worden gemaakt.

### ***Keuzes verschillen per land***

### ***Instrumenten voor kostenbeheersing***

De volgende maatregelen en instrumenten kunnen worden ingezet om de zorgkosten te beheersen:

- Pakketverkleining
- Verschuivingen tussen cure, care en welzijn
- Decentralisatie van bevoegdheden
- Selectieve lastenverzwaring
- Andere spreiding van kosten over generaties
- Vormen van zorgsparen
- Hogere en andere eigen bijdragen: inkomens- en/of vermogensafhankelijk
- Meer inzet van mantelzorgers
- Wijzigingen in de prikkelstructuur

---

<sup>53</sup> CPB. Trends in gezondheid en zorg. Financiering onder druk. Policy brief 2011/11.

<sup>54</sup> OECD. Help wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Health policy studies. 2011.

***Samenhang  
bewaken bij  
bezuinigingen***

Het CVZ heeft in dit rapport aangegeven dat generieke pakketingrepen op basis van één pakketcriterium zoals ziektelast niet wenselijk zijn. De veelheid aan instrumenten die ter beschikking staan voor kostenbeheersing hangen binnen het stelsel met elkaar samen. We pleiten ervoor om die samenhang te bewaken als er bezuinigd wordt.

## 10. Reacties belanghebbende partijen

### *10.a. Geconsulteerde partijen*

Het CVZ heeft het conceptrapport Pakketadvies 2012 voorgelegd aan de volgende belanghebbende partijen:

- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- GGZ Nederland
- Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen (NVZ)
- Zelfstandige Klinieken Nederland (ZKN)
- Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU)
- Revalidatie Nederland
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- ActiZ Organisatie van zorgondernemers
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Orde van Medisch Specialisten (OMS)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT)
- Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist (NVM)
- Organisatie van Nederlandse Tandprothetici (ONT)
- Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT)
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)
- Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden (V&VN)
- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Consumentenbond
- Centrale Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO)
- Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG Raad)
- Nederlandse Vereniging van Research-georiënteerde Farmaceutische Industrie (Nefarma)
- Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland (BOGIN)
- Stichting Overleg Medische Technologie (SOMT)
- NVOS-Orthobanda
- Nederlandse Zorgautoriteit (NZA)
- Federatie Opvang (FO)
- Inspectie voor de Gezondheidszorg
- DBC-Onderhoud
- Jeugdzorg Nederland
- Platform VG
- Landelijk Platform GGZ
- Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ)

## **10.b. Ontvangen reacties**

Van 23 belanghebbende partijen is een bestuurlijke reactie ontvangen. Deze reacties en het antwoord van het CVZ daarop treft u aan als bijlage 7. Hieronder gaan we per onderwerp op hoofdlijnen op de ontvangen reacties in.

### *10.b.1. Kernboodschap: geen generieke pakketingrepen*

#### **Ontvangen reacties**

Nagenoeg alle reacties zijn positief over de kernboodschap van het CVZ: geen majeure pakketingrepen op basis van een generiek criterium als lage ziektelast, omdat dit de toegankelijkheid van stepped care kan belemmeren. De Bogin geeft in overweging om wel naar het concept van de individuele betaalbaarheid te kijken. Deze factor komt nu onvoldoende in beeld en zou wel tot besparingen kunnen leiden. Ook NVOS Orthobanda noemt deze optie, zij het in de vorm van bijbetalen in combinatie met een gedefinieerde minimale kwaliteit van een hulpmiddel.

De NZA is wat minder positief over de boodschap om geen grote pakketingrepen te doen. De optie van meer eigen betalingen en/of het opvoeren van het eigen risico zouden een alternatief kunnen bieden voor de groeiende zorguitgaven. Pijnloze keuzes bieden naar de mening van de NZA onvoldoende soelaas. De NZA mist een alternatief waarmee de taakstelling wel kan worden gerealiseerd.

De VAGZ wijst op het risico van substitutie van niet naar wel verzekerde behandelingen.

Nefemed geeft aan dat het CVZ de centrale vraag: 'wat is echt noodzakelijk te verzekeren vanuit het basispakket' niet beantwoordt. Het niet beantwoorden van deze vraag (inclusief discussie hierover met het veld) beschouwt Nefemed als een gemiste kans. Wel ondersteunt Nefemed de kernboodschap van harte.

#### **Antwoord CVZ**

Het CVZ is blij met de brede waardering voor de kernboodschap. De suggestie om eigen risico en eigen betalingen als alternatief te benoemen voor besparingen via het lage ziektelast principe hebben wij overwogen. Een generieke pakketmaatregel vanuit het principe 'kan voor eigen rekening', bijvoorbeeld alle zorg onder een bepaald bedrag, heeft naar onze inschatting hetzelfde ongewenste effect op stepped care als een pakketmaatregel op basis van lage ziektelast. Dat neemt niet weg dat het instrument van eigen betaling voor specifieke behandelingen wel degelijk een remmend effect kan hebben op de zorguitgaven zonder dat de toegankelijkheid van zorg substantieel in gevaar komt. Dit is echter een complexe materie die nadere uitwerking en onderbouwing vergt. Wij zullen hier in het komende jaar aandacht aan te besteden. In dit verband is ook een rapport van de RVZ over solidariteit van belang, dat in het najaar van

2012 zal verschijnen.<sup>55</sup>

Het belang dat het CVZ hecht aan stepped care betekent niet dat alle interventies die bij een bepaald ziektebeeld horen tot het verzekerde pakket zouden moeten behoren. De eerste acties of interventies kunnen vallen onder de eigen verantwoordelijkheid of onder bijvoorbeeld de WMO. Het CVZ heeft in het verleden in diverse standpunten (bijvoorbeeld over het Preventieconsult of de preventierapporten uit 2010) aangegeven waar de grens ligt tussen verzekerde en niet-verzekerde zorg. In de toekomst zullen wij het pakket verder beoordelen op wat noodzakelijk te verzekeren zorg is.

#### *10.b.2. Gepast gebruik*

#### **Ontvangen reacties**

Het thema van gepast gebruik vindt veel instemming bij de geconsulteerde partijen. Diverse organisaties hebben gehoor gegeven aan de oproep van het CVZ om concrete onderwerpen te noemen die zij zelf al hebben ondernomen in dit kader, of die geschikt zouden zijn voor een gezamenlijke aanpak. Veel stakeholders benoemen vooral de belemmeringen die gepast gebruik in de weg staan: (VAGZ, NPCF) Integrale financiering wordt door sommigen gezien als een oplossing (Jeugdzorg Nederland, NVOS-Orthobanda), maar anderen zien de wijze waarop de integrale bekostiging nu is vormgegeven eerder als een belemmering omdat er onvoldoende rekening is gehouden met multimorbiditeit of omdat eerste en tweede lijn nog steeds gescheiden bekostiging kennen (KNMG, CSO). Diverse stakeholders (Nefarma, VAGZ, KNMG) pleiten voor een financiering die is gebaseerd op output in plaats van op input. Vooral VAGZ is uitgesproken over de noodzaak van ingrijpende wijzigingen in de bekostiging en verzekering van de zorg om in de toekomst kwalitatief goede zorg tegen een betaalbare prijs te kunnen garanderen. De NZa ziet een belangrijke rol weggelegd voor de verzekeraars (inkoopbeleid, tariefafspraken) waar het gaat om kostenbeheersing. Van diverse kanten (VAGZ, CSO) wordt gepleit voor een periodieke medicijncheck. KNGF en NZa uiten twijfel over het effect van gepast gebruik op de betaalbaarheid. DE OMS pleit voor de uitwerking van een theoretisch kader van het concept 'gepast gebruik'. Nefemed is van mening dat het CVZ meer regie zou moeten nemen in het bevorderen van gepast gebruik, en een eigen standpunt dient te formuleren. Ook de reacties van de VAGZ en de NZa wijzen in die richting.

#### **Antwoord CVZ**

Het verzoek aan belanghebbende partijen heeft een groot aantal waardevolle initiatieven en suggesties opgeleverd. Wij zullen de suggesties voor gepast gebruik in het Ronde Tafeloverleg bespreken en er een vervolg aan geven. Waar

---

<sup>55</sup> RVZ-werkprogramma: "Voor wat hoort wat": solidariteit vraagt om return on investment en goed patiëntschap. Najaar 2012.

mogelijk zal het CVZ partijen bijstaan om hun projecten te realiseren.

De komst van "het Kwaliteitsinstituut" biedt nieuwe mogelijkheden om gepast gebruik verder te faciliteren. In het nieuwe Nederlands Zorginstituut zijn straks de bevordering van kwaliteit en pakketbeheer geïntegreerd. Het opstellen van zorgstandaarden en richtlijnen door de beroepsgroepen biedt houvast bij het inzetten van de juiste zorg bij de juiste indicatie. Door het duiden van wat wel en niet verzekerde zorg is op het niveau van indicatie-interventiecombinaties kunnen we dit verder ondersteunen.

Als het niet lukt om op deze wijze tot gepast gebruik te komen zijn uitstroommaatregelen een laatste mogelijkheid om ongepast gebruik ten laste van het basispakket te beperken.

Wat de integrale bekostiging betreft verwijs ik naar de uitvoeringstoets die het Ministerie aan de NZa heeft gevraagd over huisartsenbekostiging in de integrale zorg. Het CVZ denkt daarin mee en zal de opmerkingen van de stakeholders bij zijn inbreng betrekken.

Wij hebben een paragraaf in het Pakketadvies opgenomen over verkeerd gerichte prikkels in de Zvw. In het Pakketadvies 2011 hebben wij dit al gedaan voor de AWBZ.

#### *10.b.3. Lage ziektelast*

#### **Ontvangen reacties**

De reacties op de boodschap over lage ziektelast komen voor een groot deel overeen met de reacties op de kernboodschap en zijn daarnaast meegenomen in de consultatie die afzonderlijk over dit onderwerp heeft plaatsgevonden. De kernboodschap is voor een aantal partijen aanleiding om in de reactie op het Pakketadvies een heroverweging te adviseren van eerdere adviezen of pakketmaatregelen. Zo vraagt de KNGF om eerdere adviezen over fysiotherapie (met name fysiotherapie bij reumatische aandoeningen, osteoporose en hartproblemen) te heroverwegen in het licht van het uitgangspunt van stepped care. Ook de VAGZ is van mening dat de effectiviteit van de eerste initiële behandelingen van bepaalde fysio- en oefentherapie vergoeding vanuit het basispakket rechtvaardigen. Datzelfde geldt voor bemoeizorg in de GGZ. GGZ Nederland is verder van mening dat de aanpassingsstoornis onterecht uit het pakket is verwijderd.

#### **Antwoord CVZ**

Wij begrijpen het betoog dat de redenering van stepped care, indien consequent toegepast op alle zorgvormen, tot een pleidooi leidt voor (her) verzekeren van bepaalde behandelingen. Ons advies om geen generieke pakketmaatregelen te nemen op basis van een bepaalde drempelwaarde, wil echter nog niet zeggen dat elke interventie binnen stepped care tot het verzekerde pakket hoort. Andere pakketprincipes worden ook meegewogen zoals de vraag of iets voor eigen rekening kan komen. Het CVZ was en is niet op

voorhand van mening dat eigen betaling het gepast gebruik altijd belemmert of de samenhang in de zorg in gevaar brengt.

#### *10.b.4. Innovatie en voorwaardelijke toelating*

##### ***Ontvangen reacties***

Verschillende partijen (KNMG, FHI, RVZ, NVZ) zijn van mening dat innovaties in de zorg onvoldoende kans krijgen, en dat pakketbeheer hierin beter moet faciliteren. KNMG pleit voor meer aandacht voor e-Health en zelfmanagement in het verzekerde pakket. Ook FHI wijst op de moeizame opname van e-Health oplossingen in het Nederlandse zorgsysteem.

De criteria voor voorwaardelijke toelating en die van DBC Onderhoud zijn niet hetzelfde, constateert de OMS. Partijen pleiten voor eenduidige criteria, om innovaties niet nodeloos te belasten. Het traject voor voorwaardelijke toelating wordt als omslachtig ervaren, en is beperkt tot een zeer gering aantal innovaties. Nefemed voorziet problemen als de systematiek van de farmaco-economie wordt toegepast op medische hulpmiddelen. FHI ervaart bij voorwaardelijke toelating een sterke nadruk op toelating van geneesmiddelen en vraagt ook aandacht voor de medische technologie in deze.

