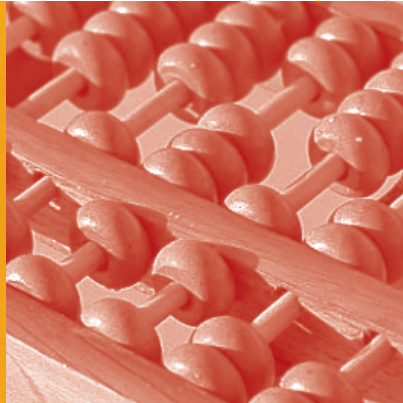


Pakketadvies 2007



CVZ College voor zorgverzekeringen



Rapport

Pakketadvies 2007

Op 27 maart 2007 uitgebracht aan de minister van
Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer **248**

Uitgave

College voor zorgverzekeringen
Postbus 320
1110 AH Diemen
Fax (020) 797 85 00
E-mail info@cvz.nl
Internet www.cvz.nl

Volgnummer

26093156

Afdeling

Pakket

Auteur

Mw. drs. P.I. Polman, MPH en mw. M.A. den Haan

Doorkiesnummer

Tel. (020) 797 86 90

Bestellingen

Extra exemplaren kunt u bestellen via onze website
(www.cvz.nl) of telefonisch bij de servicedesk onder nummer
(020) 797 88 88.

Inhoud:

	Samenvatting
1	1. Pakketbeheer in de praktijk
8	2. Overzicht te verzekeren pakket 2007
8	2.a. Te verzekeren zorg
10	2.b. Maatschappelijke en financiële ontwikkelingen
12	2.c. Clustering adviezen en standpunten
14	3. Leefstijl
14	3.a. Inleiding
15	3.b. Advies en verduidelijkingen
17	4. Noodzakelijkheid
17	4.a. Inleiding
18	4.b. In- en uitstroomadviezen
19	4.c. Standpunten CVZ
21	5. Effectiviteit en kosteneffectiviteit
21	5.a. Inleiding
25	5.b. In- en uitstroomadviezen
26	5.c. Standpunten CVZ
27	5.d. Verduidelijkingen
28	6. Groot maatschappelijk belang
28	6.a. Inleiding
28	6.b. Standpunten en adviezen CVZ
30	7. Langdurende zorg
30	7.a. Inleiding
30	7.b. Standpunt CVZ
31	7.c. Adviezen en verduidelijkingen
32	8. Bevorderen dat het zorgverzekeringssysteem en de uitvoeringspraktijk goed werken
32	8.a. Inleiding
32	8.b. Adviezen en verduidelijkingen
35	9. Pakketmaatregelen coalitieakkoord
38	10. Reactie stakeholders

Bijlage(n)

Afkortingen overzicht

Bijlagen bij Pakketadvies 2007: adviezen, standpunten, systeemadviezen en verduidelijkingen

Samenvatting

Voor u ligt het Pakketadvies 2007. Dit rapport bevat adviezen aan de minister om zorginterventies in of uit het te verzekeren pakket te laten stromen. Verder leest u of het CVZ vindt of zorginterventies tot de te verzekeren prestaties horen op grond van de regelgeving en de stand van de wetenschap en praktijk. Het CVZ heeft ten slotte ook adviezen en verduidelijkingen opgenomen, die erop gericht zijn het zorgverzekeringsstelsel en de uitvoeringspraktijk goed te laten functioneren. Deze laatste categorie adviezen kan gericht zijn aan de minister, maar kan ook bedoeld zijn voor zorgverzekeraars en alle anderen die te maken hebben met de uitvoering van de zorgverzekeringen.

Het CVZ zal jaarlijks in februari een pakketadvies uitbrengen, gericht op een passend en duidelijk pakket. Dit past in de nieuwe taken van het CVZ sinds de invoering van de Zorgverzekeringswet (Zvw). Het CVZ heeft in zijn rapport *Pakketbeheer in de praktijk* van 21 december 2006 uiteengezet hoe dit jaarlijkse pakketadvies tot stand komt. De onderwerpen die het CVZ in dit pakketadvies behandelt, vloeien voort uit de pakketagenda die het CVZ om de twee jaar uitbrengt.

Dit *Pakketadvies 2007* bevat de volgende *in- en uitstroomadviezen*:

- de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen niet langer vergoeden met uitzondering van loopwagens en blindentaststokken (bijlage 1.g.);
- de vergoeding schrappen van fentolamine/papaverine waarmee erectiele disfunctie wordt behandeld (bijlage 1.h.);
- de vergoeding van benzodiazepinen (medicatie tegen slaap- en angststoornissen) schrappen met uitzondering van drie indicaties voor chronisch gebruik (bijlage 1.p.);
- de bekkenfysiotherapie bij incontinentieklachten opnemen in de te verzekeren prestatie Zvw (bijlage 1.j.).

Bij de uitstroomadviezen heeft het CVZ laten meewegen of kosten voor eigen rekening kunnen komen. Dit kan alleen onder de voorwaarde dat er een oplossing komt voor de cumulatie van kosten die kan ontstaan, waardoor de toegankelijkheid van de zorg in gevaar kan komen.

Het CVZ heeft verder de volgende *standpunten* ingenomen op grond van de stand van de wetenschap en praktijk en/of de regelgeving:

- Het oncologisch revalidatieprogramma Herstel & Balans bevat een onderdeel (fysiotherapie) dat tot de te verzekeren prestaties kan behoren; er is echter nog onvoldoende bekend over de langetermijneffecten om te beoordelen of dit programma integraal moet instromen in het verzekeringspakket (bijlage 1.e.).
- Het invriezen van semen bij behandelingen die infertiliteit tot gevolg hebben, behoort tot de te verzekeren zorg (bijlage 1.f.).
- Multifocale lenzen bij cataractoperaties behoren niet tot de te verzekeren zorg (paragraaf 1.i.).
- Vroege neurostimulatie bij kinderen in coma behoort tot de te verzekeren zorg (bijlage 1.k.).
- Spinal cord stimulation bij chronische pijn behoort tot de te verzekeren zorg (paragraaf 1.l.).
- De Ness Handmaster valt niet langer onder de te verzekeren prestaties, omdat de effectiviteit onvoldoende is aangetoond (bijlage 1.q.).
- Heupbeschermers zijn geen verzekerde zorg, omdat deze onvoldoende effectief zijn in de praktijk (bijlage 1.r.).
- Hulpmiddelen met elektrostimulatie zijn veelbelovend, maar er zijn nog onvoldoende gegevens over beschikbaar om te beoordelen of ze moeten worden opgenomen in het verzekerde pakket (bijlage 1.s.).
- Kunst- en steunharten als bestemmingstherapie (dat wil zeggen als definitieve behandeling en niet als tijdelijke overbrugging tot transplantatie) is nog onvoldoende effectief en behoort dus niet tot de te verzekeren prestaties (bijlage 1.t.).
- Het indicatiegebied voor te verzekeren stamceltransplantaties is uitgebreid tot 12 indicaties (bijlage 1.u.).
- Vastgesteld is welke interventies onder de AWBZ-functies verpleging en persoonlijke verzorging vallen (bijlage 1.w.)

Hierna volgen de *adviezen en verduidelijkingen* (toelichting op de te verzekeren zorg) die erop gericht zijn dat het zorgverzekeringsstelsel en de uitvoeringspraktijk goed functioneren.

Het CVZ *adviseert* aan de minister:

- het geneesmiddelenvergoedingensysteem te herzien (advies afzonderlijk uitgebracht op 2 februari 2007);
- de nadere voorwaarden voor geneesmiddelen in de 'Regeling zorgverzekering', bijlage 1.e., als volgt aan te passen:
 - de nadere voorwaarden van zes geneesmiddelen(groepen) te laten vervallen;
 - bij voorkeur een gespecificeerde indicatie op te nemen in plaats van een geregistreerde indicatie;
 - alle geneesmiddelen met een zeer zeldzame niet-geregistreerde indicatie op te nemen in één artikel;
- alle vormen van stamceltherapie onder te brengen in de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) (bijlage 1.u.);
- te bevorderen dat navelstrengbloed wordt afgestaan aan de publieke weefselbank (paragraaf 1.u.);
- voorlichting te geven over de mogelijkheden en onmogelijkheden van stamceltransplantatie (bijlage 1.u.);
- doelmatigheidsonderzoek te stimuleren naar leefstijlinterventies voor patiënten met diabetes type 2 of glucose-intolerantie en overgewicht (bijlage 1.a.);
- de AWBZ-functies 'behandeling' en 'begeleiding' te herdefiniëren (bijlage 1.v.);
- de revalidatiezorg prioriteit te geven bij overheveling naar de Zvw, dit in het kader van de toekomst van de AWBZ (bijlage 1.y.);
- om in het kader van de zorg aan transseksuelen de omschrijving in het Besluit zorgverzekeringen (BZV) (art. 2.4, lid 1, onder b, ten vijfde) zodanig aan te passen dat buiten twijfel wordt gesteld dat de uitzonderingsgrond betrekking heeft op primaire geslachtskenmerken.

Het CVZ *adviseert* aan de minister, zorgverzekeraars en de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) dat:

- het aanbeveling verdient om de 'Beleidsregel functiegerichte budgettering academische ziekenhuizen' aan te passen, zodat de vergunninghoudende ziekenhuizen haemopoietische stamceltransplantaties adequaat kunnen uitvoeren (bijlage 1.u.);
- thuisbeademing gefinancierd wordt ten laste van de AWBZ, maar dat dit behoort te gebeuren ten laste van de Zvw, verzekeraars hun polis hierop moeten aanpassen, een overgangsregeling voor pgb-houders in dit kader moet worden getroffen, het CVZ zal

verkennen hoe thuisbeademing gefaciliteerd kan worden in het kader van de Zvw (bijlage 1.x.);

- het CVZ zal verkennen of het mogelijk/gewenst is in de regelgeving de optie te introduceren voor bijbetalingen voor 'luxere' zorg (die weliswaar behoort tot de te verzekeren prestaties, maar veelal vanuit doelmatigheidsoogpunt niet door verzekeraars wordt vergoed/verstrekt) (bijlage 1.i.).

Het CVZ heeft voor de uitvoeringspraktijk de volgende zaken *verduidelijkt*:

- Bariatrische chirurgie (maagband/operaties) (bijlage 1.b.)
- Farmacotherapeutische behandeling van overgewicht (bijlage 1.c.)
- Intramurale behandeling van obesitas (bijlage 1.d.)
- Stimulering van kinderen met een verstandelijke handicap valt onder de AWBZ-functie 'activerende begeleiding', maar nader onderzoek naar de invulling en omvang (aantal uren) daarvan is noodzakelijk (bijlage 1.n.).
- De Lokomat kan toegepast kan worden bij de loopbandtraining in de revalidatiezorg, maar het is aan de revalidatie-instelling om voor deze manier van loopbandtraining te kiezen (bijlage 1.o.).
- Chirurgische versus medicamenteuze castratie bij gemetastaseerd prostaatacarcinoom (bijlage 1.m.)
- Zorg aan transseksuelen (bijlage 1.z.)
- Plastische chirurgie (bijlage 1.aa.)
- Teledermatologisch consult en webmailconsult (bijlage 1.cc.)
- Declaraties na overlijden verzekerde (bijlage 1.dd.)

Het CVZ gaat kort in op de pakketmaatregelen zoals verwoord in het Coalitieakkoord van CDA, PvdA en Christenunie van 7 februari 2007. Het betreft de volgende interventies:

- de pil voor vrouwen boven de 21 jaar
- uitbreiding aantal uren kraamzorg
- jaarlijkse periodieke tandartscontrole

De besparingen van de in- en uitstroomadviezen schat het CVZ per jaar op

- mobiliteitshulpmiddelen 10 miljoen euro
- fentolamine/papaverine 1 miljoen euro
- bekkenfysiotherapie 4 miljoen euro
(nettobesparing kosten instroom bekkenfysiotherapie en besparing op incontinentiematerialen)
- benzodiazepinen 102-104 miljoen euro

De budgettaire effecten van de CVZ standpunten zijn niet eenvoudig te schatten. De kosten van het bewaren en invriezen semen schat het CVZ op 465.000 euro.

De kosten van de pakketmaatregelen uit het coalitieakkoord schat het CVZ op:

- pil 65 miljoen euro
- tandartscontrole 175 miljoen euro

Voor uitbreiding van het aantal uren kraamzorg behoeft de regelgeving geen aanpassing en hangen eventuele kosten af van afspraken tussen partijen.

1. Pakketbeheer in de praktijk

- Voor u ligt het eerste integrale rapport over het zorgverzekeringspakket. Het is integraal in de zin dat het hele pakket in ogenschouw is genomen, én in de zin dat zorginhoudelijke, financiële en uitvoeringstechnische aspecten zijn betrokken. Dit rapport bevat vier soorten deelproducten. Ten eerste bevat het *concrete adviezen* aan de minister van VWS om:
- Adviezen aan VWS over in-/uitstroom**
- interventies of onderdelen van zorg op te nemen in het te verzekeren pakket;
 - interventies of onderdelen van zorg te verwijderen uit het te verzekeren pakket;
 - interventies te herschikken tussen Zvw en AWBZ, of binnen de AWBZ.
- Ten tweede omvat dit advies *standpunten* van het CVZ over:
- Standpunten CVZ**
- of interventies op grond van de stand van de wetenschap en praktijk behoren tot de te verzekeren prestaties
- Ten derde leiden de beoordelingen die het CVZ uitvoert in het kader van het pakketbeheer, soms niet (alleen) tot een in-/uitstroomadvies of een standpunt wat tot de te verzekeren prestatie behoort, maar tot andere deelproducten die eraan moeten bijdragen dat de zorgverzekeringen goed functioneren. Het gaat om *systeemadviezen*:
- Adviezen gericht op: functioneren zorgverzekeringen en uitvoeringspraktijk**
- adviezen aan de minister om wet- of regelgeving aan te passen, zonder dat het direct om in- of uitstroom gaat; of om onderzoek te bevorderen
 - adviezen aan Nza, zorgverzekeraars en aanbieders ten behoeve van het goed functioneren van de uitvoeringspraktijk
- Ten vierde maakt het CVZ *verduidelijkingen*:
- Verduidelijkingen**
- verduidelijkingen van de te verzekeren prestaties of aanspraken voor zorgverzekeraars, aanbieders en/of patiënten als blijkt dat er onduidelijkheden zijn in de uitvoeringspraktijk

Doel van het CVZ is bij te dragen aan een duidelijk en passend pakket. Dit pakketadvies sluit aan bij de *Pakketagenda 2007-2008* die het CVZ in januari 2007 heeft uitgebracht. De werkwijze van het CVZ op het gebied van pakketbeheer is beschreven in het rapport *Pakketbeheer in de praktijk* van 21 december 2006.

***Inhoud pakket
2007 en advies
voor 2008***

Omdat dit pakketadvies een integraal karakter heeft, zijn de pakketadviezen en –standpunten die in het afgelopen jaar separaat zijn uitgebracht, opgenomen. Zo besteden we ook aandacht aan de pakketadviezen die voortvloeien uit het *Signaleringsrapport hulpmiddelen 2006*. Ook zijn de standpunten bijgevoegd die het CVZ heeft ingenomen in het kader van geschillen, evenals de dbc-beoordelingen. Ten slotte is een overzicht toegevoegd van de geneesmiddelenbeoordelingen (intra- en extramuraal) die het CVZ heeft uitgebracht in 2006.

Hiermee wil het CVZ een duidelijk beeld geven van wat het te verzekeren pakket in 2007 inhoudt en welke adviezen het geeft om dit aan te passen met ingang van 2008 of later. Dit laat onverlet dat het CVZ nog tussentijds adviezen kan uitbrengen, indien het zich daartoe genoodzaakt ziet.

Passend pakket

Onder een passend pakket verstaat het CVZ een pakket dat recht doet aan de behoefte aan zorg, dat toegankelijk is, dat kwalitatief goed is en betaalbaar voor burger en samenleving. Daarmee draagt het pakket bij aan de gezondheid en maatschappelijke participatiemogelijkheden van de bevolking.

Pakketprincipes

Om een passend pakket te realiseren hanteert het CVZ de pakketprincipes die zijn beschreven in het eerdergenoemde rapport *Pakketbeheer in de praktijk*. Deze pakketprincipes wijken niet fundamenteel af van de *Trechter van Dunning*. Het zijn de principes:

- noodzakelijkheid
- effectiviteit
- kosteneffectiviteit
- uitvoerbaarheid.

Aan deze principes toetst het CVZ het bestaande pakket en nieuwe interventies op in- en uitstroom. De genoemde principes beschouwt het CVZ steeds in samenhang, tenzij volstaan kan worden met één principe. Als bijvoorbeeld onomstotelijk is gebleken dat een interventie niet effectief is, hoeft deze niet aan de andere principes te worden getoetst. Het resultaat van deze toetsing is een in- of uitstroomadvies aan de minister.

***Beoordeling in
ontwikkeling***

Het CVZ heeft in dit advies interventies beoordeeld. Het beoordelingskader dat hoort bij deze pakketprincipes is in ontwikkeling. Het CVZ maakt in dit rapport transparant hoe het deze principes heeft toegepast.

<i>Cliëntervaringen</i>	Bij de ontwikkeling van het beoordelingskader voor een passend pakket zal het CVZ nader uitwerken hoe cliëntervaringen hierbij te betrekken zijn.
<i>Duidelijk pakket</i>	Om bij te dragen aan een duidelijk pakket toetst het CVZ interventies aan de regelgeving en aan de stand van de wetenschap en praktijk. De omvang van de te verzekeren prestaties (zoals eerstelijnszorg en de medisch-specialistische zorg) wordt namelijk bepaald door de zorg die effectief is (voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk). Het CVZ doet ook uitspraken over de AWBZ, en toetst daarbij aan de regelgeving. Wijzigingen in aanpalende regelingen (bijvoorbeeld op het gebied van onderwijs) kunnen namelijk vragen oproepen over wat tot de AWBZ behoort. Het CVZ heeft de bevoegdheid om richtinggevende uitspraken te doen over de Zvw en de AWBZ. Het bewaakt op die manier de grenzen van het bestaande pakket. Het CVZ formuleert deze standpunten in het kader van de adviesprocedure in verstrekkingen- en indicatiegeschillen, maar neemt ook standpunten in op verzoek van zorgverzekeraars, de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) of zorgaanbieders. Een standpunt is geen advies, en de minister hoeft er niet nader over te besluiten. Een standpunt is direct van kracht.
<i>Bevoegdheid CVZ tot doen van richtinggevende uitspraken</i>	
<i>Pakketagenda</i>	De Pakketagenda 2007-2008 is een agenda die voor twee jaar geldt, met onderwerpen die het CVZ nader beoordeelt voor het jaarlijkse integrale pakketadvies. Deze agenda is in januari 2007 verschenen, en komt tot stand op basis van signalering en evaluatie van (onderdelen van) het te verzekeren pakket Zvw en AWBZ. Onderdeel van die signalering is consultatie, waarbij de wetenschappelijke verenigingen, de patiënten- en consumentenverenigingen, en de Vereniging van Adviserend Geneeskundigen Zorgverzekeringen (VAGZ) worden geraadpleegd. De verstrekkingengeschillen en adviesaanvragen van zorgverzekeraars vormen eveneens een bron van signalen. Dit geldt ook voor de beoordelingen van diagnose-behandelcombinaties (dbc's). Verder oriënteert het CVZ zich op de Volksgezondheidstoekomstverkenningen van het RIVM, de rapporten van de Gezondheidsraad en de uitkomsten van doelmatigheidsonderzoek van ZonMw. Als het CVZ de pakketagenda opstelt, betreft het daarbij ook de internationale ontwikkelingen op het gebied van pakketbeheer. De methodiek om de pakketagenda op te stellen blijft in ontwikkeling.

Pakketmaatregelen onontkoombaar? Doel van de zorgverzekering is gezondheidszorg (financieel) toegankelijk te maken voor burgers en hiermee bij te dragen aan hun gezondheid. (Ziektekosten)verzekeringen zijn gebaseerd op het principe van risicosolidariteit. De betaalbaarheid van deze collectieve verzekeringen zal in de komende decennia een belangrijk criterium zijn om vast te stellen wat wel en niet in het zorgverzekeringspakket wordt of blijft opgenomen. Als gevolg van demografische ontwikkelingen en nieuwe medisch-technologische mogelijkheden nemen de kosten van de zorg al toe zo lang de sociale ziektekostenverzekeringen bestaan. Deze kostengroei neemt extra toe doordat steeds meer chronisch zieken aangewezen zijn op zorg.

Solidariteit borgen De minister van VWS zal de samenstelling van het pakket steeds opnieuw tegen het licht houden. Dit is belangrijk om in de toekomst de risicosolidariteit te kunnen garanderen tussen jong en oud, ziek en gezond en meer en minder vermogend. Het CVZ heeft tot taak er met zijn adviezen aan bij te dragen dat deze pakketbeslissingen objectief worden onderbouwd, zodat een consistente pakketsamenstelling wordt bereikt.

Uitstroom Het CVZ heeft in dit pakketadvies nadrukkelijk gekeken naar interventies die eventueel kunnen uitstromen. Daarbij heeft het CVZ zich gebaseerd op de eerder genoemde pakketprincipes. Op het moment dat het Kabinet wil overgaan tot pakketbeslissingen, zijn onderbouwde voorstellen beschikbaar. Pakketbeslissingen zijn vrijwel altijd pijnlijke maatregelen die het Kabinet zal afwegen in het licht van het borgen van de solidariteit, zoals hiervoor geschetst.

Een van de principes voor in- en uitstroom is, zoals gezegd, noodzakelijkheid. Een criterium hierbij is of de kosten voor eigen rekening kunnen komen. Het gegeven dat sommige 'goedkope' interventies ook nog gepaard gaan met hoge uitvoeringskosten, vormt een extra reden om niet te snel af te zien van dit criterium. De toepassing van dit criterium vergt echter wel een oplossing voor stapeling van kosten. Hoe hoog het totale bedrag mag zijn dat uiteindelijk per patiënt voor eigen rekening komt, is een politieke beslissing.

Stapeling van eigen bijdragen Het college meent dat de stapeling van kosten niet voorkómen moet worden door de interventie toch maar te vergoeden via de Zvw, maar door andere oplossingen te zoeken voor de inkomensgevolgen, zodat de toegankelijkheid van de zorg voor die categorie patiënten, die de stapeling van eigen bijdrage niet kunnen dragen, wel geborgd blijft.

Hoe de kosten van de verzekerde zorg zich ontwikkelen, is niet alleen afhankelijk van wat er in het zorgverzekeringspakket is opgenomen, maar wordt ook bepaald door hoe doelmatig de zorg wordt uitgevoerd. De marktwerking die is ingevoerd in de Zvw, moet hieraan bijdragen. Het CVZ houdt zich hier niet primair mee bezig, maar adviseert over de pakketsamenstelling. In gevallen waar de verantwoordelijke partijen zich onvoldoende bewust zijn van hun rol hierin, kan dit van invloed zijn op de inhoud van de geleverde zorg. Het CVZ kan via pakketadviezen de doelmatigheid van de zorgverlening faciliteren.

**Reactie
stakeholders**

Het CVZ heeft het conceptrapport *Pakketadvies 2007* voorgelegd aan de volgende betrokken partijen:

- Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF)
- Orde van Medisch Specialisten (OMS)
- Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV)
- Zorgverzekeraars Nederland (ZN)
- Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Vereniging van de Research-georiënteerde Farmaceutische Industrie (NEFARMA)
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP)
- Consumentenbond
- Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad)
- Bond van de Generieke Geneesmiddelenindustrie Nederland (BOGIN)
- GGZ Nederland
- ActiZ Organisatie van zorgondernemers. Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN)
- Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)
- Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO)
- Vereniging Nederlandse gemeenten (VNG)
- Nederlandse Federatie van Universitair medische centra (NFU)
- NVZ vereniging van ziekenhuizen
- BioFarmind Belangenvereniging voor de medisch biotechnologische industrie in Nederland
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF)
- Nederlandse Vereniging van Revalidatieartsen (VRA)
- Revalidatie Nederland
- Nederlandse Zorgautoriteit

Bovendien heeft het CVZ het conceptrapport voorgelegd aan een groep experts op persoonlijke titel. Het conceptrapport is ten slotte ter kennisneming naar het ministerie van VWS, het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) en aan ZonMw.

Bij de totstandkoming van de deelproducten heeft het CVZ de stakeholders op ambtelijk niveau betrokken. Vervolgens heeft een bestuurlijke consultatie plaatsgevonden. De bestuurlijke reacties heeft het CVZ gewogen. Deze hebben al dan niet tot aanpassingen in het definitieve rapport geleid. De afweging is toegelicht in een bestuurlijke brief aan de betreffende stakeholder. In hoofdstuk 10 van het rapport zijn op hoofdlijnen de reacties van stakeholders samengevat.

Leeswijzer

Hoofdstuk 2 bevat een overzicht van het te verzekeren pakket 2007, de kosten die hiermee gemoeid zijn en hoe deze worden opgebracht. Ook geeft het CVZ kort weer hoe de kosten in de komende periode zullen groeien, wat de ziekten zijn met de grootste ziektelast en welke aandoeningen hoge kosten met zich meebrengen. Verder staat het CVZ stil bij de relevante maatschappelijke ontwikkelingen die verwacht worden. Deze financiële en maatschappelijke ontwikkelingen vormen de achtergrond voor dit pakketadvies.

De hoofdstukken 3 tot en met 8 bevatten de concrete adviezen aan de minister voor in- en uitstroom in 2008. Hier vindt u de standpunten die het CVZ heeft ingenomen over wat tot de zorgverzekering behoort, en ook de adviezen en verduidelijkingen van het CVZ die erop gericht zijn de zorgverzekeringen goed te laten functioneren. In de bijlagen bij dit rapport worden de afzonderlijke adviezen en standpunten onderbouwd. Deze deelproducten zijn gerangschikt aan de hand van de volgende clusters:

- Leefstijl
- Noodzakelijkheid
- Effectiviteit en kosteneffectiviteit
- Groot maatschappelijk belang
- Langdurende zorg
- Bevorderen goedwerkend systeem van zorgverzekeringen

In hoofdstuk 9 gaat het CVZ kort in op de pakketmaatregelen uit het Coalitieakkoord van 7 februari 2007 en in hoofdstuk 10 behandelt het CVZ de reacties van stakeholders.

***Samenhang drie
rapporten***

In dit rapport verwijst het CVZ regelmatig naar de *Pakketagenda 2007-2008* en naar het rapport *Pakketbeheer in de praktijk*. In het eerstgenoemde rapport zijn de onderwerpen verzameld waarover het CVZ in 2007 en 2008 zal adviseren. In het laatste rapport is beschreven welke werkwijze het CVZ gebruikt om de pakketten te beoordelen. Deze twee rapporten zijn onmisbaar als achtergrondinformatie bij dit pakketadvies.