##### ***Antwoord CVZ***

In het rapport over Voorwaardelijke Toelating zal het CVZ nader ingaan op de beoordelingssystematiek en wat dit betekent voor de relatie tussen geneesmiddelen en medisch-technologische innovaties. Over e-Health hebben wij een duidelijk standpunt ingenomen. Partijen kunnen hier voor een groot deel in onderling overleg invulling aan geven zonder dat een afzonderlijke beoordelingsprocedure aan de orde is.

#### *10.b.5. Kostenanalyse*

##### ***Ontvangen reacties***

Verschillende stakeholders (NPCF, VAGZ) pleiten voor een nadere onderbouwing van de passages over kostenontwikkeling, danwel plaatsen vraagtekens bij de analyse van het CVZ (De Oefentherapeut). Nefemed plaatst kanttekeningen bij de opmerking dat de kostenstijging voor een belangrijk deel wordt veroorzaakt door de ontwikkeling van de medische technologie.

##### ***Antwoord CVZ***

De passage over kostenontwikkeling is uitgebreid en nader onderbouwd in het definitieve Pakketadvies. Wij zien geen reden om te twijfelen aan de kostengroei in de zorg en de noodzaak om kosten te beheersen. Wij zijn het eens met partijen dat kostenbeheersing gebaseerd moet zijn op een gedegen analyse van de oorzaken van de groei.

## 11. Adviescommissie Pakket

De Adviescommissie Pakket van het CVZ (ACP) adviseert de Raad van Bestuur van het CVZ over de maatschappelijke aspecten van zijn pakketadviezen. De samenstelling van de ACP is opgenomen in bijlage 4 bij dit pakketadvies.

In haar vergadering van 16 maart 2012 heeft de ACP het concept rapport Pakketadvies 2012 en de daarop van belanghebbende partijen ontvangen reacties besproken. Onderstaand het advies van de ACP aan de Raad van Bestuur van het CVZ.

### ***Instemming met kernboodschap***

De ACP spreekt haar instemming uit over de kernboodschap van het pakketadvies. Generieke ingrepen, onder andere op basis van ziektelast, zouden ertoe leiden dat de uit het pakket gehaalde 'stappen' van stepped care worden overgeslagen en te gemakkelijk een sprong naar een zwaardere, wel vergoede stap wordt gemaakt.

De ACP is het ook eens met de nadruk op gepast gebruik. De ACP vraagt in het bijzonder aandacht voor verkeerd staande prikkels. De huisarts heeft een cruciale rol ten aanzien van gepast gebruik. Belangrijk is dat het CVZ ook concrete aanbevelingen voor beleid verbindt aan de noties ten aanzien van gepast gebruik.

De nadruk op gepast gebruik kan bestuurlijk scherper neergezet worden: als gepast gebruik via zelfregulering niet lukt, dan kunnen pakketingrepen, indien nodig wettelijk vastgelegd, aan de orde zijn.

### ***Eigen betaling agenderen***

Het instrument van de eigen betaling mag niet ontbreken in het pakketadvies, al is het maar in agenderende zin.

Verder moet duidelijker aangegeven worden dat het pakketadvies en de door het CVZ gehanteerde beoordelingssystematiek betrekking hebben op het gehele pakket van sociale ziektekostenverzekeringen (Zvw en AWBZ), maar dat het accent in de uitwerking dit jaar vooral bij de Zvw ligt en wat minder bij de AWBZ.

### ***Voorwaardelijke toelating en onderzoek***

Ten aanzien van de voorwaardelijke toelating dringt de ACP aan op sluitende garanties dat er ook onderzoek verbonden wordt aan de voorwaardelijke toelating.



## 12. Besluit CVZ

Het CVZ doet de volgende aanbevelingen aan de minister van VWS:

- Streef structurele beheersing van de zorgkosten na in plaats van kostenverlaging op korte termijn via generieke ingrepen, zeker waar deze leiden tot gezondheidsverlies waarvoor (veel) later de rekening moet worden betaald;
- Stimuleer richtlijnontwikkeling en de implementatie daarvan;
- Pas het bekostigingssysteem zodanig aan dat financiële prikkels het gepast gebruik van zorg stimuleren;
- Besteed meer aandacht aan verbetering van controle en toezicht.

In zijn vergadering van 3 april 2012 heeft de Raad van Bestuur van het CVZ het Rapport Pakketadvies 2012 vastgesteld.

**College voor zorgverzekeringen**

Voorzitter Raad van Bestuur

Arnold Moerkamp



## Bijlage 1: Reactie minister op het Pakketadvies 2011

<b>Brief aan Tweede Kamer</b>	Met haar brief van 10 juni 2011 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer heeft de minister van VWS gereageerd op het Pakketadvies 2011.
<b>Het innemen van standpunten</b>	De minister is het met het CVZ eens dat standpunten, net als uitstroomadviezen, een reëel beperkend effect kunnen hebben op de kosten van de verzekerde zorg. De besparing kan alleen gerealiseerd worden bij een sluitende invoering en adequaat toezicht. Monitoring op de naleving van een standpunt en daarop goed toezicht geeft inzicht in hoeverre de standpunten ook daadwerkelijk de genoemde besparingen op wel beperking van de kostenstijgingen opleveren.
<b>Gepast gebruik</b>	Door gepast gebruik kan de kwaliteit van zorg en de doelmatigheid daarvan worden verbeterd. De minister is zich ervan bewust dat hiervoor de inzet van en draagvlak bij de betrokken partijen noodzakelijk is en waardeert de gezamenlijke aanpak die het CVZ heeft gekozen.
<b>Voorwaardelijke toelating</b>	De minister heeft besloten om voorwaardelijke toelating in 2012 op te nemen in het Besluit zorgverzekering en te starten als een pilot. Indien besloten wordt tot continuering en bredere toepassing van het instrument voorwaardelijke toelating, zal het kabinet op basis van het Pakketadvies jaarlijks bezien of, en zo ja, voor welke interventies het komende verzekeringsjaar met voorwaardelijke toelating zal worden gestart. De voorwaardelijke toelating in de AWBZ wordt niet per 1 januari 2012 geïntroduceerd.
<b>Keuze onderwerpen</b>	<p>Het CVZ heeft vier interventies voorgesteld. De minister heeft besloten om de injectie- en denervatietechnieken bij chronische aspecifieke lage rugklachten en dure en weesgeneesmiddelen per 2012 voorwaardelijke toe te laten. Voorwaardelijke toelating van deze zorgvormen legt geen additioneel beslag op de beschikbare financiële ruimte en kan dus zonder meerkosten plaatsvinden.</p> <p>Deze meerkosten zouden wel optreden bij voorwaardelijke toelating van de renale denervatie en bij het bilateraal cochleair implantaat. De minister kan voor deze zorg geen financiële dekking vinden.</p>
<b>Preventie en gecombineerde leefstijlinterventie</b>	De minister neemt het advies over de gecombineerde leefstijlinterventie (GLI) <i>niet</i> over. Gelet op de aanzienlijke kosten die de eerste vier jaren gemoeid zijn met opname van de GLI in het Zvw-pakket, is er binnen het Budget Kader Zorg (BKZ) geen ruimte om de GLI als verzekerde aanspraak op te nemen. Daarbij speelt ook een rol dat de minister van mening is dat het in de eerste plaats de eigen verantwoordelijkheid van het individu is om gezond met zijn lichaam om te gaan.

**Visie op langdurige zorg** Het CVZ heeft de contouren van zijn visie op de toekomst van de langdurige zorg uitgeschreven: wat is noodzakelijk te verzekeren zorg voor mensen met een langdurige zorgbehoefte. Op 1 juni 2011 heeft de staatssecretaris de Programmabrief Hervorming Langdurige Zorg aan de Tweede Kamer gezonden. De minister en staatssecretaris vinden het niet opportuun om op de door het CVZ genoemde elementen in te gaan.

**Adviezen nagenoeg geheel overgenomen** De andere adviezen die het CVZ in het Pakketadvies 2011 gaf, heeft de minister van VWS overgenomen. Het gaat om de functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg mbt visuele functie en het spreken met ingang van 2012. De functiegerichte omschrijving hulpmiddelenzorg mbt het spijsverteringsstelsel gaat in per 2014.

De minister heeft over het advies verpleging in de wijk: van samenhang verzekerd nog geen besluit genomen. Het advies van het CVZ toont aan hoe ingrijpend en verstrekkend een en ander is. Het advies sluit aan op lopende beleidsontwikkelingen zoals deze gaande zijn. VWS zal daarom zelf een traject vormgeven waarin de verschillende aandachtspunten uit het advies, eventueel aangevuld met andere aandachtspunten, nader worden uitgewerkt.

## Bijlage 2: Overzicht pakket 2012

### *a. Te verzekeren zorg*

De volgende te verzekeren prestaties zijn opgenomen in aparte artikelen van het 'Besluit zorgverzekering' (Bzv) (artikelen 2.4 tot en met 2.15):

- geneeskundige zorg, die zorg omvat zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen die bieden;
- paramedische zorg, die fysiotherapie, oefentherapie, logopedie, ergotherapie en dieetadvisering omvat;
- mondzorg, die zorg omvat zoals tandartsen die bieden;
- farmaceutische zorg (gesloten lijst);
- hulpmiddelenzorg (deels limitatieve lijst);
- verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- zorg zoals verpleegkundigen die bieden in verband met medisch-specialistische zorg;
- zorg zoals kraamverzorgende die bieden;
- vervoer, dat ziekenvervoer per ambulance, per auto of openbaar vervoer omvat.

In de artikelen 2.4 tot en met 2.15 van het BZV staat beschreven wat wel en niet onder deze te verzekeren prestaties<sup>56</sup> valt. Zo zijn er bijvoorbeeld beperkingen op de gebieden van in-vitrofertilisatie (IVF), plastische chirurgie, fysiotherapie en mondzorg. In de 'Regeling zorgverzekering' staan ook nadere bepalingen over de te verzekeren prestaties, onder meer voor farmaceutische zorg en hulpmiddelenzorg. Op grond van artikel 2.1 lid 2 van het Bzv worden inhoud en omvang van de hierboven opgesomde prestaties mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk, en bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten (artikel 2.1, tweede lid, Bzv).

In het 'Besluit zorgaanspraken AWBZ' (Bza) is de aard, inhoud en omvang van de zorg geregeld, waarop cliënten aanspraak kunnen doen in het kader van de AWBZ.

In artikel 2 van het Bza zijn zes functies geformuleerd:

- persoonlijke verzorging;
- verpleging;
- begeleiding;
- behandeling;
- verblijf, meer dan drie etmalen per week;
- kortdurend verblijf, maximaal drie etmalen per week.

---

<sup>56</sup> Het CVZ hanteert het begrip 'te verzekeren prestatie' ter onderscheiding van de 'verzekerde prestatie' om aan te geven dat er een verschil is tussen wat in de Zvw staat en wat in de zorgverzekeringpolis staat. In de wet staat wat de verzekeraars moeten verzekeren. In de polis staat waar de verzekerde daadwerkelijk voor is verzekerd (hoe, door wie en waar).

Overige zorg die ten laste van de AWBZ verzekerd is, betreft:

- voortgezet verblijf;
- aanvullende aanspraken bij behandeling en verblijf in dezelfde instelling (artikel 15);
- vervoer, voor zover medisch noodzakelijk naar dagbesteding (behandeling of begeleiding in groepsverband);
- gebruik verpleegartikelen;
- doventolkzorg;
- neonatale hielprik;
- vaccinaties.

### ***b. Wijzigingen in de Zvw***

Met ingang van 2012 is het verzekerde pakket op verschillende punten gewijzigd. Hieronder een opsomming van de belangrijkste wijzigingen in de Zvw:

- Het aantal zittingen eerstelijnspsychologische zorg wordt verlaagd van acht naar vijf per jaar;
- Een eigen bijdrage voor tweedelijns geestelijke gezondheidszorg voor verzekerden van achttien jaar en ouder;
- Fysiotherapeutische behandelingen worden voor verzekerden van achttien jaar en ouder vergoed bij meer dan twintig behandelingen per aandoening;
- Schrappen van de aandoeningen van de lijst chronische fysio- en oefentherapie:
  - Artritis
  - Artrose
  - Osteoporose
  - Cardiologisch domein
- Eigen bijdrage in geval van verblijf in een instelling voor geneeskundige ggz;
- De behandeling van aanpassingsstoornissen is geen te verzekeren prestatie;
- Dieetadvies wordt uit het Zvw basispakket gehaald. Er is een uitzondering voor mensen die lijden aan COPD, diabetes of hart- en vaatrisico's en hiervoor multidisciplinaire gecoördineerde zorg ontvangen. Voor hen geldt een uitzondering, zij ontvangen in 2012 wel de vergoeding voor dieetadvies voor een maximum van vier behandeluren;
- In het stoppen met roken programma worden de kosten voor ondersteunende geneesmiddelen niet meer vergoed;
- Maagzuurremmers worden uit het Zvw basispakket gehaald. Uitzondering voor patiënten die chronisch gebruiken en in injectievorm.