2. Overzicht te verzekeren pakket 2007

2.a. Te verzekeren zorg

Zvw

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 (gesloten lijst);
- verblijf in verband met geneeskundige zorg;
- zorg zoals verpleegkundigen die bieden in verband met medisch-specialistische zorg;
- zorg zoals kraamverzorgenden 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 prestaties¹ 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.

AWBZ

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;
- ondersteunende begeleiding;
- activerende begeleiding;
- behandeling;
- verblijf.

¹ 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, wie en waar).

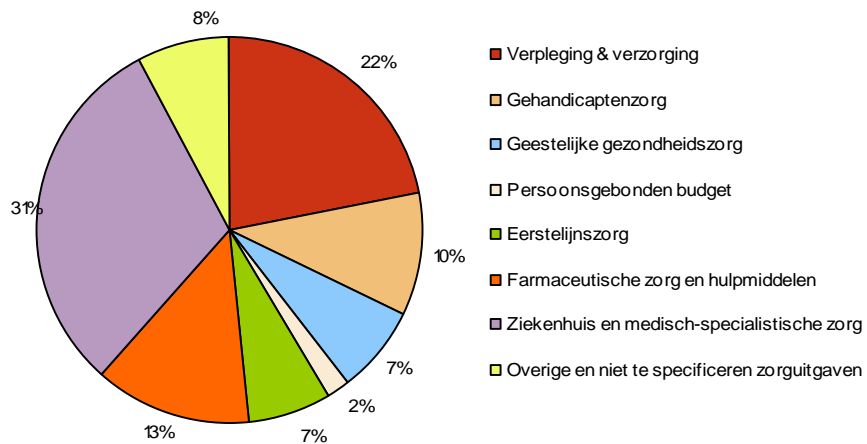
Overige AWBZ-zorg Overige zorg die ten laste van de AWBZ verzekerd is, betreft:

- voortgezet verblijf
- aanvullende aanspraken bij behandeling en verblijf in dezelfde instelling (artikel 15)
- vervoer
- gebruik verpleegartikelen
- doventolkzorg
- prenatale zorg
- onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten
- vaccinaties.

Zorguitgaven

In 2007 kost de zorg die ten laste komt van de Zvw en de AWBZ, naar verwachting bijna 50 miljard euro. In onderstaande figuur ziet u hoe die kosten verdeeld zijn.

Verdeling zorguitgaven Zvw en AWBZ 2007



Bron: Rijksbegroting 2007

Tegenover de uitgaven aan zorg staan natuurlijk ook inkomsten. De totale inkomsten AWBZ bedragen in 2007 naar verwachting 22,8 miljard euro.² Deze inkomsten bestaan grotendeels (circa 60 procent) uit procentuele premie-opbrengsten. De procentuele AWBZ-premie is voor 2007 vastgesteld op 12 procent. Andere bronnen van inkomsten zijn de Bijdragen in de Kosten van Kortingen (BIKK), de eigen bijdragen van patiënten die zorg gebruiken, en de rijksbijdrage. Tot slot komt een deel van de uitgaven AWBZ, net als in 2006, ten laste van de Zvw. Dit komt omdat een deel van de GGZ is overgeheveld naar de Zvw. Voor 2007 is de bijdrage vanuit het Zorgverzekeringsfonds voor de GGZ 2,8 miljard euro.

² Deze en andere cijfers met betrekking tot de inkomsten zijn afkomstig uit de *Rijksbegroting 2007*.

De totale inkomsten Zvw bedragen in 2007 naar verwachting 29,9 miljard euro (inclusief de zojuist genoemde 2,8 miljard euro). Deze inkomsten bestaan uit inkomensafhankelijke bijdragen, nominale premies, een rijksbijdrage en eigen betalingen van verzekerden. De inkomensafhankelijke bijdragen moeten in totaal 50 procent van de macropremielast bedragen. De inkomensafhankelijke bijdrage is voor 2007 vastgesteld op 6,5 procent voor burgers die de bijdrage vergoed krijgen via hun werkgever of uitkeringsinstantie. Voor burgers die de bijdrage niet vergoed krijgen, is de bijdrage voor 2007 vastgesteld op 4,4 procent.

Verzekerden vanaf 18 jaar betalen de nominale premies rechtstreeks aan de verzekeraars. Kinderen tot 18 jaar hoeven geen nominale premie te betalen, hiervoor is de rijksbijdrage. De gemiddelde nominale premie voor verzekerden vanaf 18 jaar bedraagt in 2007 naar verwachting ongeveer 1.150 euro. Dit is inclusief de opslag die verzekeraars hanteren om bijvoorbeeld de beheerskosten en de nominale no-claimpremie te dekken. Verzekerden die een jaar geen of weinig gebruikmaken van zorg, kunnen het jaar daarop (een deel van) de no-claimpremie terugkrijgen via hun verzekeraar.

2.b. Maatschappelijke en financiële ontwikkelingen

In de zorg spelen ontwikkelingen op allerlei fronten: zowel voor het aanbod als voor de vraag, en zowel bij de inhoud als de organisatie van de zorg. Aan de vraagkant doen zich in hoog tempo grote veranderingen voor: de samenstelling van de bevolking, ziektepatronen, etnisch en culturele factoren, mondiale gezondheidsrisico's. Ook de sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn van belang bij de vraagkant.

Aan de aanbodkant zijn de veranderingen minstens zo groot, en niet zelden onderwerp van spectaculair nieuws. Met nieuwe technologie kunnen veel aandoeningen behandeld worden die tot voor kort onbehandelbaar waren.

Het CVZ adviseert tegen de achtergrond van de maatschappelijke en financiële ontwikkelingen die van invloed zijn op de zorgbehoefte en de houdbaarheid van het te verzekeren pakket.

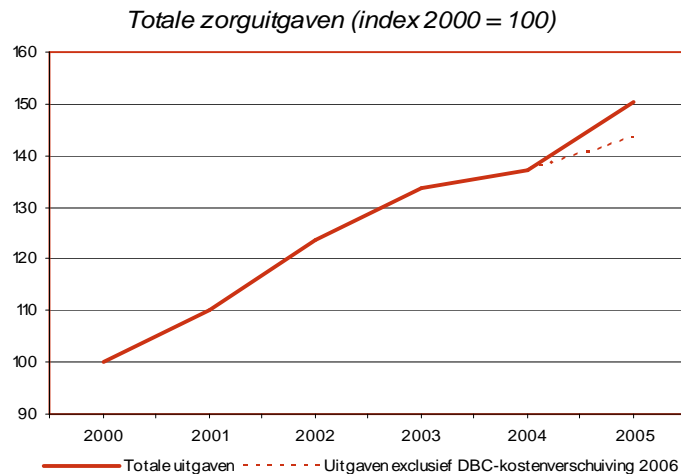
Maatschappelijke ontwikkelingen

De volgende maatschappelijke ontwikkelingen wil het CVZ hier noemen:

- demografie
- ongezonde leefstijl;³
- de wens om zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen wonen en de zorg thuis te ontvangen;
- ontwikkelingen in de ICT die kunnen worden ingezet in de zorg zoals telemedicine en domotica;
- medisch-technologische ontwikkelingen op zowel diagnostisch als therapeutisch terrein zoals preïmplantatie, genetische diagnostiek, PET-scans, dure oncolytica, robotchirurgie, minimale endoscopische chirurgie, protontherapie, neuromodulatie, gewrichtsprothesiologie, implanteerbare hulpmiddelen voor lage rugproblemen, insulinepompen, pacemakers;
- ontwikkeling van het aanbod van voldoende geschoold personeel in de zorg;
- inkomensontwikkeling en -verdeling.⁴

Financiële ontwikkelingen

Hierna schetst het CVZ de financiële ontwikkelingen. De zorguitgaven van de Ziekenfondswet (ZFW) en AWBZ zijn in de periode 2000 -2005 gestegen met gemiddeld 8,5 procent per jaar. Onderstaande figuur geeft grafisch weer hoe deze kosten zijn gegroeid.



Bron: CVZorgcijfers 2000 - 2005

³ Zie hoofdstuk 3

⁴SCP en CBS. *Armoedebericht 2006*. Voorburg: CBS, 2006.

In 2006 is de Zvw ingevoerd, en dit heeft gezorgd voor een aanzienlijke trendbreuk. Een belangrijk verschil is dat het aantal verplicht verzekerden in de Zvw is uitgebreid ten opzichte van de ZFW, waardoor ook de totale zorguitgaven zijn gestegen. In het jaar 2007 is er vooral een trendbreuk voor de AWBZ, omdat een deel van de AWBZ met ingang van 2007 is overgeheveld naar de Wet maatschappelijke ondersteuning (WMO). Voor de kabinetsperiode 2008-2011 raamt het Centraal Planbureau (CPB) dat de zorguitgaven die worden gerekend tot het Budgettair Kader Zorg, bij ongewijzigd beleid zullen toenemen met 5,5 procent per jaar.

Van deze kostenstijging is 0,9 procentpunt het gevolg van demografische ontwikkelingen (bevolkingsgroei en vergrijzing) en 2,7 procentpunt wordt veroorzaakt door prijsstijgingen. De resterende 1,9 procentpunt komt voor rekening van volume-groei zoals nieuwe technologische ontwikkelingen, meer vraag naar zorg en kwaliteitsverbeteringen in de zorg.⁵

De ziekten met de grootste ziektelast zijn coronaire hartziekten, angststoornissen, beroerte, depressies, COPD, diabetes, longkanker, alcoholafhankelijkheid, artrose en dementie. Hart- en vaatziekten en kanker zijn de belangrijkste doodsoorzaken.

Als we kijken naar de kosten per aandoening, vormen psychische stoornissen met 12,7 miljard euro de duurste diagnosegroep. Dit bedrag is inclusief verstandelijke handicaps (4,6 miljard euro) en dementie (3,1 miljard euro), en maakt 22 procent uit van de totale ziektekosten. Deze diagnosegroep wordt gevolgd door ziekten van het hartvaatstelsel (5,3 miljard euro) en ziekten van het spijsverteringsstelsel (4,2 miljard euro).⁶

Tegen deze achtergrond beoordeelt het CVZ het huidige pakket en nieuwe interventies op passendheid aan de hand van de principes noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid.

2.c. Clustering adviezen en standpunten

In de volgende hoofdstukken presenteert het CVZ de vier deelproducten: in- en uitstroomadviezen, standpunten verduidelijkingen, en adviezen en aanbevelingen om het

⁵Centraal Planbureau. *Een scenario voor de zorguitgaven 2008-2011*. Den Haag: CPB, 2006. CPB-document no 121.

⁶RIVM. *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: RIVM, 2006.

systeem van zorgverzekeringen en de uitvoeringspraktijk beter te laten functioneren. Deze deelproducten worden gepresenteerd aan de hand van de volgende clusters:

- Leefstijl
- Noodzakelijkheid
- Effectiviteit en kosteneffectiviteit
- Groot maatschappelijk belang
- Langdurende zorg
- Bevorderen goedwerkend systeem van zorgverzekeringen en uitvoeringspraktijk

De clustering heeft tot doel de adviezen en standpunten op een overzichtelijke wijze te presenteren. Deze clustering weerspiegelt actuele discussies over de samenstelling van het pakket zoals de gevolgen van de Nederlandse leefstijl voor gezondheid en ziekte. Wat moet verzekerd zijn en wat kan voor eigen rekening? Hoe zit het met de effectiviteit en kosteneffectiviteit van behandelingen? Hoe moeten we omgaan met interventies die zeer kostbaar zijn en grote budgettaire gevolgen hebben? Wat wordt de toekomst van de AWBZ en hoe blijft het te verzekeren pakket uitvoerbaar voor zorgverzekeraars en aanbieders?

Dynamisch proces

De indeling van het jaarlijkse pakketadvies blijft in ontwikkeling, en kan aangepast worden in volgende adviezen. Het CVZ wil in de komende jaren namelijk verder werken aan de manier waarop dit pakketadvies tot stand komt, en die zo nodig vernieuwen. Dit gebeurt door het pakket te monitoren (signaleren en evalueren), en door het pakket door te lichten en aan te sluiten bij de pakketagenda die het CVZ elke twee jaar uitbrengt.

3. Leefstijl

3.a. Inleiding

Noodzaak terugdringing vermijdbare ziektelast

De levensverwachting stijgt in Nederland minder sterk dan in de meeste Europese landen.⁷ Dat komt niet door de kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg, want die is internationaal gezien bovengemiddeld op verschillende onderdelen. Ook is het Nederlandse zorgsysteem toegankelijk genoeg. De achterblijvende stijging van de levensverwachting heeft wel te maken met de ongezonde leefstijl van een groot deel van de Nederlandse bevolking. Met preventie die is gericht op leefstijlfactoren zoals roken en overgewicht, is dan ook nog veel gezondheidswinst te behalen.⁸

Gezonde leefstijl op de landelijke agenda

Een gezonde leefstijl bevorderen is een punt dat de komende jaren prominent op de beleidsagenda van het kabinet staat. "Uitgangspunt is dat de overheid (zowel landelijk als lokaal) mensen ondersteunt om gezonde keuzes te maken. De lokale overheid is bij uitstek in staat de leefomgeving zo in te richten dat ze mensen stimuleert gezonder te leven. Ook de rol van de gezondheidszorg zelf is hierbij belangrijk. Zorgaanbieders moeten het als hun taak zien de patiënt te wijzen op de gevolgen van zijn gedrag. Zij moeten dat stelselmatiger doen, en vooral ook niet vrijblijvend. Ook zorgverzekeraars kunnen een belangrijkere rol spelen bij preventie dan tot nu toe."⁹ Het CVZ komt in het tweede kwartaal van 2007 met een signalement over Preventie en de zorgverzekering. In het signalement geeft het CVZ een plaatsbepaling van preventie en verzekerde zorg.