### **c. Wijzigingen in de AWBZ**

In de regelgeving van de AWBZ zijn met ingang van 1 januari 2012 de volgende wijzigingen in werking getreden:

- In het Besluit Zorgaanspraken (Bza) is in een nieuw artikel 3 het criterium ingevoerd dat de inhoud en omvang van AWBZ-zorg mede wordt bepaald door "de stand van wetenschap en praktijk en, bij het ontbreken van een zodanige maatstaf, door hetgeen in het betrokken vakgebied geldt als verantwoorde en adequate zorg en diensten". Een dergelijke bepaling geldt al vanaf de invoering van de Zorgverzekeringswet voor de krachtens die wet te verzekeren zorg.
- Verder is in het Bza in artikel 34 een aparte aanspraak op ADL-assistentie opgenomen die met ingang van 1 januari 2014 zal vervallen. Deze overgangsregeling hangt samen met het vervallen van de subsidieregeling voor ADL-assistentie.
- De voorwaarde dat persoonlijke verzorging, verpleging en begeleiding (art. 4, 5 en 6 Bza) door een instelling verleend moeten worden, is vervallen. Ook is de contracteerverplichting voor intramurale zorg afgeschaft (art.21).
- In de Regeling zorgaanspraken AWBZ (artikel 1, lid 1) is de huidige uitvoeringspraktijk met toeslagen op de ZZP-bekostiging verwerkt in de aanspraken. Bij een aantal in de regeling vermelde zorgzwaartepakketten (ZZP's) kan de verzekerde aanspraak maken op meerzorg als de behoefte aan zorg minimaal 25% hoger is dan de in het ZZP opgenomen zorg of ingeval er sprake is van een bijzondere zorgbehoefte die samenhangt met een specifieke aandoening. Het is aan de zorgverzekeraar (in casu het zorgkantoor) om de behoefte aan aanvullende zorg op het ZZP te beoordelen. Voor uitzonderlijke situaties zal het oordeel van de instelling met het advies van het Centrum voor Consultatie en Expertise (CCE) bepalend zijn voor de vraag of er aanleiding is tot aanvullende zorg.
- Omdat de behoefte aan aanvullende zorg op het ZZP wordt beoordeeld door de zorgverzekeraar is in artikel 2 van het Zorgindicatiebesluit de taak van het CIZ beperkt tot vaststelling van het best passende ZZP in het indicatiebesluit. Verder is met ingang van 18 april 2011 AWBZ-behandeling in verband met een zintuiglijke handicap uitgesloten van indicatiestelling door het CIZ.

#### ***d. Zorguitgaven en financiering***

In 2012 kost de zorg die ten laste van de Zvw en de AWBZ komt naar verwachting ongeveer € 66,3 miljard. De Zvw neemt 59% van de uitgaven voor zijn rekening.

In de tabel hieronder ziet u de verdeling van de totale uitgaven over de Zvw en AWBZ.

#### **Zorguitgaven 2012**

bron: Rijksbegrotingen 2012; 1 = € 1 miljard

##### **AWBZ**

ZZP's Verpleging en verzorging	7,6	12%
ZZP's Gehandicaptenzorg	4,4	7%
ZZP's Langdurige Geestelijke gezondheidszorg	1,3	2%
Kapitaallasten	2,6	4%
Persoonsgebonden budgetten	2,5	4%
Extramurale zorgprestaties	3,7	6%
Dagbesteding en vervoer	1,2	2%
Overige uitgaven (ongespecificeerd)	3,8	6%
<b>Totaal uitgaven AWBZ</b>	<b>27,1</b>	<b>41%</b>

##### **ZVW**

Eerstelijnszorg	4,1	6%
Ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg	19,7	30%
Geneesmiddelen en hulpmiddelenzorg	6,9	10%
Geneeskundige geestelijke gezondheidszorg	3,8	6%
Overige uitgaven (ongespecificeerd)	4,7	7%
<b>Totaal uitgaven Zvw</b>	<b>39,2</b>	<b>59%</b>

<b>Totaal der uitgaven AWBZ + Zvw</b>	<b>66,3</b>	<b>100%</b>
---------------------------------------	-------------	-------------

Tegenover uitgaven staan ook inkomsten.

De inkomsten bedragen in 2012 naar verwachting € 63,7 miljard, te weten € 22,7 miljard voor de AWBZ en € 41 miljard voor de Zvw.

**Financiering van de Zorguitgaven**  
bron: Rijksbegrotingen 2012; 1 = € 1  
miljard

**AWBZ**

Procentuele premies AWBZ	21,3	33%
Eigen betalingen AWBZ	1,7	3%
Rijksbijdragen, overige inkomsten AWBZ	-0,3	0%
<b>Totaal financiering AWBZ</b>	<b>22,7</b>	<b>36%</b>

**Zvw**

Inkomensafhankelijke bijdragen Zvw	20,6	32%
Nominale premie Zvw	16,3	26%
Rijksbijdragen, overige inkomsten	2,3	4%
Eigen betalingen Zvw	1,8	3%
<b>Totaal financiering Zvw</b>	<b>41,0</b>	<b>64%</b>

<b>Totaal financiering via AWBZ + Zvw</b>	<b>63,7</b>	<b>100%</b>
---	-------------	-------------

Voor de goede orde merkt het CVZ hierbij op dat de uitgaven en financiering niet sluitend zijn omdat deze deels ook betrekking hebben op voorgaande jaren.



### Bijlage 3: Afkortingenoverzicht

<b>AED</b>	Access with evidence development
<b>AWBZ</b>	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
<b>BMI</b>	Body Mass Index
<b>Bzv</b>	Besluit zorgverzekering
<b>COPD</b>	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
<b>CVA</b>	Cerebrovasculair accident
<b>CVZ</b>	College voor zorgverzekeringen
<b>DBC</b>	Diagnose Behandeling Combinatie
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>EBM</b>	Evidence Based Medicine
<b>EPZ</b>	Eerstelijnspsychologische zorg
<b>FK</b>	Farmacotherapeutisch Kompas
<b>GGZ</b>	Geestelijke Gezondheidszorg
<b>GVS</b>	Geneesmiddelenvergoedingssysteem
<b>ICD</b>	International Classification of Diseases
<b>ICF</b>	International Classification of Functions
<b>MRI</b>	Magnetic resonance imaging
<b>NPCF</b>	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
<b>NVZ</b>	Nederlandse Vereniging Ziekenhuizen
<b>NZa</b>	Nederlandse Zorgautoriteit
<b>Pincet</b>	Project Intensivering Controle en Toezicht
<b>VTV</b>	Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
<b>VWS</b>	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
<b>WHO</b>	World Health Organization
<b>Wmo</b>	Wet maatschappelijke ondersteuning
<b>ZN</b>	Zorgverzekeraars Nederland
<b>ZonMw</b>	Zorg Onderzoek Nederland Medische Wetenschappen
<b>Zvw</b>	Zorgverzekeringswet

## Bijlage 4: Taak en samenstelling adviescommissies CVZ

### *a. Inleiding*

Het CVZ kent een drietal commissies die de Raad van Bestuur adviseert op het gebied van pakketbeheer. De commissies zijn:

- de Adviescommissie Pakket (ACP);
- de Duidingscommissies Pakket (DCP);
- de Commissie farmaceutische hulp (CFH).

Hierna beschrijft het CVZ de taken en de samenstelling van deze commissies.

### *b. Adviescommissie Pakket*

De Adviescommissie Pakket (ACP) is ingesteld op grond van artikel 59a van de Zvw. De ACP heeft als taak te adviseren over de maatschappelijke aspecten van rapporten of signalen als bedoeld in artikel 66 die het CVZ voorbereidt. De leden van de ACP worden benoemd door de minister van VWS. De leden van de ACP zijn:

Mevrouw prof. dr. I.D. de Beaufort

De heer dr. C. Smit

De heer prof. dr. G.J. van der Wilt

De heer drs. M.C. Dekker

De heer prof. dr. J. Kievit

De heer drs. ing. A.H.J. Moerkamp

De heer dr. A. Boer (voorzitter)

Mevrouw H.B.M. Grobbink CCMM

### ***c. Duidingscommissie Pakket***

De Duidingscommissie Pakket (DCP) is ingesteld op basis van het bestuursreglement van het CVZ. De DCP heeft als taak het uitbrengen van advies aan het bestuur over:

- individuele verzekerings- en indicatiegeschillen, (artikel 114 Zvw en artikel 58 AWBZ)
- het eenduidig uitleggen van de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties (artikel 11 ZVW) op grond van artikel 64 Zvw;
- het eenduidig uitleggen van de aard, inhoud en omvang van de aanspraken bedoeld in artikel 42 AWBZ

De leden worden benoemd door Raad van Bestuur van CVZ. De samenstelling van de DCP is als volgt:

Mevrouw P.M. Altenburg (voorzitter)

De heer mr. G.J. Bloemendal

Mevrouw drs. C. Littoij

Mevrouw H.K. Meutgeert-Dekker

Mevrouw R.C. Niezen de Boer

Mevrouw drs. H.J.M. Slot, kinderarts

Mevrouw dr. W.A.H.J. van Stiphout

De heer M.A.J.W. de Wit, arts

Mevrouw mr. J. Engering (namens het ministerie van VWS)

#### ***d. Commissie farmaceutische hulp***

De CFH is ingesteld op basis van het bestuursreglement van het CVZ. De CFH heeft als taak te rapporteren aan het bestuur ten behoeve van;

- de advisering aan de minister over farmaceutische hulp (art 66 Zvw);
- de advisering aan de Nederlandse Zorgautoriteit over intramurale geneesmiddelen in het kader van diens beleidsregels.

De leden worden benoemd door RvB van CVZ. De CFH is als volgt samengesteld:

De heer prof.dr. J.H.M. Schellens (voorzitter)

Mevrouw dr. M.J. Al

De heer prof. dr. A. de Boer

De heer prof. dr. M.L. Bouvy

De heer prof. dr. J.J. van Busschbach

De heer prof. dr. J.W. Cohen Tervaert

Mevrouw dr. A.J. Croockewit

De heer prof. dr. T. van Gelder

De heer prof. dr. H.J. Guchelaar

De heer prof. dr. E. Hoencamp

De heer dr. J.G.W. Kortering

De heer dr. C. Kramers

De heer dr. R.J. van Marum

De heer dr. P.H.E.M. de Meijer

Mevrouw dr. S.J. Pinto-Sietsma

De heer prof. dr. J.J. Polder

De heer dr. E.N. van Roon

De heer dr. B.A. Semmekrot

De heer prof. dr. J.L. Severens

De heer dr. E.P. Walma

De heer dr. J.W. van 't Wout

Ministerieel vertegenwoordigers in de CFH zijn:

De heer drs. H. Kooijman

De heer drs. P.P. Kruger

De heer dr. H.F. Storms

De heer dr. M.J. van de Velde

## Bijlage 5: Voorwaardelijke toelating / financiering van zorg

### *a. Inleiding*

**Samenwerking  
DBC-O, NZa,  
ZonMw, CVZ**

**Criteria voor  
voorwaardelijke  
toelating**

**Vier onderwerpen  
geselecteerd**

Op dit moment worden binnen het Actieprogramma Zorgvernieuwing de criteria en procedures voor voorwaardelijke toelating tot het basispakket uitgewerkt. Deze zijn op dit moment nog niet klaar voor gebruik; toch wil het CVZ, nu door de minister van VWS voorwaardelijke toelating van zorg mogelijk is gemaakt, in dit Pakketadvies een aantal onderwerpen voorstellen die in aanmerking komen voor voorwaardelijke toelating. Deze onderwerpen zijn geselecteerd en voorbereid door DBC-Onderhoud, ZonMw, NZa en CVZ gezamenlijk. De vier organisaties hebben elk een aantal onderwerpen ingebracht die naar hun mening kansrijk zijn. Op grond van de volgende criteria is vervolgens gezamenlijk een selectie van vier onderwerpen gemaakt:

- grote maatschappelijke impact;
- mogelijk zeer kosten-effectief;
- aanwijzingen voor niet-passend gebruik/bevorderen van passend gebruik;
- er is al voorbereidend werk verricht (bv. een CVZ standpunt, een NZa-prestatiebeschrijving, een ZonMw-subsidietoekenning);
- haalbaar binnen vier jaar.

De achtergrondinformatie is door de verschillende organisaties gezamenlijk samengesteld.

### ***b. Gesuperviseerde looptherapie via ClaudicatioNet, ter behandeling van claudicatio intermittens (CI)***

#### **Achtergrondinformatie**

*Wat is claudicatio intermittens?*

**'Etalagebenen'**

**Cardiovasculaire  
ziekte**

Claudicatio intermittens (CI), ook wel etalagebenen genoemd, is een veel voorkomend symptoom bij perifere arterieel vaatlijden (PAV). Het vaatlijden wordt veroorzaakt door slagaderverkalking. De term etalagebenen slaat op het feit dat mensen met claudicatio intermittens vaak stil moeten staan, vanwege pijn bij het lopen. Voor een etalage in een winkelstraat kan het stilstaan goed gecamoufleerd worden. Patiënten met PAV hebben een sterk verhoogd risico op vroege cardiovasculaire mortaliteit in vergelijking met leeftijdgenoten zonder PAV. De behandeling van claudicatio intermittens conform internationale richtlijnen bestaat uit cardiovasculair risicomanagement en gesuperviseerde looptherapie (GLT). Het doel van de behandeling is het verminderen van cardiovasculaire morbiditeit en mortaliteit en het toenemen van de (pijnvrije) loopcapaciteit en verbetering van kwaliteit van leven.

***Ketenzorg, stepped care***

*Wat is ClaudicatioNet?*

De stichting ClaudicatioNet heeft als doel de zorg voor de patiënt met PAV in ketenzorg te integreren (huisartsen, praktijkondersteuners, vasculair verpleegkundigen, vaatchirurgen en gespecialiseerde fysiotherapeuten), de kwaliteit van de zorg te verhogen en de geboden zorg transparant te maken voor zorgverleners, patiënten en zorgverzekeraars. De bij ClaudicatioNet aangesloten fysiotherapeuten zijn specifiek geschoold en volgen bijscholing voor PAV, het herkennen van alarmsymptomen, en het toepassen van behandelprotocollen voor looptherapie. De praktijken voldoen aan praktischeisen en de fysiotherapeuten registreren en rapporteren behandelresultaten naar verwijzers en de landelijke database. Daarnaast is een interactieve website (Claudicationet.nl) beschikbaar voor patiënten.

***Behandeling van eerste keus wordt niet vergoed***

*Wat is verzekerde zorg voor CI?*

Volgens de (inter-)nationale richtlijnen (CBO-niveau van bewijskracht Ib) wordt claudicatio intermittens behandeld met GLT. Per 01-01-2011 zijn de eerste 20 fysiotherapie behandelingen voor deze indicatie uitgesloten van de basisverzekering. CI komt wel als indicatie voor op de chronische lijst fysiotherapie, deze indicatie kent een beperkte termijn van maximaal 1 jaar.

Alternatieve behandelingen bestaan uit invasieve interventies door interventieradioloog of vaatchirurg. Deze behandelingen vallen onder de medisch specialistische zorg. Vasculaire interventies bestaan tegenwoordig steeds vaker uit een zgn. 'percutane transluminale angioplastiek (PTA), in de volksmond "dotteren" genoemd, al dan niet gecombineerd met het plaatsen van één of meerdere stents. Dit waar tot voor een tiental jaren geleden nog vaak direct werd overgegaan tot een bypass operatie (waarbij omleidingen gemaakt worden).

***Looptraining effectief, niet alleen voor claudicatio***

**Stand van de wetenschap en praktijk**

Door Gardner et al (1995)<sup>57</sup> is een meta-analyse van 21 studies gepubliceerd over de effecten van looptherapie als behandeling voor CI. De conclusie was dat de verandering van loopafstand tot het ontstaan van claudicatio pijnen in de interventiegroep veel lager lag dan bij de controlegroep (is dit begrijpelijker uit te leggen). Watson et al toonden in hun Cochrane review van 22 trials met in totaal 1200 patiënten aan dat looptherapie leidde tot een toename van maximale looptijd van 5.12 minuten of maximale loopafstand van 113 meter.<sup>58</sup> Tevens toonden zij een positief effect aan op cardiovasculaire risicofactoren. Een Cochrane review door Bendermacher et al.

---

<sup>57</sup> Gardner AW, Poehman ET. Exercise rehabilitation programs for the treatment of claudicatio pain. A meta-analysis. JAMA 1995; 274: 975-80.

<sup>58</sup> Watson L, Ellis B, Leng GC. Exercise for intermittent claudication. Cochrane Database Syst Rev 2008: CD000990.

### ***Looptraining in de eigen omgeving***

(2006)<sup>59</sup> rapporteerde over gesuperviseerde oefentherapie versus niet gesuperviseerde oefentherapie voor Cl. Gesuperviseerde oefentherapie gaf statistisch significante en klinisch relevante verbetering van de maximale loopafstand (150 meter op de loopband) vergeleken met niet gesuperviseerde interventies. Tevens concludeerden Bendermacher et al. (2007)<sup>60</sup> dat er een significant verschil is ten gunste van gesuperviseerde t.o.v. zelfstandig uitgevoerde looptherapie t.a.v. motivatie, lifestyle en daarmee de risicofactoren voor PAV. Waar alle literatuur tot dan toe had bestaan uit gesuperviseerde looptherapie vanuit een tweedelijns setting (ziekenhuis, revalidatiekliniek) werd door Kruidenier et al. (2009)<sup>61</sup> beschreven dat "community based" GLT even effectief is als "hospital based" GLT t.a.v. de verbetering van de loopafstand. In 2010 is de Nederlandse EXITPAD studie (ZonMw) van Nicolai et al.<sup>62</sup> gepubliceerd waarin een loopadvies vergeleken werd met GLT en GLT plus dagelijkse feedback van de loopafstand. De conclusies waren de GLT (310 meter) significant ( $p < 0,001$ ) effectiever is dan een loopadvies alleen (110 meter) voor verbetering van de loopafstand. De toevoeging van de dagelijkse feedback leverde geen significante verdere verbetering op.

### ***Looptraining beter dan invasieve interventie***

In een aantal studies is GLT vergeleken met vasculaire interventies. Spronk et al. (2009)<sup>63</sup> concludeerden dat patiënten direct na een interventie weliswaar meer vooruitgang lieten zien dan de groep die GLT kreeg, maar dat dit verschil was verdwenen na 6 en 12 maanden. Ratliff et al. lieten zien dat de effecten van GLT nog zichtbaar zijn na 3 jaar.<sup>64</sup> Mazari

---

<sup>59</sup> Bendermacher BL, Willigendael EM, Tejjink JA, et al. Supervised exercise therapy versus non-supervised exercise therapy for intermittent claudication. Cochrane Database Syst Rev 2006; CD005263.

<sup>60</sup> Bendermacher BL, Willigendael EM, Nicolai SP, et al. Supervised exercise therapy for intermittent claudication in a community-based setting is as effective as clinic-based. J Vasc Surg 2007; 45: 1192-6.

<sup>61</sup> Kruidenier LM, Nicolai SP, Hendriks EJ, et al. Supervised exercise therapy for intermittent claudication in daily practice. J Vasc Surg 2009; 49: 363-70.

<sup>62</sup> Saskia PA, Nicolai SP, et al. Multicenter randomized clinical trial of supervised exercise therapy with or without feedback versus walking advice for intermittent claudication. J Vasc Surg 2010; 52: 348-55.

<sup>63</sup> Spronk S, Bosch JL, den Hoed PT, et al. Intermittent claudication: clinical effectiveness of endovascular revascularization versus supervised hospital-based exercise training – a randomized controlled trial. Radiology 2009; 250: 586-95.

<sup>64</sup> Ratliff DA, Puttick M, Libertiny G, et al. Supervised exercise training for intermittent claudication: lasting benefit at three years. Eur J Vasc Endovasc Surg 2007; 34: 322-6.

<sup>65</sup> Mazari FAK, Gulati S, Rahman MNA, et al. Early outcomes from a randomized controlled trial of supervised exercise, angioplasty and combined therapy in intermittent claudication. Ann Vasc Surg 2010; 24: 69-79.

<sup>66</sup> Murphy TP, Cutlip DE, Regensteiner DJ, et al. Supervised Exercise Versus Primary Stenting for Claudication Resulting From Aortoiliac Peripheral Artery Disease: Six-Month Outcomes From the Claudication: Exercise Versus Endoluminal Revascularization (CLEVER) Study. Circulation 2012; 125: 130-9.

<sup>67</sup> [www.claudicationet.nl](http://www.claudicationet.nl). ClaudicationNet is opgericht door dr. J. Tejjink, vaatchirurg, prof.dr. R. de Bie, hoogleraar fysiotherapie en dr. E. Hendriks, epidemioloog.

<sup>68</sup> Rutgers D, Meijer WT, Hoes AW, et al. Prevalentie van perifere arteriële vaatziekte en claudicatio intermits bij personen van 55 jaar en ouder: het ERGO-onderzoek. Ned Tijdschr Geneesk 1998; 142: 2851-6.

<sup>69</sup> Bron: DBC-gegevens 2008-2009-2010 verstrekt vanuit het DIS.

et al <sup>65</sup> randomiseerden claudicatiepatiënten met lesies in de bovenbeenslagader voor behandeling met alleen PTA, alleen GLT of een combinatie van GLT en PTA. Zij concludeerden dat er geen significant verschil bestond na 1 jaar tussen de drie behandelingen. Wel was de PTA groep geassocieerd met hogere incidentie van reststenoses, waardoor zowel de kosten als de geassocieerde complicaties toenamen. Mazari et al. verwachten lagere kosten in de GLT groep, maar geven aan dat een betere kosteneffectiviteitsanalyse noodzakelijk is. Tevens concluderen zij dat GLT moeilijk toepasbaar is vanwege het gegeven dat de trainingen in het ziekenhuis worden gegeven, iets wat met het ClaudicatioNet concept wordt ondervangen voor de Nederlandse situatie. Recent zijn de resultaten na 6 maanden gepubliceerd uit een Amerikaanse studie, de Clever studie,<sup>66</sup> waaruit eveneens blijkt dat GLT significant meer effect heeft op de loopafstand boven PTA alleen, ook bij mensen met aorto-iliacale afwijkingen.

***Kosten-effectiviteits  
gegevens  
ontbreken***

**Kosten-effectiviteit**

Tot op heden is er weinig onderzoek verricht naar de kosteneffectiviteit van GLT. Er zijn sterke aanwijzingen in de literatuur dat gesuperviseerde loophtherapie kosteneffectiever is dan een vasculaire interventie. Voor een gedegen KE-analyse moet het percentage patiënten wat succesvol reageert op GLT bekend zijn. Op basis van praktijkervaring en de literatuur wordt dit geschat op minstens 50%. De kosten van GLT zijn veel lager dan de kosten van een vasculaire interventie. Indien in meer dan 50% van de gevallen deze ingrepen niet nodig zijn, is dan ook al snel een aanzienlijke besparing op populatieniveau te realiseren.

***Onderhouds-  
behandeling nodig***

GLT (en de daarbij geleverde leefstijl-coaching) levert daarnaast ook positieve effecten op voor andere cardiovasculaire risico's. Vaatlijden is immers een gegeneraliseerde ziekte. De prevalentie van cardiovasculaire ziekte is 62% bij mannen met PAV ten opzichte van 17% in een populatie mannen zonder PAV. Dit betekent dat GLT mogelijk ook invloed heeft op de behandelingen/kosten van deze aandoeningen. Daarnaast heeft GLT effect op beide benen, in tegenstelling tot de vaak unilaterale interventies. Wanneer bij een interventie het slechtste been is behandeld, kan het voorkomen dat de patiënt later retour komt voor het andere been. Verwacht wordt dat dit minder is in de GLT groep, omdat door de training beide benen zullen verbeteren. In een kosteneffectiviteitanalyse moet wel worden meegenomen dat een optimaal GLT traject mogelijk een levenslang vervolg traject nodig heeft, met een geschatte frequentie van 1 behandeling per kwartaal. Hier is echter nog geen wetenschappelijk bewijs voor. Hiertegenover moet een niet onaanzienlijk aantal re-interventies op termijn worden afgezet (zie ook hierboven) met de daarmee geassocieerde mortaliteit en morbiditeit.