Signalement: Preventie en het te verzekeren pakket

Overigens heeft het CVZ ook in het verleden al adviezen uitgebracht die relevant zijn vanuit het perspectief van leefstijl en preventie. In 2003 bracht het CVZ het rapport 'Stoppen met roken ondersteuning zeker weten!' uit. Het onderwerp roken staat op de pakketagenda voor 2008.

Overgewicht en obesitas

Het meest in het oog springende gevolg van een veranderde leefstijl is dat overgewicht en obesitas zo veel vaker voorkomen dan voorheen.

⁷ RIVM. *Zorg voor gezondheid. Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2006*. Bilthoven: RIVM, 2006.

⁸ RIVM. *Zorgbalans. De prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg in 2004*. Bilthoven: RIVM, 2006. (zie ook: www.rivm.nl/gezondheidszorgbalans)

⁹ VWS. *Beleidsagenda 2007: Werken aan gezondheid*. Den Haag: Ministerie van VWS, 2006.

Overgewicht staat als gezondheidsprobleem niet op zichzelf: Het vormt een belangrijke risicofactor voor tal van chronische ziekten zoals diabetes mellitus type 2, hart- en vaatziekten, verschillende vormen van kanker en aandoeningen van het bewegingsapparaat. Overgewicht komt voor bij 84 procent van de diabetespatiënten en 56 procent van hen beweegt te weinig.¹⁰ Bij oudere mensen met overgewicht komen depressie en incontinentieproblemen vaker voor.

Kenmerkend voor veel chronische aandoeningen die deels het gevolg zijn van overgewicht, is dat ze niet alleen leiden tot vervroegd overlijden, maar vooral ook tot veel levensjaren in slechte gezondheid.¹¹

3.b. Advies en verduidelijkingen

Onder de noemer 'leefstijl' heeft het CVZ in dit pakketadvies verkend hoe het te verzekeren pakket kan inspelen op de gevolgen van overgewicht.

Verkenning leefstijlinterventies bij mensen met overgewicht en diabetes type 2 of glucose-intolerantie

Het CVZ heeft onderzocht of leefstijlinterventies met professionele ondersteuning gericht op mensen met diabetes type 2 of gestoorde glucosetolerantie (IGT) en overgewicht, in het zorgverzekeringspakket zouden moeten worden opgenomen. Het gaat hier om een groep met een groot risico op het ontwikkelen van (complicaties ten gevolge van) diabetes type 2. Het CVZ concludeert dat er op dit moment nog te veel onzekerheden zijn om leefstijlinterventies onder professionele begeleiding voor mensen met overgewicht en type 2 diabetes of glucose-intolerantie op te nemen als te verzekeren prestatie.

Advies prioritering onderzoek effectiviteit leefstijlinterventies

Het is onvoldoende bekend of dergelijke programma's effectief en kosteneffectief zijn in de Nederlandse situatie. Verder is onduidelijk wat voor de Nederlandse gezondheidszorg de 'best practice' is van deze interventie, hoe groot de doelgroep precies is, en aan welke financiële en organisatorische randvoorwaarden moet zijn voldaan. Het CVZ ziet met belangstelling resultaten van projecten op voornoemde aspecten, gefinancierd door ondermeer ZonMw tegemoet. Op grond van de onderzoeksresultaten verwacht het

¹⁰ Berg Jeths A. van den, Baan CA. *Prestatie-indicatoren voor preventie en zorg bij diabetes*. Bilthoven: RIVM, 2006.

¹¹ Gezondheidsraad. *Overgewicht en obesitas*. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003. Bemelmans W, Schuit J, Seidell JC en Visscher TL benadrukken de langere ongezonde levensverwachting in een ingezonden brief: *Overgewichtbeleid is onaanvaardbaar*. Medisch Contact 2006; 61: 170-1.

Visscher TL, Seidell JC. *The public health impact of obesity*. Annu Rev Public Health 2001; 22:355-75.

CVZ te kunnen adviseren of deze programma's moeten worden opgenomen in het zorgverzekeringspakket (zie bijlage 1.a.).

Verduidelijkingen

Om de uitvoeringspraktijk te faciliteren, legt het CVZ nader uit of en wanneer er recht is op de volgende interventies:

- bariatrische chirurgie (o.a. maagbandjes die voedselopname beperken) (bijlage 1.b);
- medicatie tegen overgewicht (bijlage 1.c);
- intramurale behandeling van obesitas (bijlage 1.d).

4. Noodzakelijkheid

4.a. Inleiding

De vraag die we stellen bij het principe *noodzakelijkheid* is: *Rechtvaardigt de ziekte of benodigde zorg, gegeven de culturele context, een claim op solidariteit?*

Bij dit principe is een aantal criteria aan de orde om te beoordelen of een interventie moet behoren tot de te verzekeren prestaties. Deze criteria zijn:

- ziektelast;
- algemeen gebruikelijk;
- voor eigen rekening.

Ziektelast

Als een aandoening nauwelijks enige ziektelast of beperkingen met zich meebrengt, is een beroep op de solidariteit (basispakket) niet aan de orde. Het CVZ beoordeelt de ziektelast bij een specifieke aandoening bij voorkeur met de maat 'Disability Adjusted Life Years' (DALY). Hiermee wordt de hoeveelheid gezondheidsverlies in een populatie aangegeven als gevolg van ziekten. De DALY is opgebouwd uit twee componenten: de jaren verloren door vroegtijdige sterfte en de jaren geleefd met ziekte. Met behulp van wegingsfactoren worden de jaren met ziekte 'gewogen' voor de ernst van de ziekte, zodat ze vergelijkbaar worden met levensjaren die door sterfte worden verloren.

Als bijvoorbeeld een ziekte een wegingsfactor van 0,5 heeft, wordt een jaar leven met deze ziekte beschouwd als gelijk aan een half jaar verloren door vroegtijdige sterfte (0,5 ziektejaar-equivalent). Op deze manier kunnen de verloren levensjaren en de ziektejaar-equivalenten opgeteld worden tot DALY's. Op deze schaal van 0 ('helemaal geen nadelige gevolgen') tot 1 ('zeer ernstige nadelige gevolgen') zou 'verkoudheid' bijvoorbeeld een wegingsfactor van 0,01 kunnen krijgen, en 'multiple sclerose' een veel hogere, bijvoorbeeld 0,70. Voor Nederland is de informatie over een groot aantal van deze wegingsfactoren en de bijbehorende DALY's beschikbaar via het RIVM.

Cosmetische interventies

Vanuit het criterium 'ziektelast' vallen bijvoorbeeld interventies die gericht zijn op cosmetische verbeteringen, buiten het zorgverzekeringspakket omdat de ziektelast te gering is.

Algemeen gebruikelijk: 'gewoon'	Een ander criterium voor noodzakelijkheid is of de interventie algemeen gebruikelijk ¹² is. Hiermee wordt bedoeld dat de interventie algemeen verkrijgbaar is, en min of meer bij het dagelijks leven hoort, al dan niet gekoppeld aan een bepaalde levensfase, bijvoorbeeld de ouderdom (leesbril en rollator).
Herstel: nazorg of eigen verantwoordelijkheid?	Bij het principe 'noodzakelijkheid' kan het ook gaan om de algemene gezondheidsconditie die op peil gebracht of gehouden moet worden. Na een ziekte is bijvoorbeeld aan de orde tot hoever herstel behoort tot de nazorg van de behandeling en waar de eigen verantwoordelijkheid begint om de optimale conditie te krijgen. Het CVZ vindt sport beoefenen behoren tot algemeen gebruikelijke activiteiten.
Gebruikelijke zorg in de AWBZ	Binnen de AWBZ valt te denken aan het criterium 'gebruikelijke zorg', waaronder het CVZ verstaat: de normale zorg die huisgenoten (partners onderling, ouders aan kinderen en andersom) aan elkaar leveren.
Voor eigen rekening	Bij het criterium 'algemeen gebruikelijk' spelen vaak ook de kosten een rol. Iets dat niet veel kost, ontwikkelt zich gemakkelijker tot algemeen gebruikelijk dan een interventie die veel kosten met zich meebrengt (bijvoorbeeld leesbril en rollator). Het gaat hier dus ook om het criterium wat kan 'voor eigen rekening'. Het is een politieke beslissing welke grens wij hiervoor in Nederland willen hanteren. Het CVZ heeft al eerder geconstateerd dat een cumulatie van kosten kan ontstaan, waardoor de toegankelijkheid van de zorg in gevaar komt. Toepassing van het criterium voor eigen rekening vergt dus een oplossing voor de stapeling van kosten.
Cumulatie van kosten	

4.b. In- en uitstroomadviezen

Adviezen uitstroom	Vanuit het pakketprincipe 'noodzakelijkheid' adviseert het CVZ om:
Eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen	<ul style="list-style-type: none"> • eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen te verwijderen uit de 'Regeling zorgverzekering' op basis van de criteria 'algemeen gebruikelijk' en/of 'voor eigen rekening', met uitzondering van de loopwagens en blindentaststokken (bijlage 1.g.);
Fentolamine/papaverine	<ul style="list-style-type: none"> • de vergoeding van intracaverneus fentolamine/papaverine ter behandeling van

¹² In de praktijk rond het pakketbeheer kent de terminologie 'algemeen gebruikelijk' verschillende betekenissen. Algemeen gebruikelijk kan verwijzen naar wat we 'gewoon' vinden en niet tot de zorg rekenen. De term verwijst echter ook naar 'algemeen gebruikelijk' in de kring van beroepsgenoten. In dit geval gaat het over zorg volgens de 'stand van de wetenschap en praktijk', die professionals 'plegen te bieden'. Het CVZ zal in het laatste geval voortaan spreken over de stand van de wetenschap en praktijk van zorginterventies.

erectiestoornissen te schrappen op basis van een combinatie van criteria en factoren, namelijk de relatief lage ziektelast, de relatief lage kosten waardoor het voor eigen rekening kan, en vanwege een consistent geneesmiddelenbeleid. Met dit laatste bedoeld het CVZ dat de meeste medicamenteuze behandelingen bij erectiestoornissen niet zijn aangewezen als een te verzekeren prestatie, zoals bijvoorbeeld orale therapie met de phosphodiësterase-type 5-remmers: sildenafil (Viagra®), tadalafil (Cialis®) en vardenafil (Levitra®). Dit terwijl intracaverneus fentolamine/papaverine (Androskat®) wel vergoed wordt (bijlage 1.h.).

Budgetimplicaties

De besparingen op de zorgkosten als gevolg van deze adviezen begroot het CVZ op:

- mobiliteitshulpmiddelen 10 miljoen euro
- fentolamine/papaverine 1 miljoen euro

4.c. Standpunten CVZ

Herstel & Balans

Het integrale programma 'Herstel & Balans' is erop gericht nazorg te bieden aan herstelde kankerpatiënten. Het CVZ heeft beoordeeld of dit programma opgenomen moet worden in het pakket, en komt tot het volgende oordeel:

- Het onderdeel 'sportactiviteiten' kan gerekend worden tot 'algemeen gebruikelijk' en 'voor eigen rekening'.
- Het onderdeel 'fysiotherapie' (indien geïndiceerd voor lymfoedeem en status na ziekenhuisopname) wordt vergoed ten laste van de Zvw (eerste negen zittingen voor eigen rekening).
- De (kosten)effectiviteit van het integrale programma Herstel & Balans op langere termijn is nog onvoldoende aangetoond (bijlage 1.e.).

Slechts één onderdeel van het programma valt nu onder de te verzekeren zorg mits verzekerde daarop is aangewezen.

Invriezen semen

Verder heeft het CVZ het standpunt ingenomen dat:

- het verzamelen, invriezen en bewaren van semen tot de te verzekeren prestatie kan behoren bij oncologische behandelingen die mogelijk infertiliteit als bijwerking hebben. Het CVZ heeft geredeneerd dat 'behandeling' van bijwerkingen van een primaire interventie tot de te verzekeren zorg kan behoren. Het CVZ adviseert het semen maximaal twee jaar te bewaren, en deze bewaartermijn op te nemen in het 'Besluit zorgverzekeringen' (bijlage 1.f.).

- Multifocale lenzen** De plaatsing van multifocale lenzen bij een cataractoperatie is (nog) geen gebruikelijke zorg en behoort niet tot de te verzekeren prestaties Zvw. Mocht deze interventie op termijn wel als te verzekeren prestatie instromen, dan zal deze in bijna geen enkel geval doelmatig zijn in het kader van de zorgverzekering. Om die reden mag deze behandeling dan niet ten laste komen van de zorgverzekering.
- Bijbetaling door de verzekerde voor niet-verzekerde zorg of niet-doelmatige zorg (i.c. bijbetaling voor het plaatsen van de multifocale lenzen in plaats van monofocale lenzen), is op dit moment wettelijk gezien niet mogelijk. Het CVZ zal verkennen of het mogelijk/gewenst is in de regelgeving de optie te introduceren voor bijbetalingen voor 'luxere' zorg (die weliswaar behoort tot de te verzekeren prestaties, maar veelal vanuit doelmatigheidsoogpunt niet door verzekeraars wordt vergoed/verstrekt). Het CVZ komt daar in een later stadium op terug (bijlage 1.i.). Vanwege dit element heeft het CVZ dit onderwerp opgenomen in het hoofdstuk noodzakelijkheid.
- Budgetimplicaties** De kosten van het standpunt begroot het CVZ op:
- invriezen semen 465.000 euro

5. Effectiviteit en kosteneffectiviteit

5.a. Inleiding

In dit hoofdstuk heeft het CVZ de adviezen, standpunten en verduidelijkingen geclusterd waarbij effectiviteit en/of kosteneffectiviteit een doorslaggevende rol spelen. De principes 'effectiviteit' en 'kosteneffectiviteit' lichten we nog even kort toe. Vervolgens gaan we in op diverse onderdelen van de Zvw en de AWBZ, omdat binnen en tussen deze twee wetten de beoordeling van de (kosten)effectiviteit verschillend geregeld is.

Effectiviteit

Het principe 'effectiviteit' is verankerd in de Zvw (Besluit zorgverzekering, artikel 2.1, lid 2). De inhoud en omvang van de zorgvormen (waarop de verzekerde recht heeft) worden mede bepaald door de stand van de wetenschap en praktijk. Als die maatstaf ontbreekt, dan geldt wat in het betrokken vakgebied wordt beschouwd als verantwoorde en adequate zorg en diensten.

Evidence based

Om de effectiviteit te beoordelen is 'evidence based medicine' het leidende principe. Het CVZ heeft hiervoor een beoordelingswijze ontwikkeld die aansluit bij de internationale standaarden op dit gebied (zie bijlage 1.ii.).

Indicatiegebied

Om te beoordelen hoe effectief een interventie is, is het indicatiegebied aan de orde, waarvoor deze interventie effectief is. Een interventie kan wel wat doen, maar bijvoorbeeld pas echt effectief zijn bij specifieke indicaties. Ook deze indicatiegebieden betreft het CVZ bij de advisering over in- en uitstroom en zijn nadere uitleg van het pakket op grond van effectiviteit. Dit sluit aan bij wat in de Zvw staat, namelijk dat een verzekerde redelijkerwijs aangewezen moet zijn op de zorg.

Binnen de Zvw stelt de hulpverlener meestal de indicatie vast. Wetenschappelijke verenigingen van beroepsgroepen stellen hiervoor veelal richtlijnen op. Verzekeraars hebben mogelijkheden om te bevorderen dat hulpverleners dergelijke richtlijnen naleven. Wanneer blijkt dat hulpverleners en verzekeraars niet in staat zijn om de indicatie adequaat te stellen, kan de zorg kwalitatief minder of minder doelmatig worden. Het CVZ kan dan overwegen om de minister te adviseren om pakketmaatregelen te nemen, waarmee 'gepaste zorg' wordt bevorderd.

Kosteneffectiviteit Bij het principe 'kosteneffectiviteit' gaat het om de verhouding tussen kosten en baten, en de vraag daarbij is steeds: is de verhouding tussen de kosten en de baten in de breedste zin acceptabel? De Raad voor de Volksgezondheid & Zorg (RVZ) heeft het debat over wat maatschappelijk acceptabel is aangezwengeld door maat en getal te noemen (80.000 euro per QALY per jaar als maximum met een ziektelast van 1,0 voor de kosten van de interventie).¹³

Om de kosteneffectiviteit vast te stellen, analyseert het CVZ onder meer de kostenutiliteit. Wat zijn de kosten van deze interventie per gewonnen levensjaar, gecorrigeerd voor kwaliteit (QALY)?

**Geneeskundige
zorg: open
omschrijving**

De omvang van bijvoorbeeld de te verzekeren prestaties eerstelijnszorg en medisch-specialistische zorg worden bepaald door twee zaken. In de eerste plaats geldt wat effectief is (voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk) en in de tweede plaats gaat het om de zorg die de desbetreffende zorgverleners plegen te bieden, tenzij een interventie expliciet is uitgesloten. De te verzekeren prestaties worden dus open omschreven en groeien mee met de stand van de wetenschap. Het CVZ kan de minister adviseren om op grond van bijvoorbeeld kosteneffectiviteit (of een of meer andere pakketprincipes) een interventie uit te sluiten of te beperken.

**Innovaties
geneeskundige
zorg en dbc-
beoordeling**

Het CVZ heeft in overleg met de Nederlandse Zorgautoriteit en de stichting DBC Onderhoud een procedure opgesteld, waarbij nieuwe of gewijzigde dbc-codes aangevraagd kunnen worden voor nieuwe zorgvormen, zodat zorgaanbieders de geleverde zorg kunnen declareren. Het CVZ beoordeelt deze diagnose-behandelcombinaties (dbc's) en adviseert de minister van VWS of het gaat om verzekerde zorg. Tot nu toe heeft het CVZ slechts één innovatieve dbc ter beoordeling ontvangen (zie bijlage 1.ee.).

Het CVZ vermoedt dan ook dat zorgaanbieders onder de huidige functiegerichte bekostiging en lumpsum, niet per se nieuwe dbc's nodig hebben om innovaties te kunnen leveren. Op dit moment vergroot het dbc-systeem het inzicht van het CVZ op de nieuwe ontwikkelingen in de medisch-specialistische zorg nog onvoldoende.

¹³ RVZ. *Zinnige en duurzame zorg*. Zoetermeer: RVZ, 2006.

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen die voldoen aan de omschrijving in de 'Regeling zorgverzekering' vallen onder de te verzekeren prestatie, mits zij voldoen aan artikel 2.1, lid 2 van het 'Besluit zorgverzekering' (stand van de wetenschap en praktijk). In de Ziekenfondswet (ZFW) was een dergelijk criterium niet in de wet verankerd. Op hulpmiddelen die niet voldoen aan deze omschrijving, bestaat geen recht. Het CVZ adviseert aan de minister van VWS over de vraag of een hulpmiddel moet worden toegelaten of verwijderd uit het pakket. Dit advies wordt gebaseerd op de pakketprincipes inclusief de kosteneffectiviteit.

Extramurale geneesmiddelen

Om te beoordelen of geneesmiddelen moeten worden opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem (extramurale geneesmiddelen), geldt een wettelijk geregelde beoordelingsprocedure. Hierbij wordt de therapeutische waarde van een geneesmiddel bepaald ten opzichte van de standaard of gebruikelijke behandeling. Criteria hierbij zijn werkzaamheid, effectiviteit, bijwerkingen, ervaring, toepasbaarheid en gebruiksgemak. Als geneesmiddelen onderling vervangbaar zijn, worden ze opgenomen in clusters van onderling vervangbare geneesmiddelen. In bijlage 1.e. van de 'Regeling zorgverzekering' zijn nadere voorwaarden opgenomen. Daarin wordt de vergoeding in de meeste gevallen beperkt tot specifieke indicaties.

Geneesmiddelen die niet in clusters kunnen worden opgenomen, kunnen wel worden opgenomen in het geneesmiddelenvergoedingssysteem als ze een therapeutische meerwaarde hebben. Als ze duurder zijn dan bestaande middelen voor dezelfde ziekte, dan moet wel worden onderbouwd dat ze kosteneffectief zijn. Een overzicht van deze beoordeling vindt u in bijlage 1.hh. Het CVZ heeft in februari 2007 een advies uitgebracht om het geneesmiddelenvergoedingssysteem te moderniseren (zie hoofdstuk 8).

Intramurale geneesmiddelen

In het kader van geneeskundige zorg adviseert het CVZ aan de Nederlandse Zorgautoriteit (NZA) of geneesmiddelen kunnen worden opgenomen in de financiële beleidsregels voor dure intramurale (wees)geneesmiddelen. De beleidsregels zijn instrumenten voor de NZa om de budgetten van ziekenhuizen gedeeltelijk te compenseren voor de kosten van dure geneesmiddelen. Hierbij geldt de bepaling dat de inzet van dure geneesmiddelen doelmatig dient te zijn.

De opnamecriteria van de beleidsregels zijn voor het CVZ het uitgangspunt voor zijn advies. Een geneesmiddel dient op zijn minst therapeutisch gelijkwaardig te zijn aan de gebruikelijke standaardbehandeling. Daarnaast moet er sprake zijn van een bepaald minimaal beslag op de kosten.

Het CVZ geeft eerst een advies over de *voorlopige* opname in de beleidsregel. Het CVZ beoordeelt daartoe de therapeutische waarde van een geneesmiddel, de kostenprognose en de vraagstelling voor de doelmatigheidstoets.

Drie jaar na de voorlopige opname beoordeelt het CVZ het geneesmiddel opnieuw. Naast de therapeutische waarde en het kostenbeslag beoordeelt het CVZ dan ook de doelmatigheid van een geneesmiddel. Deze beoordeling mondt uit in een advies aan de NZa of het geneesmiddel in de beleidsregel opgenomen kan blijven.

AWBZ

Ook in de AWBZ worden de interventies open en functiegericht omschreven, en kunnen deze door specifieke uitsluitingen beperkt worden. De effectiviteit van de AWBZ-gefinancierde zorg is tot nu toe minder beoordeeld op grond van wetenschappelijke onderzoeken. Effectiviteit is wel een onderdeel van de doelmatige zorgverlening in het kader van de AWBZ. Het CVZ toetst deze zorg daarom, waar mogelijk en nuttig, aan de stand van de wetenschap en praktijk op dezelfde manier als dat gebeurt bij Zwv-zorg. Voor behandelfuncties zijn effectiviteitstudies waarschijnlijk het meest voorhanden.

Advisering geschillen

Het CVZ bevordert dat verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders een eenduidige uitleg krijgen over de te verzekeren zorg. Dit doet het CVZ op verschillende manieren. Het geeft advies aan zorgverzekeraars en adviseert over individuele gevallen bij geschillen, zowel bij de AWBZ als bij de Zwv. Naar aanleiding daarvan geeft het CVZ regelmatig op de website en in andere publicaties een overzicht van de inhoud en omvang van de diverse te verzekeren prestaties en van de indicatiegebieden die daarbij horen.

Overzichten standpunten

Een overzicht van de recente standpunten en van de belangrijke adviesaanvragen van zorgverzekeraars is te vinden in bijlage 1.ff en 1.gg. en 1.jj. Dit overzicht is ook te vinden op de website van het CVZ.

5.b. In- en uitstroomadviezen

Advies instroom bekkenfysio- therapie

Het CVZ heeft op 8 juni 2006 de minister van VWS geadviseerd om

- bekkenfysiotherapie bij incontinentieklachten op te nemen als te verzekeren prestatie door de regelgeving aan te passen. Hiermee kan incontinentie voorkomen worden. Hierdoor vermindert de ziektelast en kan bovendien bespaard worden op de incontinentiematerialen (bijlage 1.j.).

Advies beperking vergoeding benzodiazepinen

Het CVZ constateert dat benzodiazepinen (medicatie bij slaap- en angststoornissen) in ons land de meest voorgeschreven geneesmiddelen zijn, terwijl de nationale en internationale richtlijnen alleen kortdurend gebruik aanbevelen. Als deze middelen medisch inadequaat worden voorgeschreven, leidt dit tot medicijnverslaving met alle mogelijke gevolgen. Bovendien zijn er aanzienlijke kosten mee gemoeid. Het CVZ adviseert daarom de minister om:

- de vergoeding van benzodiazepinen te beperken. De indicaties die als te verzekeren prestatie gehandhaafd blijven door het stellen van nadere voorwaarden (bijlage 1.e. van de Regeling zorgverzekering) zijn:
 - onderhoudsbehandeling epilepsie;
 - behandeling van angststoornissen indien medicamenteuze therapie met antidepressiva heeft gefaald;
 - patiënten met multiple psychiatrische problematiek, voor wie behandeling met (hoge) doses benzodiazepinen noodzakelijk is.

Het betreft hier een indicatieve tekst die het CVZ op verzoek van de minister zal uitwerken in nauw overleg met de zorgverzekeraars tot hanteerbare, duidelijke en toetsbare voorwaarden (bijlage 1.p.).

Het kortdurend medisch noodzakelijk gebruik komt hiermee, op grond van uitvoeringstechnische redenen, voor eigen rekening, zowel bij angststoornissen als bij slaapstoornissen. Doordat de duur hiervan veelal beperkt blijft tot maximaal 1 maand zijn de kosten per verzekerde per ziekte-episode met 12-16 euro te overzien. Het CVZ adviseert een overgangsjaar 2008, waarin patiënten, voorschrijvers en zorgverzekeraars zich verantwoordelijk kunnen maken voor de afbouw van de vergoeding (o.a. door het terugdringen van het chronisch gebruik en het aantal chronisch gebruikers).

- Budgetimplicaties** De budgetimplicaties van de opname van bekkenfysiotherapie en van de beperking van de vergoeding voor benzodiazepinen schat het CVZ als volgt in:
- Bekkenfysiotherapie kost 82,8 miljoen euro en de besparing op incontinentiemateriaal bedraagt 102,5 miljoen euro na 5 jaar. De besparing komt neer op netto besparing van 4 miljoen euro per jaar.
 - Beperking vergoeding benzodiazepinen levert een besparing van 102 - 104 miljoen euro. Dit is exclusief substitutie naar andere middelen en uitvoeringskosten.