<b><i>Kosten-effectiviteit onderzoeken</i></b>	<p><b>Evidence gap</b></p> <p>GLT is voor meer dan de helft van de patiënten minstens even effectief in het verbeteren van de loopafstand bij CI als een interventie (dotteren/bypass chirurgie). GLT heeft bovendien aanzienlijk minder bijwerkingen, minder morbiditeit en minder mortaliteit dan een vasculaire interventie. Tevens is een effect te verwachten van een verbeterde kwaliteit van leven door de aangeboden coaching en toename in fysieke activiteit. Dit kan tot aanzienlijke kostenbesparing leiden. Onbekend is of het landelijk implementeren en vergoeden van gesuperviseerde loophtherapie zoals ClaudicatioNet dit voorstaat ook op populatieniveau effectief is en leidt tot het afnemen van de vraag naar vasculaire interventies.</p>
<b><i>Standaard behandeling: looptraining in de eerste lijn</i></b>	<p><b>Onderzoeksvoorstel</b></p> <p>In het voorgestelde onderzoek wordt GLT (conform de geldende richtlijnen) ingevoerd als eerste keuze behandeling voor alle patiënten met vastgestelde CI. De via de huisarts te includeren patiënten worden in alle gevallen geverifieerd met eenmalige diagnostiek in de tweede lijn (gestandaardiseerde enkel-arm index, duplex onderzoek). De differentiële diagnostiek van CI is breed: in 40 % van de verwijzingen naar de vaatchirurg blijkt er sprake van een andere aandoening waaronder neurologische of orthopedische problematiek. Ten tweede wordt zo onderzocht in hoeverre de CI patiënt volledig in de eerste lijn kan worden gehouden, dan wel met optimale betrokkenheid van de tweede lijn kan worden behandeld.</p>
<b><i>ClaudicatioNet: geïntegreerde zorg en ketenzorg</i></b>	<p>GLT wordt in een aantal regio's gestandaardiseerd uitgevoerd in een erkende CI praktijk (ClaudicatioNet). Dit is een intensieve gestandaardiseerde behandeling van gemiddeld 3 maanden, waarvan 4 weken 3 maal per week, 4 weken tot 3 maanden 2 maal per week (max. 28 contacten). Na afronding van dit intensieve traject zijn herhaalconsulten noodzakelijk, in het eerste jaar 1 tot 2 maal per maand. Gemiddeld gaat dit om 30 contacten. In het onderzoeksvoorstel zijn bovendien langere termijnsherhaalconsulten opgenomen (1 - 4 maal per jaar). (NB patiënten met CI zijn een cardiovasculaire risicopopulatie, gemiddeld is binnen 5 jaar 30% van de patiënten overleden).</p>
	<p>Alle gegevens van deze patiënten worden geregistreerd in een landelijke database. Om de effecten te onderzoeken is langdurige follow-up van alle deelnemende patiënten noodzakelijk. Onderzoek wordt in ieder geval uitgevoerd naar loopafstand, kwaliteit van leven, medicatiecompliance, evenals latere vaatoperaties. Deze onderzoeksgroep wordt vergeleken met de groep personen die 'usual care' ontvangen in Nederland.</p>

### **Betrokkenheid veldpartijen**

Er is de afgelopen periode intensief geïnvesteerd (innovatiefonds ZN) in het ontwikkelen en uitrollen van het concept "ClaudicatioNet".<sup>67</sup> Er is op dit moment een dekkend netwerk voor 30% van Nederland, bestaande uit erkende en opgeleide fysiotherapiepraktijken. Er is al sprake van contractueel vastgelegde bereidheid tot deelname en registratie van de behandeling en de korte en lange termijn resultaten. Draagvlak bij verwijzers, huisartsen en vaatchirurgen moet nog worden versterkt. Dit geldt ook voor de (standaardisatie van de) indicatiestelling. Betrokkenheid van verzekeraars is van belang voor de zorginkoop conform kwaliteitscriteria.

De motivatie om mee te werken is groot, door de pakketmaatregel fysiotherapie wordt nu de negatieve tendens waargenomen dat patiënten eerder kiezen voor invasieve interventies boven GLT, met kostenstijging als gevolg.

### **Kostenraming**

De prevalentie van (asymptotisch) perifere arterieel vaatlijden is 1.6% tot 4.5% in de algemene bevolking en stijgt tot 19.1% in de populatie ouder dan 55 jaar en neemt zelfs toe tot 56% boven de leeftijd van 85 jaar. Het aantal nieuwe gevallen per jaar, bepaald met de enkel-armindex, is in de bevolking ongeveer 10 per 1000 personen ouder dan 40 jaar.<sup>68</sup> De totale kosten voor perifere vaatlijden zijn 3,94 miljard euro en dit zal met de toenemende vergrijzing toe gaan nemen. In totaal hebben in de jaren 2008, 2009 en 2010 gemiddeld 8400 nieuwe patiënten per jaar vaatinterventies ondergaan op basis van de indicatie CI. De gemiddelde kosten zijn 7000-8000 euro per interventie. Per jaar is dit 58-66 miljard euro (op basis van de gemiddelde aantallen patiënten in 2007-2010 en met het kostenniveau van 2011).<sup>69</sup>

Landelijke introductie van GLT heeft tot gevolg dat in minimaal 50% van deze patiëntengroep geen vaatinterventie meer nodig is. Dit levert een besparing op van 29-33 miljard euro. De introductie van GLT in de basisverzekering (vanaf de eerste behandeling) zou bij invoering in 2013 20 behandelingen per patiënte kosten (de overige, vervolgbehandelingen zijn nu al verzekerde zorg). In totaal komen per jaar 24.400 nieuwe patiënten hiervoor in aanmerking. De kosten hiervan bedragen 14.6 miljard euro. Door de invoering van deze vorm van stepped care behandeling is een jaarlijkse macro-kostenbesparing van 15-18 miljard haalbaar.

### **Prestatiebeschrijving**

Voor de fysiotherapie is het beschikbaar maken van een herkenbare verrichting i.s.m. de NZa mogelijk binnen de categorie vrije prestaties fysiotherapie. Hiermee wordt het mogelijk om in de periode van voorwaardelijke toelating de uitvoering te monitoren.

*Toelating tot het basispakket leidt tot netto kostenbesparing*

### ***c. Ketenzorg voor kinderen met overgewicht of obesitas: gecombineerde leefstijlinterventie inclusief gezins-/systeemaanpak***

#### **Achtergrondinformatie**

***Veel kinderen zijn te dik***

Overgewicht en obesitas bij kinderen vormt een groot maatschappelijk probleem: de prevalentie is hoog en nog steeds groeiend. De kans op diabetes mellitus type 2, cardiovasculaire aandoeningen en psychosociale problematiek is sterk verhoogd en behandeling is vaak moeizaam. Duidelijk is in ieder geval dat behandeling langdurig voortgezet moet worden en dat het systeem waar het kind deel van uitmaakt (meestal het gezin) daarbij betrokken moet worden. Pijler van de behandeling is een gecombineerde leefstijlinterventie incl. gezins-/systeem aanpak. Er is echter nog onduidelijkheid over de optimale aanpak; het aanbod schiet in de praktijk te kort; de keten is onvoldoende georganiseerd

***Kind + systeem behandelen***

De interventie is bedoeld voor kinderen met overgewicht of obesitas (tot 18 jaar). De gecombineerde leefstijlinterventie is gericht op het verwerven en behouden van gezond gedrag. De interventie omvat drie componenten:

- advies/begeleiding bij voeding/eetgewoontes;
- advies/begeleiding bij bewegen;
- ondersteuning bij gedragsverandering.

De gezins-/systeemaanpak houdt in dat het gezin/systeem, met name de ouders/verzorgers, participeert in de behandeling van het kind.

***CBO-richtlijn***

Bij de indicatiestelling is de beschrijving van het gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico in het Addendum voor kinderen bij de CBO-richtlijn 'Diagnostiek en behandeling van obesitas bij volwassenen en kinderen' voor het CVZ leidend. Dit betekent dat de GLI inclusief gezins-/systeemaanpak wordt ingezet vanaf een matig verhoogd gewichtsgerelateerd gezondheidsrisico (GGR).

***Gewichts-gerelateerd gezondheidsrisico is standaardmaat***

Bij de behandeling van kinderen met overgewicht of obesitas is het belangrijk dat de behandeling zich niet alleen richt op het kind, maar dat het hele gezin/systeem rond het kind, met name de ouders/verzorgers, participeert. Voor (gezond) gedrag is een kind immers voor een groot deel afhankelijk van de 'ouders'. Deze moeten het verwerven en behouden van het gezonde gedrag van het kind ondersteunen en zich bewust worden van hun taak als rolmodel.

***Verzekerde zorg, maar wordt het ook geleverd?***

Bij de behandeling van kinderen met overgewicht of obesitas spelen thans twee zaken die een effectieve behandeling (op lange termijn) belemmeren:

- de systeem-/gezinsaanpak binnen de gecombineerde leefstijlinterventie voor kinderen heeft nog onvoldoende vorm gekregen vooral binnen de extramurale eerste- en

**Interventie  
optimaliseren:  
kosten-effectiviteit**

- tweedelijnszorg. Dit onderdeel bepaalt mede de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie als behandeling (voor kinderen). Het CVZ bereidt nu een standpunt voor, waarin het aangeeft in hoeverre deze systeem-/gezinsaanpak onder de basisverzekering valt;
- De ketenzorg voor deze kinderen is nog onvoldoende georganiseerd. Een adequate aansluiting tussen de (nulde), eerste, tweede, derde lijn ontbreekt. De organisatie van de keten bepaalt voor een groot deel de (kosten)effectiviteit van de behandeling op lange termijn. Het doel is tweeledig. Ten eerste, zoveel mogelijk kinderen moeten adequaat (preventief) behandeld kunnen worden binnen de eerste lijn. Ten tweede, het kind moet, wanneer behandeling in tweede of derde lijn noodzakelijk is aansluitend adequate poliklinische zorg kunnen krijgen, en bij voorkeur terugkeren in de eerste lijn. Als deze aansluiting ontbreekt, zal de (kosten)effectiviteit van de behandeling op lange termijn moeilijk te bestendigen zijn. Hierbij spelen een aantal zaken een rol: onduidelijkheid over de vergoeding onder de basisverzekering en gebrek aan uitvoeringservaring (ontbreken best practices). De onduidelijkheden over de vergoeding zal het CVZ proberen weg te nemen in het standpunt dat het nu voorbereidt. De uitvoeringservaring moet gestalte krijgen in de proefregio's/proeftuinen die het PON in alliantie met andere partijen voorbereidt.

**Wat is optimale  
vormgeving van de  
zorg?**

**GLI inclusief  
systeem**

**Stand van de wetenschap en praktijk**

In 2009 heeft het CVZ de gecombineerde leefstijlinterventie beoordeeld en geconstateerd dat deze interventie effectief is om gewichtsverlies te bewerkstelligen bij overgewicht en obesitas. Lange-termijntuitkomsten rond morbiditeit en mortaliteit zijn niet beschikbaar. Het is ook erg onwaarschijnlijk dat deze ooit beschikbaar zullen komen. Het CVZ heeft bij zijn beoordeling van de effectiviteit dan ook genoeg genomen met de intermediaire uitkomstmaat gewichtsverlies.<sup>70</sup> Voor kinderen geldt dit ook. In 2009 is ook al aangegeven dat de effectiviteit van de GLI op lange termijn afhankelijk is van de betrokkenheid van de ouders/verzorgers bij het ondersteunen van het gezonde gedrag van het kind.