5.c. Standpunten CVZ

- Vroege interventie neurostimulatie** Toen het CVZ het pakket beoordeelde, hoorden de volgende interventies op grond van de regelgeving en de stand van de wetenschap en praktijk tot de te verzekeren prestaties:
- vroege intensieve neurostimulatie bij kinderen in coma. Het CVZ heeft geconstateerd dat deze methode voor een nauw omschreven groep patiënten meerwaarde heeft ten opzichte van de standaardbehandeling (bijlage 1.k.);
 - Spinal cord stimulation (ruggenmergstimulatie). Het CVZ heeft opnieuw vastgesteld dat deze interventie conform de stand van de wetenschap en praktijk is, mits de verzekerde een juiste indicatie heeft (bijlage 1.l.).
- Spinal cord stimulation**
- Ness Handmaster** Toen het CVZ het pakket beoordeelde, hoorde de volgende interventie op grond van de stand van de wetenschap en praktijk *niet* tot de te verzekeren prestaties:
- Ness Handmaster (prothese voor hand en onderarm, waarbij gebruikgemaakt wordt van elektrostimulatie.) Het CVZ acht onvoldoende bewezen dat dit een effectieve interventie is, en stelt daarom dat deze uit de 'Regeling zorgverzekering' moet worden geschrapt (bijlage 1.q.).
- In het *Signaleringsrapport hulpmiddelen 2006* heeft het CVZ de volgende interventies beoordeeld:
- Heupbeschermers**
- heupbeschermers
Op basis van onderzoek concludeert het CVZ dat er twijfels bestaan over de effectiviteit van de heupbeschermer, zowel in de thuissituatie als in verzorgings- en verpleeghuizen. Om deze reden beveelt het CVZ aan de heupbeschermer niet op te nemen als te verzekeren prestatie (bijlage 1.r.).

Hulpmiddelen met elektrostimulatie

- hulpmiddelen met elektrostimulatie (ES)
Hoewel de toepassing van elektrostimulatie in de revalidatiezorg een veelbelovende ontwikkeling is, bevinden de ES-hulpmiddelen zich nog in de experimentele fase. Het CVZ oordeelt daarom dat deze nog niet in aanmerking komen om te worden opgenomen als te verzekeren prestatie Zvw (bijlage 1.s.).

Budgetimplicaties

Als de Ness Handmaster niet langer vergoed wordt, levert dit een besparing op van ongeveer 1,3 miljoen euro, exclusief eventuele substitutie.

5.d. Verduidelijkingen

Verduidelijkingen

Het CVZ heeft naar aanleiding van signalen uit de uitvoeringspraktijk de volgende interventies verduidelijkt:

Chirurgische of medicamenteuze behandeling prostaatcarcinoom

- chirurgische of medicamenteuze castratie bij het prostaatcarcinoom. Het CVZ heeft beide behandelingen met elkaar vergeleken en constateert dat in de spreekkamer moet worden afgewogen welke behandeling de voorkeur verdient. Het CVZ attendeert verzekeraars en specialisten op de bestaande richtlijnen voor hormonale behandeling (bijlage 1.m.).

Stimulering kinderen met verstandelijke handicap

- stimulering van kinderen met een verstandelijke handicap valt onder de AWBZ-functie 'activerende begeleiding'. Er zijn voldoende aanwijzingen dat extra stimuleren van deze kinderen hun ontwikkeling bevordert. Hoeveel zorg en welke zorg doelmatig is, zal het CVZ nader beoordelen (bijlage 1.n.).

Lokomat in loopbandtraining

- het gebruik van Lokomat in de revalidatiezorg. Het CVZ stelt vast dat loopbandtraining algemeen geaccepteerd is als behandeling bij de revalidatie van patiënten met neurologische loopbeperkingen. Robotgeassisteerde loopbandtraining zoals met de Lokomat, is hier een variant op. Het is aan de revalidatie-instellingen om te beoordelen of ze deze gaan gebruiken en uit hun budget bekostigen (zie bijlage 1.o.).

6. Groot maatschappelijk belang

6.a. Inleiding

Interventies met een mogelijk *groot maatschappelijk belang* kenmerken zich door een groot kostenbeslag, en/of door een groot volume (aantallen patiënten) en/of door ethische vragen. Voorbeelden zijn de introductie van steunharten als bestemmingstherapie (en niet als overbrugging tot transplantatie), en stamceltransplantaties, genetische diagnostiek van erfelijke ziekten, en de implementatie van de nieuwe 'Richtlijn Cholesterolremmers'. In dit rapport heeft het CVZ twee interventies nader beschouwd en een standpunt ingenomen over hoe effectief deze zijn.

6.b. Standpunten en adviezen CVZ

Steunharten

Als eerste onderwerp van groot maatschappelijk belang heeft het CVZ de toepassing van steunharten onder de loep genomen. Het CVZ heeft daarbij het volgende geconstateerd:

- Het is nog geen stand van wetenschap en praktijk dat kunst- en steunharten worden geplaatst als bestemmingstherapie. Deze interventie behoort dus niet tot de te verzekeren prestaties geneeskundige zorg Zvw, en kan niet gefinancierd worden ten laste van de Zvw.
- Als deze interventie eventueel instroomt, zal dit met hoge kosten gepaard gaan.
- Op grond van de nu beschikbare gegevens is daarbij de verhouding tussen kosten en gezondheidswinst ongunstig.
- Een steunhartenprogramma in Nederland is wel belangrijk, en het CVZ adviseert dit te financieren ten laste van de academische component of het onderzoeksprogramma van ZonMw.

Het CVZ zal nauwlettend blijven volgen hoe de toepassing van steunharten zich ontwikkeld (bijlage 1 t.).

Stamceltherapie

Als tweede onderwerp van groot maatschappelijk belang heeft het CVZ gekeken naar de stamceltherapie. Op 23 november 2006 heeft het CVZ het rapport *Stamceltherapie en de zorgverzekering* uitgebracht aan de minister. Het CVZ stelt daarin vast:

- welke twaalf indicaties voor stamceltherapie aan te merken zijn als zorg zoals medisch specialisten die plegen te bieden volgens de huidige stand van wetenschap en praktijk.

Verder adviseert het CVZ:

- alle vormen van stamceltherapie onder te brengen in de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV);
- te bevorderen dat navelstrengbloed wordt afgestaan aan de publieke weefselbank;
- voorlichting te geven over de mogelijkheden en onmogelijkheden van stamceltransplantatie (bijlage 1.u.).

7. Langdurende zorg

7.a. Inleiding

Toekomst AWBZ De langdurende zorg wordt grotendeels gefinancierd via de AWBZ. Maar ook onder de Zvw valt zorg aan chronisch zieken. Vanaf 1 januari 2007 is de huishoudelijke verzorging niet langer onderdeel van de te verzekeren zorg, maar valt deze onder de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Het kabinet Balkenende IV zal volgens het Coalitieakkoord geen verdere stappen zetten in het traject van Wmo en AWBZ.

Het CVZ heeft in de rapporten *Toekomst AWBZ* van 26 augustus 2004 en *Zorg en participatie gegarandeerd* van 24 november 2005 geadviseerd om te werken met één wettelijke regeling voor de zorg en één voor maatschappelijke ondersteuning. Met deze aanpak kan grensvlakproblematiek worden beperkt en participatie worden bevorderd.

Grensvlakproblematiek Zvw en AWBZ Deze grensvlakproblematiek bestond al onder de Ziekenfondswet, maar is toegenomen met de invoering van de Zvw. Sinds de Zvw is ingevoerd, gaat de AWBZ namelijk niet langer 'voor' op de curatieve zorg. Dit heeft nogal wat gevolgen voor de uitvoeringspraktijk.

In dit *Pakketadvies 2007* richt het CVZ zich op de grensvlakproblematiek die zich nu voordoet. Daarnaast neemt het CVZ een standpunt in, en geeft enkele adviezen en verduidelijkingen die de uitvoeringspraktijk moeten faciliteren.

7.b. Standpunt CVZ

Standpunt functies verpleging en persoonlijke verzorging Het CVZ heeft in indicatiegeschillen geadviseerd over het onderscheid tussen de AWBZ-functies 'verpleging' en 'persoonlijke verzorging'. Het CVZ heeft een standpunt ingenomen over welke activiteiten vallen onder deze beide functies. Het uitgangspunt voor dit standpunt is dat alle zorg die mensen voor zichzelf plegen te bieden tot persoonlijke verzorging behoren. Daartoe behoort ook zelfzorg die mensen met een ziekte, aandoening of beperking zelf plegen uit te voeren. Handelingen die zo complex zijn of een zo specifieke deskundigheid vereisen dat het niet gebruikelijk is dat mensen die zelf uitvoeren, behoren tot verpleging (bijlage 1.w.).

7.c. Adviezen en verduidelijkingen

Problematiek thuisbeademing	Het CVZ heeft problemen in de uitvoeringspraktijk bij thuisbeademing geconstateerd en vastgesteld dat: <ul style="list-style-type: none">• verpleging in verband met thuisbeademing behoort tot de verzekerde zorg in het kader van het 'Besluit zorgverzekering' (BZV) (art. 2.11), maar nu gefinancierd wordt ten laste van de AWBZ;
Polissen aanpassen	<ul style="list-style-type: none">• verzekeraars hun polissen voor 2008 hierop moeten aanpassen;• de directe beschikbaarheid van de hulpverlener voor deze doelgroep essentieel is en dat het CVZ voor deze indicatie onderzoekt hoe deze zorg te bekostigen;
Advies pgb-regeling	<ul style="list-style-type: none">• verzekerden die op grond van deze indicatie nu een pgb AWBZ ontvangen, de mogelijkheid moeten hebben om deze tot 1 januari 2008 te behouden. Het CVZ adviseert de minister de regeling hierop aan te passen (bijlage 1.x.).
	De budgettaire consequenties zijn macroneutraal (verschuiving AWBZ naar Zvw) en schat het CVZ op 39 miljoen euro.
Advies overheveling revalidatiezorg	Het CVZ heeft de somatische revalidatie onderzocht, die plaatsvindt op het grensvlak tussen de Zvw en de AWBZ. Op grond van de resultaten verheldert het CVZ wat nu behoort tot de te verzekeren prestaties Zvw en wat tot de AWBZ. Daarnaast adviseert het CVZ aan de minister om: <ul style="list-style-type: none">• revalidatiezorg prioriteit te geven bij de overheveling naar de Zvw. Het CVZ zal de informatie verzamelen die nodig is om een dergelijke beslissing voor te bereiden (bijlage 1.y.).
Advies herschikking functie activerende begeleiding	In december 2005 heeft het CVZ geadviseerd om de functie 'activerende begeleiding' te herschikken tussen de functies 'behandeling' en 'ondersteunende begeleiding'. Hiermee komt het CVZ tegemoet aan de behoefte om de functies in de AWBZ-uitvoeringspraktijk beter af te bakenen. Dit voorstel noemt de minister van VWS in zijn brief aan de Tweede Kamer van 12 december 2006 over de toekomst van de AWBZ (zie bijlage 1.v.).
Kompas AWBZ	In april 2007 brengt het CVZ het <i>Kompas AWBZ</i> uit, waarin de AWBZ- functies worden verduidelijkt en waarin wordt aangegeven waar de grens ligt tussen de zorg die tot de AWBZ gerekend kan worden en de zorg waarbij dat niet meer kan.

8. Bevorderen dat het zorgverzekeringssysteem en de uitvoeringspraktijk goed werken

8.a. Inleiding

Met de Zvw, de AWBZ en de bijbehorende regelgeving is een bepaalde werking beoogd. De wetten en regels kunnen daarin tekortschieten, of niet meer actueel zijn. Het CVZ als pakket-beheerder kan de minister adviseren om regelgeving aan te passen, met als doel het systeem van zorgverzekeringen adequaat te laten functioneren. Een voorbeeld hiervan is het advies dat het CVZ op verzoek van de minister heeft uitgebracht over het geneesmiddelenvergoedingssysteem.

Deze adviezen en aanbevelingen van het CVZ kunnen ook betrekking hebben op de werkzaamheden van de NZa.

Verduidelijkingen te verzekeren prestaties en AWBZ-zorg

Het CVZ constateert verder dat verzekerden, verzekeraars en zorgaanbieders in de praktijk van alle dag soms geen duidelijkheid hebben over een aantal interventies. Horen deze nu tot de te verzekeren prestaties, en zo ja: onder welke voorwaarden dan? Het gaat hierbij niet zo zeer om vragen naar de stand van de wetenschap, maar om hoe de regelgeving in de praktijk gehanteerd moet worden. Het CVZ wil die uitvoeringspraktijk faciliteren. Op grond van signalen die het heeft ontvangen, legt het CVZ nader uit of een interventie behoort tot de te verzekeren prestaties. Het CVZ noemt dit verduidelijkingen.

E-health

Ook de invoering van ICT in de zorg (E-health) kan vragen oproepen of iets wel of niet tot de te verzekeren prestaties behoort. Veelal roept de invoering van ICT in de zorg echter niet zo zeer een pakketvraag (valt het onder de te verzekeren prestatie?) op, maar vragen over de manier van leveren (wie en hoe). Daarbij spelen kwaliteits- en privacyaspecten en kosteneffectiviteit een rol. Dit zijn zaken die niet primair tot het domein van het CVZ behoren, maar waar het CVZ de uitvoeringspraktijk wel kan faciliteren.

8.b. Adviezen en verduidelijkingen

Advies modernisering GVS

Het CVZ heeft op 2 februari 2007 een adviesrapport uitgebracht over de modernisering van het geneesmiddelenvergoedingssysteem. De minister had het CVZ gevraagd voorstellen te doen om de kwaliteit van het huidige geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) te verbeteren en een vergoedingssysteem te ontwerpen dat ook op de langere

termijn een grotere rol kan spelen bij de beheersing van de kosten van het geneesmiddelengebruik. In het vernieuwde GVS moeten de besparingen vanuit het convenant dat 1 januari 2008 eindigt, bij voorkeur behouden blijven.

Het CVZ stelt de volgende aanpassingen voor:

- een indeling van geneesmiddelen in therapeutische klassen (in plaats van op basis van onderlinge vervangbaarheid);
- een dynamisch vergoedingssysteem dat gebaseerd is op die indeling in therapeutische klassen en op het feit of op geneesmiddelen al dan niet een octrooi zit;
- een aantal technische wijzigingen waardoor het GVS eenvoudiger kan worden uitgevoerd.

Met dit aanpassingsvoorstel komt het CVZ tegemoet aan de belangrijkste knelpunten die er zijn in het huidige GVS, of die daarin worden ervaren. Daarnaast laat het voorstel ruimte aan de overheid en de andere partijen om de gewijzigde verantwoordelijkheden in te vullen, die beoogd zijn met onder andere de invoering van de Zvw. Het rapport is te vinden op www.cvz.nl onder de titel *Voorstel modernisering GVS*.

***Nadere
voorwaarden
geneesmiddelen***

De minister kan aan de verzekerde prestatie farmaceutische zorg nadere voorwaarden verbinden (BZV, art. 2.8, lid 2.a). Deze voorwaarden zijn opgenomen in bijlage 1.e. van de 'Regeling zorgverzekering' (RZV).

Het CVZ onderzoekt regelmatig of de geldende voorwaarden nog actueel zijn. Op basis van de nu uitgevoerde actualisering adviseert het CVZ aan de minister:

- de nadere voorwaarden voor zes geneesmiddelen(groepen) te laten vervallen en voor twee geneesmiddelen(groepen) te handhaven;
- bij voorkeur in de nadere voorwaarden een gespecificeerde indicatie op te nemen in plaats van de geregistreerde indicatie;
- om voor alle geneesmiddelen met een zeer zeldzame, niet-geregistreerde indicatie de nadere voorwaarden op te nemen in één artikel (bijlage 1.bb.).

***Verduidelijkingen
plastische chirurgie
en zorg aan
transseksuelen***

Het CVZ verduidelijkt de volgende te verzekeren prestaties

- zorg aan transseksuelen (bijlage 1.z.);
- plastische chirurgie. Samen met VAGZ en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft het CVZ de *Werkwijzer plastische chirurgie* opgesteld (bijlage 1.aa.).

***En advies
aanpassing
regelgeving BZV
transseksualiteit***

Het CVZ constateert dat het wettelijke beoordelingskader dat geldt voor de aanpassing van primaire geslachtskenmerken, verschilt van het kader voor de aanpassing van secundaire geslachtskenmerken. Op de primaire geslachtskenmerken is de uitzonderingsgrond uit het BZV van toepassing uit artikel 2.4, lid 1, onder b, ten vijfde. Op de secundaire geslachtskenmerken zijn de uitzonderingsgronden uit het BZV van toepassing uit artikel 2.4, lid 1, onder b, ten eerste of ten tweede. Dit betekent dat aanpassing van de secundaire geslachtskenmerken moet worden getoetst aan het criterium 'lichamelijke functiestoornis' of aan het criterium 'verminking'. In de praktijk bestaat ook onduidelijkheid over het verschil in benadering tussen primaire en secundaire geslachtskenmerken. Het is gewenst de regelgeving te verhelderen om de vaste uitleg die in het BZV wordt gegeven aan het bepaalde (art. 2.4, lid 1, onder b, ten vijfde) in de regelgeving zelf tot uitdrukking te brengen. Dit kan door in de zinsnede 'uiterlijke geslachtskenmerken bij een vastgestelde transseksualiteit' het woord 'uiterlijke' te vervangen door 'primaire'.

***Teledermatologisch
consult***

***Webmailconsult
huisartsen***

***Declaraties na
overlijden
verzekerde***

Het CVZ heeft in het kader van E-health het teledermatologische consult en het webmailconsult huisarts verduidelijkt (valt onder de te verzekeren prestatie eerstelijnszorg Zvw), en adviseert betrokken partijen om de kwaliteitseisen voor E-health-toepassingen verder te ontwikkelen en daarbij aan te sluiten bij de (inter)nationale standaarden (bijlage 1.cc.).

Het CVZ heeft verduidelijkt welke activiteiten na het overlijden van verzekerde tot de te verzekeren prestaties behoren. Het gaat dan om bijvoorbeeld sectie en onderzoeksactiviteiten (bijlage 1.dd.).

9. Pakketmaatregelen coalitieakkoord

Coalitieakkoord

Het CVZ gaat kort in op de voorgenomen pakketmaatregelen zoals verwoord in het coalitieakkoord van CDA, PvdA en ChristenUnie van 7 februari 2007. Het betreft de volgende interventies:

- Vergoeden van de pil voor vrouwen boven de 21 jaar;
- Uitbreiding aantal uren kraamzorg;
- Vergoeden jaarlijkse periodieke tandartscontrole.

Het CVZ gaat er vanuit dat de minister hem advies zal vragen over de voorgenomen maatregelen.

Anticonceptiepil

De anticonceptiepil voor vrouwen boven de 21 jaar is wordt sinds 1 januari 2004 niet langer vergoed. Dat geldt ook voor het spiraaltje.

Het gebruik van anticonceptiva is door deze maatregel nauwelijks afgenomen. Wel heeft zich een verschuiving voorgedaan van orale naar locale anticonceptiva, zoals het hormoon bevattende spiraaltje, mogelijk vanwege financiële overwegingen, omdat het eenmalige kosten zijn. Een groot aantal zorgverzekeraars heeft de anticonceptiva voor vrouwen vanaf 21 jaar opgenomen in hun aanvullende verzekeringen.

Het aantal abortussen is in 2004 ten opzichte van 2003 toen de anticonceptiepil nog werd vergoed, niet toegenomen. In 2005 blijkt uit gegevens van de Inspectie voor de gezondheidszorg dat het aantal abortussen zich heeft gestabiliseerd. Gegevens over 2006 zijn nog niet beschikbaar.

Budgettair effect vergoeden pil boven 21 jaar

Het CVZ raamt de kosten van het weer vergoeden van de pil voor vrouwen boven de 21 jaar op basis van de GIP-cijfers op 65 miljoen euro. Daarnaast bedragen de bijbetalingen voor verzekerden ongeveer 4 miljoen euro. Met de vergoeding van het spiraaltje is 1 miljoen euro gemoeid.

Uitbreiding uren kraamzorg

Onder de Ziekenfondswet was in het Verstrekkingenbesluit het minimaal en maximaal aantal uren kraamzorg (24 – 80) geregeld. Met invoering van de functionele omschrijving in de Zvw heeft de wetgever het aantal uren aan partijen overgelaten. De omschrijving van de te verzekeren prestatie op het gebied van de kraamzorg in het Besluit Zorgverzekering luidt als volgt:

‘Naast de in art. 2.10 bedoelde verzorging, omvat verzorging tevens zorg zoals kraamverzorgenden die plegen te bieden aan moeder en kind in verband met een bevalling gedurende ten hoogste 10 dagen, te rekenen van af de dag van bevalling.’

In art. 2.37 van de Regeling zorgverzekering is verder bepaald dat de verzekerde voor kraamzorg € 3,60 per uur betaalt.

Indicatieprotocol

In september 2005 hebben partijen (Branchebelang Thuiszorg Nederland, ActiZ, Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, Sting-beroepsvereniging van de verzorging, Landelijke vereniging georganiseerde eerstelijns (LVG), Zorgverzekeraars Nederland en het Ministerie van VWS) het indicatieprotocol kraamzorg vastgesteld. Partijen hebben besloten dit protocol te toetsen op haalbaarheid. Het CVZ heeft dit projectonderdeel bekostigd. In een pilot bij kraamzorg Rotterdam en Kraamzorg de Waarden – regio Oud Beijerland hebben kraamverzorgenden, intakers en managers volgens het protocol gewerkt. 2006 is aangemerkt als overgangsjaar. De bevindingen uit de regio en de resultaten uit de pilot vormden de basis voor het aanscherpen van het indicatieprotocol. Na zorgvuldige afweging hebben genoemde partijen besloten het indicatieprotocol aan te scherpen.

44 uur kraamzorg

De 2^e versie van het Indicatieprotocol dateert van oktober 2006. Het huidige aantal uren kraamzorg is volgens het indicatieprotocol 44 uur exclusief de partusassistentie. In opdracht van de stuurgroep zal medio 2007 de resultaten van een monitor naar de toepassing van het indicatieprotocol bekend worden.

Onderzoek TNO

In opdracht van VWS voert TNO thans een onderzoek uit naar vroegsignalering door kraamverzorgenden bij probleemgezinnen. In mei 2007 is bespreking van het concept-rapport gepland. Na verwerking van de aanbevelingen zal TNO het rapport in juni aan VWS aanbieden.

Tandartscontrole

Tot 2002 hadden volwassen verzekerden aanspraak een 'preventief onderhoud' per jaar tenzij de verzekerde meer keren per jaar op die hulp was aangewezen. Vanaf 2002 is de aanspraak gewijzigd. Verzekerden hadden aanspraak op één keer per jaar 'periodiek preventief onderzoek'. Het verwijderen van tandsteen maakte niet langer deel uit van het 'periodiek preventief onderzoek'.

Met ingang van 1 januari 2004 is de aanspraak op het periodiek preventief onderzoek geheel komen te vervallen. In het, op 27 november 2003 uitgebrachte, *Signalement Mondzorg- Evaluatie beperking aanspraak tandheelkunde* reageert het CVZ op het voornemen de aanspraak op het periodiek preventief onderzoek met ingang van 1 januari 2004 te laten vervallen. Het CVZ schreef in het signalement dat met het verwijderen van het periodiek preventief onderzoek uit het

pakket niet langer gesproken kan worden van een drempelloze toegang tot preventieve tandheelkundige hulp en kondigde aan de ontwikkeling van de mondgezondheid te blijven volgen en daarbij de effecten van het schrappen van de nog resterende aanspraak op tandheelkundige hulp voor volwassenen betrekken.

***Monitoren effecten
op toegang
tandheelkundige
zorg***

In reactie op het *Signalement Mondzorg- Evaluatie beperking aanspraak tandheelkunde* gaf de minister (13 februari 2004) aan dat het CVZ kon beginnen met het monitoren van het effect op de toegang tot tandheelkundige zorg als gevolg van het schrappen van het periodiek preventief onderzoek voor volwassenen per 1 januari 2004.

Het onderzoek naar de ontwikkeling van de mondgezondheid van volwassenen ('Mondgezondheid, tandartsbezoek en preventief gedrag bij volwassenen') is van start is gegaan. De eindrapportage zal uiterlijk december 2008 worden uitgebracht. Daarnaast loopt er een onderzoek naar de doelmatigheid van periodieke tandheelkundige controleonderzoeken. De resultaten van dit onderzoek zullen eind 2007 bekend worden. Het CVZ zal op grond van de resultaten van deze onderzoeken advies uitbrengen aan de minister.

***Budgettair effect
vergoeden
tandartscontrole***

Afhankelijk van de precieze invulling van het periodiek preventief onderzoek, is hiermee minimaal € 175 miljoen aan kosten gemoeid.

10. Reactie stakeholders

Bijna alle stakeholders hebben gebruik gemaakt van de mogelijkheid om een bestuurlijke reactie op het conceptrapport Pakketadvies 2007 van 18 januari 2007 te geven.

Reacties NPCF, CG-Raad en CSO

De NPCF en de CG-Raad stellen in hun reacties dat zij van mening zijn onvoldoende te zijn betrokken bij de methodiek van pakketbeheer, zoals beschreven in het rapport 'Pakketbeheer in de praktijk'. Hierover moet naar hun mening eerst een consultatieronde met patiënten- en consumentenorganisaties plaatsvinden. Het Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) is per abuis niet uitgenodigd om een bestuurlijke reactie te geven op het *gehele* concept-pakketadvies.

Op 6 maart 2007 heeft het CVZ overleg gevoerd met de NPCF, CG-Raad en CSO naar aanleiding van deze reacties. Genoemde partijen hebben gepleit om het pakketadvies twee maanden aan te houden en in die periode een brede consultatie te houden over de principes van pakketbeheer.

Het CVZ heeft besloten om het uitbrengen van het Pakketadvies 2007 niet met twee maanden uit te stellen om de volgende redenen:

Pakketprincipes niet nieuw

Ten eerste zijn de in het rapport genoemde pakketprincipes niet nieuw of omstreden. Het CVZ heeft in het rapport het raamwerk van de beoordelingssystematiek weergegeven. We beschrijven hoe de formulering van standpunten ten aanzien van de grenzen van het pakket (het zogenaamde duiden), in zijn werk gaat. Het gaat bijvoorbeeld om de wijze waarop het CVZ invulling geeft aan de pakketcriteria "stand der wetenschap en praktijk" zoals die in de Memorie van Toelichting bij de Zorgverzekeringswet zijn genoemd.