**Vormgeving**

Over het belang van de begeleiding van en door de ouders bestaat er eensgezindheid in literatuur en praktijk. Daarbij gaat het om kinderen met alle gradaties van overgewicht en obesitas, dus niet alleen kinderen met morbide obesitas. Een belangrijke vraag is hoe deze gezins-/systeemaanpak optimaal ingezet kan worden in de praktijk. De literatuur geeft voorbeelden van effectieve gezinsbegeleiding ter ondersteuning van de behandeling van de kinderen. Voor de

---

<sup>70</sup> CVZ. Preventie bij overgewicht en obesitas : de gecombineerde leefstijlinterventie. Diemen, 2009; Publicatienr. 271. Beschikbaar via [www.cvz.nl](http://www.cvz.nl)

inhoud van deze begeleiding worden uiteenlopende termen gebruikt: family-based behavioral treatment, motivational interviewing, het aanleren van 'general parenting skills'. Hoe de begeleiding er precies moet uitzien, valt echter niet aan deze literatuur te ontleen. In een overzichtsartikel van Nowicka (2008)<sup>71</sup> wordt dan ook geconcludeerd, dat de deelname van 'het gezin' aan het behandelprogramma profijt blijkt af te werpen, maar dat nog meer inzicht nodig is in welke specifieke technieken bijdragen aan de effectiviteit. Dit inzicht moet bijdragen aan een optimale vertaling van de effectiviteit die is vastgesteld in studieverband vertaald naar de praktijk van het zorgaanbod.

### **Kosteneffectiviteit**

Ook de vraag naar de kosteneffectiviteit speelt op twee niveaus:

- vormgeving gecombineerde leefstijlinterventie, vooral het onderdeel systeem-/gezinsaanpak;
- organisatie van de ketenzorg bij kinderen met overgewicht/obesitas.

### ***Ketenzorg realiseren***

Zoals aangegeven onder 3. is het geen vraag meer of de gezins-/systeemaanpak bijdraagt aan de effectiviteit van de gecombineerde leefstijlinterventie. De voorbeelden uit de literatuur geven aan dat met de betrokkenheid van de ouders een groter gewichtsverlies bij het kind bereikt kan worden, dan zonder deze betrokkenheid. De wijze waarop de ouders participeren en de wijze waarop zij benaderd worden, lopen echter uiteen in de voorbeelden. Uit de literatuur rijst nog geen eenduidig beeld op voor de vormgeving van de gezins-/systeemaanpak. Onderzoek in opdracht van het ministerie van VWS wijst in de richting van een 'obesitascoach' die het gezin begeleidt.<sup>72</sup> Ook dit onderzoek identificeert echter nog een aantal vragen, bijvoorbeeld rond de competenties van de coach. Daarbij speelt ook dat een effectieve aanpak mede afhankelijk is van kenmerken van het gezin/systeem waaruit het kind afkomstig is (sociaaleconomische status; opleidingsniveau; additionele sociale of financiële problematiek) Dit betekent dat er nog geen eensgezindheid bestaat over de meest kosteneffectieve vormgeving van de GLI inclusief gezins-/systeemaanpak voor kinderen, ook al staat de effectiviteit vast.

### ***Kenmerken gezin bepalen mede succes***

Tegelijkertijd moet de aansluiting tussen de verschillende schakels van de keten verbeteren om effectiviteit en

---

<sup>71</sup> Nowicka P, Flodmark, C. Family in pediatric obesity management : a literature review. Int JPediatr Obes 2008; 3: 44-50.

<sup>72</sup> Halberstadt J, Stevens B, Seidell JC. De obesitascoach : hulp voor obese kinderen en hun gezin. 2011. In voorbereiding.

<sup>73</sup> In Amsterdam-West zijn de voorbereidingen voor deze proeftuin reeds gestart. Deelnemende partijen hierbij zijn: JOGG/MEND, GGD Amsterdam, Academische Werkplaats JGZ Noord-Holland, Slotervaartziekenhuis, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, Agis/Achmea. De coördinator van de voorbereidingen is het Partnerschap Overgewicht Nederland.

kosteneffectiviteit op de lange termijn te waarborgen.

**Grotere doelgroep** De GLI wordt ingezet vanaf een matig verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico. De volgende categorie is het sterk verhoogde GGR. Bij een extreem verhoogd GGR wordt een intensieve GLI (GLI+) ingezet. Procentueel en getalsmatig is de verdeling over de categorieën als volgt (bij benadering):

- matig verhoogd GGR : ca. 7% - ca. 70.000 kinderen
- sterk verhoogd GGR : ca. 3% - ca. 30.000 kinderen
- extreem verhoogd GGR : < 1% - < 10.000 kinderen.

De totale doelgroep omvat ca. 110.000 kinderen. Het CVZ wil bevorderen dat de GLI inclusief gezins-/systeemaanpak op een beheerste wijze geïntroduceerd wordt, zodat nagegaan kan worden hoe deze interventie optimaal vormgegeven kan worden. Doel is een zo hoog mogelijke effectiviteit tegen zo laag mogelijke kosten. De voorwaarden voor een optimale vormgeving zijn idealiter zo helder, dat zij als handvatten kunnen dienen voor de zorginkoop door de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar moet immers de zorg organiseren voor zijn verzekerden.

**Verschuiving van tweede lijn naar eerste lijn?**

#### **Evidence gap**

Inhoudelijk bestaat er consensus dat een gecombineerd leefstijlinterventie voor kinderen vergezeld moet gaan van een gezins-/systeemaanpak om ook de 'ouders' te betrekken bij het verwerven en behouden van het gezonde gedrag (van het kind). Er zijn nog vragen over de optimale vormgeving en daarmee over de kosteneffectiviteit van de totale interventie. Daarnaast zijn er nog vragen over de optimale, kosten-effectieve vormgeving van de keten.

#### **Onderzoeksvoorstel**

Praktijkinitiatieven vergelijken via onderzoek

Het doel is: gezondere kinderen en kosteneffectievere interventies.

**Proeftuinen**

Proeftuinen waarbij sprake is van een publiek-private samenwerking moeten de informatie opleveren om te komen tot een kosteneffectieve behandeling van kinderen met overgewicht of obesitas. Belangrijk element is het realiseren van een goede aansluiting tussen (nulde-), eerste-, tweede- en derdelijnszorg. Belangrijkste doel: zoveel mogelijk kinderen in de eerste lijn behandelen. Mochten zij in de tweede of derde lijn belanden dan moet dit zo kort mogelijk zijn en 'terugkeer' naar tweede resp. eerste (en nulde) lijn mogelijk zijn.

**Aanbod van effectieve zorg verbeteren**

Het gaat om een multidisciplinaire aanpak met stepped care voor alle fasen: signalering, diagnostiek, behandeling, onderhoud en begeleiding.

<b>PON, ziekenhuizen, zorgverzekeraars</b>	<p>Een op dit moment lopend project is <b>Proeftuin A</b>:          Naam: proeftuin ketenzorg ernstige kinderoberitas          Doelgroep: kinderen (13 t/m 18 jaar) met een extreem verhoogd GGR          Aantal deelnemende gezinnen: 10          Regio's: Amsterdam/Amstelveen/Hilversum          Deelnemende partijen: Slotervaartziekenhuis, Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, Sint Lucas Andreas Ziekenhuis, BovenIJ Ziekenhuis, Ziekenhuis Amstelland, behandelcentrum Heideheuvel, Agis/Achmea          Coördinatie: Partnerschap Overgewicht Nederland          Status: voorbereidende fase          Looptijd: 2 jaar (december 2011 – december 2013)          Onderzoek: procesevaluatie door VU Universiteit          Financiering onderzoek: ZonMw via onderzoeksproject HELIOS          Relatie met onderzoek in kader voorwaardelijke financiering: deze proeftuin (A) kan dienen als een pilotproject wat betreft kinderen met een extreem verhoogd GGR voor proeftuin B.</p>
<b>Proeftuin A</b>	
<b>Proeftuin B</b>	<p>Het volgende project is beoogd: <b>proeftuin B</b>          Naam: proeftuin ketenzorg kinderen met een licht, matig, sterk of extreem verhoogd gewichtsgelateerd gezondheidsrisico          Doelgroep: kinderen (0 t/m 18 jaar) met een licht, matig, sterk of extreem verhoogd GGR          Aantal deelnemende gezinnen: ##          Regio's: Amsterdam-West<sup>73</sup>, Zwolle, Den Bosch          Deelnemende partijen: JOGG/MEND, Oe lijn (GGD/JGZ), 1e lijn (huisartsen), 2e lijn (kinderartsen), 3e lijn (Heideheuvel of vergelijkbare aanbieders), verzekeraars          Coördinatie: Alliantie van Partnerschap Overgewicht Nederland, Nederlandse Diabetes Federatie, Platform Vitale Vaten          Status: nog niet gestart          Looptijd: 5 jaar (januari 2013 – december 2017)          Onderzoek: kosteneffectiviteitsstudie door VU Universiteit          Financiering onderzoek wat betreft de kinderen met een sterk of extreem verhoogd GGR: ZonMw op aanwijzing van VWS na advies CVZ over voorwaardelijke financiering.</p>
<b>Verschuiving tweede/derde lijn naar eerste lijn</b>	<p><b>Kosteneffectiviteit</b>          Kinderen met obesitas worden momenteel in Nederland meestal behandeld in de tweede lijn en in het geval van een extreem verhoogd GGR vindt ook behandeling in de derde lijn plaats. Dit betreft kostbare vormen van zorg die enkele duizenden (tweede lijn) tot tienduizenden (derde lijn) euro's per jaar kosten. Passende zorg in de nulde of eerste lijn ontbreekt veelal.          In de proeftuinen zal worden gewerkt op basis van de uitgangspunten van de Zorgstandaard Obesitas en het addendum voor ernstig obese kinderen. De behandeling vindt plaats volgens het stepped care principe: in de minst kostbare</p>

**Keten organiseren om** setting, gegeven de ernst van de aandoening. Pas als die onvoldoende effectief blijkt, wordt vervolgens gekozen voor een ingrijpender of intensievere behandelingsvorm. Een deel van de zorg die nu in de dure tweede en derde lijn plaatsvindt, wordt hierbij vervangen door goedkopere zorg in de nulde en eerste lijn (enkele honderden euro's per jaar). Hiermee wordt de zorg voor obese kinderen en het gezin goedkoper en toegankelijker, terwijl deze (zo is de verwachting) effectief is, ook op de langere termijn. Bovendien ontstaat op deze manier een sluitende zorgketen, waarbij ook is voorzien in een vervolg op de behandeling (de onderhoudsfase) en de begeleiding op de lange termijn.

**verzekerde zorg kosteneffectief aan te bieden** Het gaat hier om verzekerde zorg (leefstijlinterventie in de eerste lijn), die echter in onvoldoende mate wordt aangeboden. Er is dus geen sprake van een pakketuitbreiding. Door middel van voorwaardelijke financiering willen partijen bevorderen dat goed in kaart wordt gebracht wat de meest effectieve en kosten-effectieve vorm is waarin deze zorg kan worden geboden. Als hierover meer gegevens beschikbaar zijn kan deze standaard landelijk worden geïmplementeerd. De verwachting is dat succesvolle implementatie zeer kosten-effectief zal zijn (grotere effectiviteit, minder verwijzingen naar tweede en derde lijn).

#### **Betrokkenheid van partijen**

Zoals blijkt uit de proeftuingegevens, zijn professionals, lokale overheden, zorgverzekeraars en het Partnerschap Overgewicht Nederland bij deze initiatieven betrokken. De proefregio's/ tuinen komen tot stand via een alliantie tussen het PON, de Nederlandse Diabetes Federatie en het Platform Vitale Vaten.

#### **Kostenraming**

**Macrokosten: daling - verhoging?** Uitgangspunt is dat de beschreven zorg nu al binnen de basisverzekering valt. In dat opzicht zullen er geen additionele kosten zijn. Een prijs voor de eerstelijns-gecombineerde leefstijlinterventie is niet bekend; deze zal ongetwijfeld lager zijn dan de prijs van de tweede-/derdelijnszorg. Bij een verschuiving van de tweede (derde) lijn, zal er dus een kostendaling optreden. Ook het aantal behandelde kinderen in de tweede (derde) lijn moet dalen. Het volume moet dus eveneens een kostendaling bewerkstelligen. De zorg wordt nu nog niet altijd en overal aangeboden. Het volume van het totale aantal behandelde kinderen kan dan ook uiteindelijk verhoging van de macrokosten met zich meebrengen. De omvang hiervan is lastig te becijferen.



## ***d. Percutane renale denervatie bij therapieresistente hypertensie***

### **Achtergrondinformatie**

***Hoge bloeddruk komt veel voor***

Hypertensie is een veel voorkomende aandoening die gepaard gaat met een sterk verhoogd risico op hart- en vaatziekten. Geschat wordt dat in de westerse wereld 30 – 40 % van de volwassen bevolking een te hoge bloeddruk heeft. Meestal kan geen specifieke oorzaak worden gevonden. Vergroting van het bloedvolume in combinatie met vasoconstrictie door een verhoogd angiotensinegehalte en/of verhoogde activiteit van het sympatisch zenuwstelsel spelen hierbij een rol.