Daarnaast heeft het CVZ aangegeven welke principes het bij de advisering over in- en uitstroom hanteert. Deze zijn in lijn met de zogenaamde "trechter van Dunning" en sluiten aan bij de criteria die het RVZ noemt in het rapport "Zinnige en duurzame zorg". Wel is verschil van opvatting mogelijk over de wijze waarop de principes worden toegepast. Daarom heeft het CVZ in zijn rapport aangegeven de uitwerking en toepassing van de principes samen met veldpartijen verder te willen vormgeven. Zowel de patiëntenverenigingen als het CVZ hebben in het gesprek aangegeven in de komende periode intensief te willen investeren in dit proces.

***Pakketadvies
zelfstandig
beoordeelbaar***

Ten tweede vinden wij het pakketadvies zelfstandig beoordeelbaar. Het merendeel van de benaderde stakeholders heeft wel gereageerd. De opmerkingen die zij hebben gemaakt, vermeldt het CVZ in het pakketadvies aan de minister; ook laat het CVZ zien op welke punten de opmerkingen hebben geleid tot aanpassingen.

Tot slot vindt het CVZ de verdere uitwerking van de beoordelingssystematiek samen met partijen te belangrijk om dat onder een dergelijke tijdsdruk te laten plaatsvinden. Dat zou onvoldoende recht doen aan de complexiteit van het pakketbeheer.

De inhoudelijke opmerkingen van NPCF, CG-Raad en CSO vat het CVZ hierna samen.

De NPCF is van mening dat het kwaliteitsaspect en het patiëntenperspectief niet herkenbaar zijn in de operationalisatie van de pakketcriteria. De wetenschappelijke bewijslast en de kostenbeheersing krijgen hierdoor de overhand. Ook de beoordelingsmethodiek is nog niet uitgekristalliseerd (bijvoorbeeld bepaling en gebruik van ziektelast; wat is algemeen gebruikelijk; wat is 'maatschappelijk belang'; hoe is er ruimte voor het beoordelen van innovaties).

In de optiek van de CG-Raad overheerst nu de kostenbeheersing bij de (toepassing van de) pakketprincipes. Verder mist de CG-Raad een normatief kader waarmee de effectiviteit van interventies op een zorgvuldige manier in beeld kan worden gebracht. De CG-Raad denkt aan het functioneel omschrijven van zorgvormen, waarbij de uitkomst getoetst wordt aan de effectiviteit op het gehele functioneren van mensen.

Het CSO vindt dat het CVZ zich moet laten leiden door wat maatschappelijk en politiek houdbaar en aanvaardbaar wordt gezien en niet zelf criteria als noodzakelijkheid en kosten-effectiviteit moet interpreteren. Verder is het CSO van mening dat de uitgangspunten van de Zvw en AWBZ nader moeten worden uitgewerkt in relatie tot het pakketbeheer. Het noemt daarbij vraagsturing, functionaliteit van zorgvormen, ervaring van gebruikers, financiële houdbaarheid, verevening en anticumulatieregeling van alle eigen betalingen en eigen bijdragen. Het CSO gaat verder in op de uitwerking van de pakketprincipes.

Alle drie de organisaties pleiten voor een tijdige en transparante consultatieprocedure.

Nadere uitwerking pakketprincipes en procedure consultatie

Zoals hiervoor gezegd deelt het CVZ het belang van een nadere uitwerking van de pakketprincipes en wil hierin investeren. De spelregels worden daarvoor bepaald door de politiek, zoals het hanteren van afkappunten voor kosten-effectiviteit, ziektelast, het bepalen van hoogte van eigen bijdragen en eigen risico's.

Dit nadere uitwerking geldt evenzeer voor de procedurele betrokkenheid van stakeholders bij het gehele pakketbeheer.

Advies osteotomie aangehouden

De bestuurlijke reacties van de stakeholders hebben aanleiding gegeven tot een aantal aanpassingen en verduidelijkingen in het rapport Pakketadvies 2007. In één geval heeft de bestuurlijke reactie (van Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Nederlandse Maatschappij voor Tandheelkunde (NMT) en de Associatie Nederlandse Tandartsen (ANT) geleid tot aanhouding van een deeladvies uit het Pakketadvies 2007 (herformulering omschrijving osteotomie in de tandheelkunde). In de bestuurlijke reactie op het advies over de osteotomie is, onder andere na overleg met de NMT, een mogelijke andere benadering van de geconstateerde onduidelijkheden in beeld gekomen. Het CVZ zal deze andere benadering nader onderzoeken en in een later stadium advies uitbrengen.

Aanpassing advies benzodiazepinen

In het rapport is bij de afzonderlijke interventies steeds een passage opgenomen of de bestuurlijke consultatie aanleiding is geweest tot aanpassing of verduidelijking. Het advies over de beperking van de vergoeding van benzodiazepinen is ingrijpend aangepast naar aanleiding van de bestuurlijke consultatie op grond van de uitvoerbaarheid.

Aanpassing advies eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen

Het advies over het schrappen van de eenvoudige mobiliteitshulpmiddelen als te verzekeren prestatie (met uitzondering van de loopwagens) is eveneens aangepast. De blindentaststokken zijn hiervan uitgezonderd vanwege een combinatie van argumenten, zoals de cumulatie van kosten, inkomenseffecten als gevolg van de handicap en de afbakenbaarheid van de doelgroep.

Effectiviteit opnieuw beoordeeld

In een aantal gevallen zijn stakeholders het niet eens met de conclusie van het CVZ dat de effectiviteit van interventies onvoldoende is aangetoond. Echter, in geen van deze gevallen is nieuwe literatuur aangedragen die bij beoordeling door het CVZ tot een ander resultaat heeft geleid.

<i>Signalen voor de toekomst</i>	Stakeholders hebben verder interventies aangedragen die zij graag beoordeeld willen zien op grond van de pakketcriteria. Het CVZ zal deze signalen betrekken bij het Pakketadvies 2008 of de Pakketagenda 2009-2010.
<i>Algemene punten</i>	<p>Een aantal stakeholders heeft punten aan de orde gesteld die algemeen van aard zijn. Het gaat om de volgende punten:</p> <ul style="list-style-type: none"> • de benadering van het zorgverzekeringspakket door CVZ (ZN, NZa, CG-Raad, CSO); • de beoordeling van de effectiviteit van behandelingen (evidence-based) (Nefarma); • de uitwerking van het patiëntenperspectief (NPCF, CG-Raad, CSO); • kostenbeheersing overheerst bij toepassing pakketprincipes (NPCF, CG-Raad, CSO); • innovaties in de zorg (diverse stakeholders); • de werking van de beleidsregels dure geneesmiddelen (ZN); • de omschrijving van de te verzekeren prestatie fysiotherapie (KNGF).
<i>Functiegerichte benadering</i>	<p>ZN, NZa, CG-Raad en CSO zijn van mening dat uitgangspunt van de Zorgverzekeringswet (en AWBZ) de functiegerichte benadering is. In de huidige Zvw zijn nog lang niet alle te verzekeren prestaties functiegericht omschreven (bijvoorbeeld hulpmiddelen zijn slechts deels functiegericht omschreven). Dit zou verder ontwikkeld moeten worden, waarbij de CG-Raad er voor pleit om de functionele omschrijvingen uit te werken als resultaatomschrijvingen van zorgvormen (uitkomst voor de patiënt).</p> <p>Het CVZ kan systeemadviezen uitbrengen ten behoeve van het goed functioneren van de zorgverzekeringen. Het CVZ is van plan om in komende pakketadviezen nader in te gaan op de functiegerichte benadering in de Zvw.</p>
<i>Beoordeling van effectiviteit</i>	<p>Nefarma stelt aan de orde dat er diverse beoordelingsprocedures zijn om de effectiviteit te beoordelen, namelijk voor geneesmiddelen (en daarbinnen voor dure geneesmiddelen), medisch specialistische zorg, hulpmiddelen en AWBZ en pleiten voor een eenduidig systeem op grond waarvan de aanspraak voor verzekerden is geregeld.</p> <p>De beoordelingsmethodiek, zoals omschreven in Pakketbeheer in de praktijk is in ontwikkeling. De principes die in de verschillende beoordelingskaders worden gehanteerd zijn dezelfde. Het CVZ zal de diverse beoordelingskaders verder op elkaar afstemmen.</p>

<i>Patiënten- perspectief</i>	Het CVZ wil in overleg met NPCF, CG-Raad en CSO inhoudelijk en procedureel ontwikkelen op welke wijze cliënten en patiënten betrokken worden bij pakketbeoordelingen, het jaarlijkse pakketadvies en de tweejaarlijkse pakketagenda.
<i>Kostenbeheersing overheerst</i>	Het CVZ heeft in dit pakketadvies nadrukkelijk gekeken naar interventies die eventueel kunnen uitstromen. Daarbij heeft het CVZ zich gebaseerd op de eerder genoemde pakketprincipes. Op het moment dat het Kabinet wil overgaan tot pakketbeslissingen, zijn onderbouwde voorstellen beschikbaar. Pakketbeslissingen zijn vrijwel altijd pijnlijke maatregelen die het Kabinet zal afwegen in het licht van het borgen van de solidariteit, juist om te voorkomen dat besluiten genomen worden vanuit het eenzijdige perspectief van de kostenbeheersing.
<i>Stapeling van kosten</i>	Een aandachtspunt bij pakketbeslissingen is dat wanneer kosten van zorg hierdoor voor eigen rekening komen, er zich een stapeling van kosten kan voordoen. Dit doet zich eerder voor bij mensen met chronische ziekten, die op grond van deze ziekten, een grotere kans hebben op een gering inkomen. Voor het CVZ is de vraag of de ziektekostenverzekering de enige weg is om deze stapeling te voorkomen of dat andere wegen, bijvoorbeeld via de belasting geen betere optie zijn.
<i>Voorzienbaarheid van risico's</i>	Een tweede aandachtspunt is de voorzienbaarheid van risico's en daarmee samenhangende kosten, zoals voor mobiliteitshulpmiddelen bij het ouder worden. Het CVZ is van mening dat dit mag meewegen bij het beoordelen van het te verzekeren pakket.
<i>Innovaties in de zorg</i>	Diverse stakeholders houden een pleidooi voor de mogelijkheid tot tijdelijke toelating tot de te verzekeren prestaties. De Tweede Kamer heeft tijdens de begrotingsbehandeling de motie Schippers/Agema ¹⁴ aangenomen. Deze motie voorziet in tijdelijke toelating van veelbelovende innovaties tot de te verzekeren prestaties, onder de voorwaarde dat gedurende deze periode de therapeutische meerwaarde en kosteneffectiviteit wordt aangetoond. Het Ministerie van VWS bestudeert, in overleg met het CVZ, op welke wijze uitvoering kan worden gegeven aan deze motie.

¹⁴ Tweede Kamer, vergaderjaar 2006-2007, 30 800 XVI, nr. 92.

Dure intramurale geneesmiddelen

ZN noemt in zijn reactie dat de systematiek van de beleidsregel dure geneesmiddelen in de praktijk een perverse werking heeft omdat de incentive om deze middelen van de beleidsregel af te halen als er een beter, goedkoper alternatief aanwezig is, ontbreekt.

In het kader van geneeskundige zorg heeft de NZa financiële beleidsregels voor dure intramurale (wees)geneesmiddelen opgesteld. De beleidsregels zijn instrumenten voor de NZa om de budgetten van ziekenhuizen gedeeltelijk te compenseren voor de kosten van dure geneesmiddelen. Hierbij geldt de bepaling dat de inzet van dure geneesmiddelen doelmatig dient te zijn. Door opname van geneesmiddelen in de beleidsregels kan de inzet van goedkopere alternatieven (waarbij geen compensatie van kosten geldt) onaantrekkelijk zijn. Het CVZ komt in zijn advies over afbakening van intra- en extramurale farmacie op onvoorziene effect terug en zal dit punt in samenspraak met de NZa oppakken.

Fysiotherapie

Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) heeft opgemerkt dat het advies van het CVZ om bekkenfysiotherapie te vergoeden een andere benadering van de prestatie fysiotherapie is. De huidige systematiek is dat de eerste 9 behandelingen fysiotherapie zijn uitgesloten van vergoeding, onafhankelijk van effectiviteit of noodzaak van een bepaalde behandeling voor een bepaalde aandoening.

De KNGF is van mening dat dit advies aanleiding moet zijn voor een onderzoek naar de integrale prestatie fysiotherapie. Daarbij moeten ook de uitgangspunten en randvoorwaarden aan de orde komen. Het CVZ heeft de integrale prestatie fysiotherapie geagendeerd voor het Pakketadvies 2008.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

Afkortingen overzicht

AWBZ	Algemene Wet voor Bijzondere Ziektekosten
BIKK	Bijdrage in de Kosten van Kortingen
BOGIN	Bond voor de Geneesmiddelenindustrie Nederland
BZA	Besluit Zorgaanspraken
BZV	Besluit Zorgverzekering
CBP	Centraal Plan Bureau
CG-Raad	Chronisch Zieken en Gehandicapten Raad Nederland
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
DALY	Disability Adjusted Life Years
ES	Elektrostimulatie
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GVS	Geneesmiddelen Vergoedings Systeem
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
NEFARMA	Nederlandse Vereniging van de Researchgeoriënteerde Farmaceutische Industrie
NHG	Nederlandse Huisartsen Genootschap
NPCF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OMS	Orde van Medisch Specialisten
PGB	Persoons Gebonden Budget
QALY	Quality Adjusted Life Years
RIVM	Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu
TK	Therapeutisch Kompas
VAGZ	Vereniging van Adviserend Geneeskundigen Zorgverzekeringen
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zon-MW	Zorg Onderzoek Nederland- Medische Wetenschappen
Zvw	Zorgverzekeringswet