***Medicamenteuze behandeling faalt vaak***

De huidige behandeling is gebaseerd op aanpassing van de leefstijl (zoutgebruik aanpassen, alcoholconsumptie aanpassen, gewichtsreductie) en geneesmiddelen die van invloed zijn op bovengenoemde factoren. Deze behandeling dient levenslang te worden voortgezet. Als de bloeddruk daalt door deze behandeling neemt het risico op hart- en vaatziekten met 50% af.

Bij een aanzienlijk aantal patiënten (naar schatting ongeveer 20-30 %) daalt de bloeddruk ondanks deze maatregelen niet of niet voldoende. Men spreekt dan van therapieresistentie. Vaak ligt een gebrekkige therapietrouw hieraan ten grondslag. Behandeling en leefstijlaanpassing dienen in principe levenslang te worden volgehouden.

***Renale denervatie***

Percutane renale denervatie is een nieuwe behandelmogelijkheid. Het betreft een eenmalige ingreep waarbij de sympatische zenuwen rondom de nierslagaders worden onderbroken en waarmee de rol van deze zenuwen op de bloeddrukverhoging wordt uitgeschakeld. Bij deze ingreep wordt via de liesslagader een catheter ingebracht en opgeschoven naar beide nierarteriën, waar door middel van radiofrequente ablatie de zenuwbanen tussen de nierarteriën en het centrale zenuwstelsel worden onderbroken.

***Veelbelovend, onderzoek nodig***

Uit meerdere studies komt naar voren dat deze ingreep, die gebaseerd is op de pathofysiologie van hypertensie, veelbelovend is. De ingreep lijkt veilig, bijwerkingen zijn vergelijkbaar met die van ander angiografische ingrepen. Echter er dient meer kennis over de effectiviteit, ook op langere termijn, te worden verzameld. Eerste studies wijzen uit dat door toevoeging van deze interventie een normale bloeddruk kan worden bereikt en dat in een aantal gevallen daarbij de medicatie kan worden verminderd. Of effecten op langere termijn blijvend zijn, dan wel ongewenste neveneffecten optreden is nog onvoldoende bekend.

### **Stand van de wetenschap en praktijk**

In een eerder rapport van het CVZ (juni 2011) is aangegeven dat de effectiviteit van de renale denervatie, hoewel veelbelovend, nog onvoldoende is bewezen. Deze behandeling

***Lange termijn  
gegevens  
ontbreken***

maakt derhalve nog geen deel uit van het verzekerde pakket. Er is één RCT gepubliceerd met een relatief korte follow-up van 6 maanden. De bloeddruk daalde in de groep patiënten die renale denervatie onderging significant, met gemiddeld 32/12 mmHg. Ook kon de antihypertensieve medicatie bij 20 % van deze patiënten worden verminderd.

In de studieperiode traden geen ernstige complicaties op. De groepsgrootte was 106.

Conclusies van het rapport uit 2011:

- de renale denervatietechniek is betrekkelijk eenvoudig en veilig toepasbaar, maar kostbaar (€ 3700 per katheter voor eenmalig gebruik);
- renale denervatie lijkt, zeker op korte termijn, tot bloeddrukdaling te leiden;
- de verwachting is dat bij het merendeel van de patiënten daarnaast anti-hypertensiva noodzakelijk blijven;
- over de effectiviteit op langere termijn (langer dan 2 jaar) zijn nog onvoldoende gegevens beschikbaar;
- over de ongewenste neveneffecten op langere termijn (langer dan 2 jaar) zijn nog onvoldoende gegevens beschikbaar.

***Interventie lijkt  
kosten-effectief***

**Kosteneffectiviteit**

De interventie is mogelijk zeer kosten-effectief: de interventie zelf is eenmalig, en uit de eerste resultaten van studies blijkt dat een aanzienlijke reductie van de bloeddruk kan worden bereikt, alsmede een afname van het medicatiegebruik. Dat betekent dat de huidige behandeling, die niet of nauwelijks effectief is (het gaat om 'therapieresistente' hypertensie) in een groot deel van de patiënten wel effectief wordt. Dat leidt tot termijn tot aanzienlijke gezondheidswinst. Een kosteneffectiviteitsanalyse is nog niet uitgevoerd maar een voorstel hiertoe is ingediend bij ZonMw (zie hieronder). Een ruwe schatting (Juliuscentrum UMC Utrecht) levert het volgende op, uitgaande van de 10-jaarskans op het krijgen van een hart-vaatziekte van 23.3%, een risicoreductie door de behandeling van 50%, de kosten van renale denervatie van € 4000 en de kosten van hart-vaatziekte van € 20.000. Zonder rekening te houden met evt. complicaties en uitgaande van een gelijkblijvend medicatiegebruik is er voor de populatie tussen 40 en 70 jaar altijd sprake van gezondheidswinst en vrijwel altijd sprake van kosten-effectiviteit.

***Effectiviteit op  
lange termijn nog  
niet bekend***

**Evidence gap**

De belangrijkste kennislacunes hebben betrekking op de effecten op de langere termijn, waarbij, naast goede bloeddrukmonitoring ook klinische uitkomstmaten onderzocht zouden moeten worden.

- Of effecten op langere termijn blijvend zijn is nog niet bekend.
- Naast het bereiken van een gezonde bloeddruk (bij ongeveer 40 %), kon bij 20 % van de patiënten ook

medicatie worden verminderd. Of en in welke mate deze effecten op langere termijn beklijven is nog niet onderzocht.

- Complicaties lijken voornamelijk niet anders dan die bij andere vormen van angiografie.
- Over ongewenste neveneffecten, met name op langere termijn, is nog onvoldoende bekend.
- De interventie lijkt kosten-effectief, maar dit is nog niet aangetoond.

#### **NICE guidance**

In januari 2012 heeft NICE een guidance gepubliceerd over dit onderwerp. NICE concludeert dat er nog onvoldoende bewijs is voor effectiviteit en veiligheid op de lange termijn en beveelt monitoring van uitgevoerde procedures en verder onderzoek aan.<sup>74</sup>

#### **ZonMw-onderzoek**

##### **Onderzoeksvoorstel**

Bij ZonMw is binnen het programma Doelmatigheidsonderzoek een onderzoeksvoorstel ingediend met de volgende doelstellingen:

- vaststellen van het antihypertensieve effect van een eenmalige renale denervatie toegevoegd aan gebruikelijke zorg in patiënten met onvoldoende gecontroleerde hypertensie, in vergelijking met uitsluitend gebruikelijke zorg.
- vaststellen van factoren die geassocieerd zijn met een goede respons op de behandeling.
- kosten-effectiviteitsanalyse.

#### **RCT**

Het gaat om een prospectieve gerandomiseerde studie bij 300 patiënten. De studieopzet betreft patiënten met een systolische bloeddruk van > 160 mmHg ondanks twee of meer antihypertensiva; men voorziet een geleidelijke uitbreiding naar patiënten met een systolische bloeddruk van > 140 mmHg ondanks twee of meer antihypertensiva.

Het voorstel is door ZonMw als goed beoordeeld. Echter de kosten van de behandeling worden op dit moment niet vergoed, waardoor nog niet zeker is of de studie doorgang kan vinden. Indien deze interventie voorwaardelijk wordt toegelaten tot het pakket kan de studie worden uitgevoerd en bovendien worden uitgebreid tot een groter aantal deelnemers, een langere follow-up en zo mogelijk harde uitkomstmaten (morbiditeit als harde uitkomstmaat, in aanvulling op de bloeddruk als intermediaire uitkomstmaat).

##### **Betrokkenheid veldpartijen**

De verschillende beroepsgroepen beschouwen dit als een veelbelovende interventie. De ZonMw-aanvraag is ingediend

---

<sup>74</sup> NICE. Percutaneous transluminal radiofrequency sympathetic denervation of the renal artery for resistant hypertension

Interventional procedure guidance no. 418. 2012.

**Zorgaanbod  
reguleren en  
koppelen aan  
onderzoek**

door een samenwerkingsverband van cardiologen, internisten en interventieradiologen.

**Kostenraming**

Er zijn aanwijzingen dat de interventie op dit moment al in Nederland wordt uitgevoerd en (ten onrechte) vergoed. Dit is in het huidige stelsel mogelijk door gebruik van onjuiste 'alsof' zorgactiviteiten bij de declaratie. Ook schort het aan de controle door zorgverzekeraars. Eén en ander betekent dat de kosten nu ten onrechte ten laste komen van de basisverzekering en dat er geen voorwaarde aan de uitvoering van de zorg, namelijk het doen van onderzoek, is verbonden. Eén van de nevendoelen van het voorstel voor voorwaardelijke toelating is dan ook om deze zorg beheerst, dat wil zeggen gecontroleerd én gekoppeld aan onderzoek, te introduceren.

De kosten van de interventie zijn ca. € 4000. Ervan uitgaande dat de interventie alleen wordt toegepast bij patiënten die deelnemen aan het beoogde onderzoek, betreft dit maximaal ca. 600 interventies. De opbrengst is, uitgaande van de nu bekende gegevens uit de literatuur, een reductie in medicatie bij 20% van de patiënten en een reductie van de bloeddruk tot normaal bij 40% van de patiënten. Vooral dit laatste betekent een aanzienlijke gezondheidswinst, nl het minder voorkomen van hart- en vaatziekten.

Samenvattend is met voorwaardelijke toelating van deze zorg dus een kostenstijging op de korte termijn, maar een besparing op de langere termijn voorzien.

**Prestatiebeschrijving**

In het afgelopen jaar heeft DBC-Onderhoud een aparte zorgactiviteit gemaakt voor deze interventie. Deze is daarmee identificeerbaar geworden, zodat registratie, monitoring en controle mogelijk wordt.

**e. Intra-arteriële thrombolysie bij herseninfarct**

**CVA**

**Intra-arteriële  
behandeling**

**Achtergrondinformatie**

Jaarlijks worden 22.000 patiënten met een acute afsluiting van één van de hersenvaten in het ziekenhuis opgenomen. Bij een acuut herseninfarct is intraveneuze thrombolysie (IVT) de voorkeursbehandeling (CBO-richtlijn 2008). Als IVT niet tot de mogelijkheden behoort of niet heeft geleid tot een verbetering is intra-arteriële thrombolysie (IAT) een mogelijk alternatief. Bij deze behandeling wordt er via een punctie in de liesslagader een microcatheter ter plaatse van de afsluitende thrombus (bloedprop) gebracht, waardoor het thrombolyticum lokaal kan worden toegediend. Bij IAT kan worden volstaan met een lagere dosering dan bij IVT, waarbij het middel door het hele lichaam circuleert. Voor IAT behandeling komt een specifieke groep patiënten in aanmerking. Het gaat om patiënten die:

**Beperkte indicaties**

- te laat zijn voor de standaardbehandeling IVT volgens de geldende richtlijn, maar bij wie nog wel binnen zes uur IAT

kan worden verricht (tussen 4.5 en 6 uur na ontstaan klachten).

- niet voldoende gereageerd hebben op IVT.
- een contra-indicatie hebben voor IVT.
- een afsluiting hebben van de a. basilaris. Bij deze lokalisatie is de mortaliteit onbehandeld ca. 90%, na IVT 50%.

Bij de patiënten die niet in aanmerking komen voor IVT bestaat de standaardbehandeling nu uit intensieve verpleging voorkomen van complicaties. Bloedplaatjesaggregatieremmers (bv. aspirine) en orale anticoagulantia hebben slechts een rol bij het voorkomen van nieuwe herseninfarcten.

**Lange termijn schade neemt af**

Doordat IVT een positief effect heeft op het uiteindelijke niveau van functioneren, leidt dit tot minder of kortere opnames in revalidatie- of verpleeghuizen. Dit leidt tot grote besparingen. Het is de verwachting dat dit ook zal gelden voor de IAT-behandeling.

**Effectiviteit en veiligheid nog onvoldoende aangetoond**

#### **De stand van de wetenschap en praktijk**

IAT is bij DBC-onderhoud ingediend als innovatie-aanvraag met de vraag of deze zorg kan worden opgenomen in de DBC-systematiek. De medisch-wetenschappelijke adviesraad van DBO-Onderhoud (MWAR) is van mening dat effectiviteit en veiligheid nog onvoldoende vaststaan, maar dat deze innovatie wel een steun in de rug verdient omdat er gezondheidswinst te verwachten valt.

Het CVZ heeft beoordeeld of deze interventie voldoet aan het wettelijke criterium 'de stand van de wetenschap en praktijk'.

Het oordeel hierover is negatief, en de interventie maakt daarom nog geen deel uit van de basisverzekering. De belangrijkste reden is dat de kwaliteit van het beschikbare bewijs tekort schiet (er zijn geen gerandomiseerde studies).

#### **Kosten-effectiviteit**

Er is voor zover bekend geen kosten-effectiviteitsanalyse gepubliceerd. De verwachte positieve effecten van IAT leiden, naast meer gezondheidswinst voor de patiënt, ook tot minder of korter opnames in verpleeg- of revalidatie centra. Dit betekent dat de investering die binnen de Zorgverzekeringswet nodig is, zich ook zal terugverdienen in de AWBZ. In het onderdeel kostenraming wordt hierop in detail in gegaan.

#### **Evidence gap**

Er ontbreekt gerandomiseerd onderzoek waarin IAT wordt vergeleken met usual care wat betreft korte- en langere termijnsuitkomsten. Ook is er nog onzekerheid over de veiligheid van de interventie.

**Geen gerandomiseerde studies**

Er is geen schatting van de kosten-effectiviteit beschikbaar.

<i>Nederlands onderzoek</i>	<p><b>Onderzoek</b></p> <p>In 2011 is in Nederland de MRCLEAN studie gestart: Multicenter Randomized Clinical trial of Endovascular treatment for Acute ischemic stroke in the Netherlands. In deze studie wordt IAT vergeleken met de gebruikelijke behandeling zoals weergegeven in de landelijke richtlijn. De primaire uitkomstmaat is de neurologische score na 90 dagen, secundaire uitkomstmaten zijn de neurologische score na 24 uur, de doorgankelijkheid van het bloedvat, de infarctgrootte en het optreden van complicaties. Er worden ca. 500 patiënten geïncludeerd.</p>
<i>Zorgkosten echter niet gedekt</i>	<p>Dit onderzoek wordt gefinancierd door o.a de Hartstichting. De kosten van de zorg die geleverd wordt in het onderzoek (de IAT) worden echter niet gefinancierd. Dit levert belemmeringen op voor een goede uitvoering van deze studie.</p>
<i>Investering levert veel op</i>	<p><b>Kostenraming</b></p> <p>De zorg na beroerte werd in 2005 geraamd op &gt; € 1500 milj (binnen de top 10 van duurste aandoeningen). Van deze zorgkosten wordt 29% uitgegeven aan ziekenhuiszorg.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• In de huidige situatie worden jaarlijks 2000 IVTs en 0 IATs uitgevoerd. Totale kosten inclusief begrote AWBZ kosten zijn € 204 milj.</li> <li>• In de situatie waarbij IAT voorwaardelijk wordt vergoed worden de totale kosten van IVT en IAT en de verwachte afname van AWBZ kosten gezamenlijk €140 milj.</li> </ul>

Hierna volgt de berekening in detail:

		<b>totaal aantal pt</b>	<b>kostprijs</b>	<b>dagen</b>	<b>omzet</b>
<b>huidige situatie</b>					
aantal opnames ivm infarct per jaar		22.000			
vaatgebied a. basilaris		600			
Intra veneuze trombolyse		2000			
DBC neurologie			€ 4.644		€ 9.288.000
DBC radiologie			€ 1.367		€ 2.734.000
totaal behandeling ZVW			€ 6.011		€ 12.022.000
Intra arteriele trombolyse		0			
naar huis (60%)	0,6	13200			
naar verpleeghuis (15%)	0,15	3300	€ 189	170	€ 106.107.540
naar revalidatiecentrum (8%)	0,08	1760	€ 189	170	€ 56.590.688
overlijden (17%)	0,17	3740			
	1				
na 6 mnd in verpleeghuis	0,08	264	€ 600	170	€ 26.928.000
na 6 mnd revalidatiecentrum	0,013	23	€ 600	170	€ 2.333.760
totaal behandeling AWBZ					€ 191.959.988
totaal behandeling ZVW+AWBZ					€ 203.981.988

<b>toekomstige situatie scenario1</b>		<b>totaal aantal</b>	<b>kostprijs</b>	<b>dagen</b>	<b>omzet</b>
aantal opnames per jaar		22.000			
vaatgebied a. basilaris		600			
Intra veneuze trombolyse		2000			
DBC neurologie			€ 4.644		€ 9.288.000
DBC radiologie			€ 1.367		€ 2.734.000
Intra arteriele trombolyse		600	€ 15.000		€ 9.000.000
totaal behandeling ZVW			€ 21.011		€ 21.022.000
naar huis	0,75	16500			
naar verpleeghuis	0,1	2200	€ 189	170	€ 70.738.360
naar revalidatiecentrum	0,05	1100	€ 189	170	€ 35.369.180
overlijden	0,1	2200			
	1				
na 6 mnd in verpleeghuis	0,04	88	€ 600	170	€ 8.976.000
na 6 mnd revalidatiecentrum	0,04	44	€ 600	170	€ 4.488.000
totaal behandeling AWBZ					€ 119.571.540
totaal behandeling ZVW+AWBZ					€ 140.593.540

### **Prestatiebeschrijving**

De DBC-systematiek heeft mogelijkheden voor het registreren van zowel de neuroloog als de interventieradioloog. De afleidende zorgactiviteiten codes (ZA's) beschikbaar.

## Bijlage 6 <sup>75</sup>

### *Adviezen Geneesmiddelenbeoordelingen*

1. Liraglutide (Victoza)  
4 november 2011
2. Lapatinib (Tyverb)  
18 juli 2011
3. ChondroCelect  
26 april 2011
4. Ranibizumab (Lucentis)  
15 september 2011
5. Roflumilast (Daxas)  
3 januari 2011

### *Adviezen geen instroom*

6. Behandeling van xerostomie/orale mucositis met speekselsubstituut (kunstspeeksel) of mondspoelmiddel  
4 augustus 2011

### *Adviezen Instroom*

7. Fluorideapplicaties bij jeugdige verzekerden  
22 november 2011

### *Adviezen Uitstroom*

8. Redressiehelm  
20 december 2011

### *Systeemadviezen*

9. Naar een risicogerichte beoordeling van extramurale geneesmiddelen  
20 december 2011

---

<sup>75</sup> De adviezen en standpunten zijn opgenomen in aparte uitgaven bij het rapport Pakketadvies 2012



10. Lage ziektelast benadering  
5 maart 2012
11. Voorwaardelijke toelating / financiering van zorg  
6 april 2012
12. IQ maatregel  
21 april 2011
13. Decentralisatie begeleiding  
27 september 2011
14. Signalement zorg en wonen  
4 april 2012
15. Artikel 15 Besluit Zorgaanspraken AWBZ (Bza)  
4 april 2012

### ***Standpunten (deels) te verzekeren zorg***

16. Preventie van angststoornissen (paniekstoornis)  
27 juni 2011
17. Indicaties voor protonentherapie (deel 2)
  - hoofd-hals tumoren
  - mammacarcinoom
  - longcarcinoom
  - prostaatcarcinoom22 augustus 2011
18. Prestatiebeschrijving farmaceutische zorg  
29 augustus 2011
19. Innovatieve DBC beoordeling  
Radioembolisatie bij levermaligniteiten  
29 september 2011
20. Preferentiebeleid biologische geneesmiddelen  
29 september 2011
21. Multifocale en accommoderende lenzen na cataractoperatie  
26 oktober 2011
22. Transcatheter aortaklepverving  
26 oktober 2011
23. Fysio- en oefentherapie bij chronisch obstructive pulmonary disease (COPD)  
2 april 2012

- 24. Geneeskundige GGZ (deel 1)  
3 april 2012
- 25. Vitrificatie van eicellen  
3 april 2012
- 26. Interventies voor kinderen met een autisme spectrum stoornis  
en/of een verstandelijke handicap: Feuerstein methode  
16 mei 2011
- 27. Verpleging in AWBZ-instellingen  
29 september 2011

### ***Standpunten geen te verzekeren zorg***

- 28. Patulous Eustachian Tube Reconstruction (PETR) en Laser  
Eustachian Tuboplasty (LETP) ter behandeling van disfunctie van  
de buis van Eustachius (ET)  
26 april 2011
- 29. Behandeling van Multiple Sclerose (MS) met (veronderstelde)  
chronische cerebrospinale veneuze insufficiënte (CCSVI) met  
veneuze angioplastiek  
23 mei 2011
- 30. Transcranial Magnetic Stimulation (rTMS) bij depressie  
24 juni 2011
- 31. Renale denervatie voor therapieresistente hypertensie  
24 juni 2011
- 32. Fluorideapplicatie in het melkgebit  
24 juni 2011
- 33. Hyperthermie in combinatie met intravesicale chemotherapie bij  
niet-spierinvasieve blaaswandcarcinoom  
24 juni 2011
- 34. Antroscopische behandeling van klachten van het eerste  
metatarsophlangeale (MTPI) gewricht  
22 augustus 2011
- 35. Minimaal invasieve chirurgische techniek bij hallux valgus  
22 augustus 2011
- 36. Gecombineerde behandeling voor (chronische) Lyme-borreliose  
22 augustus 2011

- 37. Medische test PCA3 bij diagnostische interventies voor prostaatkanker  
22 augustus 2011
- 38. Het PreventieConsult  
26 oktober 2011
- 39. Occipitale neurostimulatie bij chronische clusterhoofdpijn  
22 november 2011
- 40. Exosomen-injecties ter behandeling van reumatische artritis  
22 november 2011

### ***Indicatiegeschillen***

- 41. Verbod op reformatio in peius  
26 april 2011
- 42. Indicatie voor begeleiding in groepsverband zonder (her)beoordeling voor de Wsw  
26 april 2011
- 43. Behandeling als voorliggende voorziening  
26 april 2011
- 44. Vrouwenopvang (Wmo) en AWBZ  
19 september 2011
- 45. Grondslag en 'sectorvreemd' ZZP  
19 september 2011
- 46. ZZP en begeleiding in groepsverband schoolgaande verzekerde  
26 oktober 2011
- 47. Dagbehandeling individueel aanvullend op dagbehandeling in groepsverband  
21 november 2011
- 48. Indicatiestelling voor verblijf  
23 januari 2012
- 49. AWBZ zorg en gedeeltelijke ontheffing van de leerplicht  
20 februari 2012
- 50. Vervolindicatiestelling voor behandeling  
20 maart 2012

## Bijlage 7

### Overzicht ontvangen reacties bestuurlijke consultatie en de antwoorbrieven van CVZ

1. ActiZ Organisatie van zorgondernemers  
d.d. 13 februari 2012
2. GGZ Nederland  
d.d. 15 februari 2012
3. Jeugdzorg Nederland  
d.d. 9 februari 2012
4. Nefarma  
d.d. 16 februari 2012
5. Bogin  
d.d. 16 februari 2012
6. Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)  
d.d. 16 februari 2012
7. NVOS / Orthobanda  
d.d. 16 februari 2012
8. De Koepel van Ouderenorganisaties (CSO)  
d.d. 16 februari 2012
9. Firevaned (branchevereniging hulpmiddelen)  
d.d. 16 februari 2012
10. Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)  
Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad)  
LPGGz  
d.d. 17 februari 2012
11. Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)  
d.d. 17 februari 2012 (2012028614)  
Antwoordbrief CVZ (2012023446)
12. Nederlandse Zorgautoriteit (NZa)  
d.d. 17 februari 2012
13. Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)  
d.d. 17 februari 2012
14. Orde van Medisch Specialisten (OMS)  
d.d. 17 februari 2012

15. Nefemed  
d.d. 17 februari 2012
  16. Nederlandse Brancheorganisatie voor Medische Technologie (FHI)  
d.d. 17 februari 2012
  17. Vereniging voor artsen, tandartsen en apothekers werkzaam bij (zorg)verzekeraars (VAGZ)  
d.d. 17 februari 2012
  18. DBC Onderhoud  
d.d. 17 februari 2012
  19. Vereniging van Oefentherapeuten Cesar en Mensendieck (VvOCM)  
d.d. 17 februari 2012
  20. Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)  
d.d. 17 februari 2012
  21. Zorgverzekeraars Nederland (ZN)  
d.d. 20 februari 2012
  22. Revalidatie Nederland  
d.d. 27 februari 2012
  23. Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ)  
d.d. 27 februari 2012
-