



Zorginstituut Nederland

# Informatiemateriaal over de stand van de wetenschap en praktijk (SWP)

11 APRIL 2023

# Inhoudsopgave

|          |   |           |
|----------|---|-----------|
|          | <b>Inleiding</b>                              | <b>3</b>  |
| <b>1</b> | <b>Samenvatting</b>                           | <b>4</b>  |
| 1.1      | Wettelijk kader                               | 4         |
| 1.2      | Wat is SWP?                                   | 4         |
| 1.3      | Wie beoordeelt SWP?                           | 4         |
| 1.4      | Rollen en verantwoordelijkheden               | 5         |
| <b>2</b> | <b>Beoordelingssystematiek</b>                | <b>6</b>  |
| 2.1      | De voorbereiding                              | 6         |
| 2.2      | De GRADE beoordeling                          | 7         |
| 2.3      | Evidence naar Conclusie (EnC)                 | 8         |
| 2.4      | Conclusie                                     | 9         |
| <b>3</b> | <b>Stroomschema wel/ geen verzekerde zorg</b> | <b>10</b> |
| <b>4</b> | <b>De meest gehoorde misverstanden</b>        | <b>11</b> |

## Inleiding

Solidariteit is een belangrijke pijler onder de zorg in Nederland: gezonde mensen betalen mee voor zieke mensen. Daarom is wettelijk geregeld dat het premiegeld alleen wordt besteed aan zorg die voldoende bewezen effectief is, oftewel die voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk, hierna verder afgekort als SWP. De overheid vertrouwt erop dat zorgverleners en zorgverzekeraars alleen zorg conform SWP leveren en vergoeden binnen de *Zorgverzekeringswet (ZvW)* en de *Wet langdurige zorg (WLz)*. Dat betekent dat deze partijen een belangrijke verantwoordelijkheid hebben om te toetsen of de zorg in voldoende mate bewezen effectief is. Voor zorg die bewezen niet effectief is, en voor nieuwe en bestaande zorg waarvoor (nog) onvoldoende evidence is (en dus niet voldoet aan SWP) geldt dat deze niet vergoed kan worden uit het basispakket van de zorgverzekering. Onderzoeksgelden of de academische component zouden hiervoor aangesproken kunnen worden.

Dit betekent overigens niet dat alle zorg expliciet op SWP getoetst hoeft te worden. Bestaande zorg waarover bij geen enkele partij twijfel bestaat dat het effectieve zorg is (denk bijvoorbeeld aan het hechten van een operatiewond, het gipsen van een gebroken pols, het maken van een CT hersenen bij een verdenking op een hersenbloeding), kan gewoon vergoed worden uit het basispakket.

In andere gevallen kan het wel nodig zijn om expliciet te toetsen of zorg voldoet aan SWP. Doorgaans zal dat naar aanleiding van een vraag zijn, bijvoorbeeld in het kader van een machtigingsaanvraag of de zorginkoop. Ook wordt expliciet getoetst als er risico's voor het pakket worden verondersteld, bijvoorbeeld als het Zorginstituut of een zorgverzekeraar twijfelt of de zorg voldoet aan SWP en impact verwacht van de uitkomst van de beoordeling.

De stand van de wetenschap en praktijk is één van de belangrijke criteria die het verzekerde basispakket begrenzen. Vanaf 2006 geldt het criterium SWP voor de Zvw. Het is ook van toepassing op de WLz. Het is niet bij iedereen bekend dat SWP een wettelijk criterium is voor vergoeding van zorg uit het basispakket. Ook bestaan er misverstanden over de toepassing van het begrip SWP.

Dit document heeft als doel om de toepassing van SWP door veldpartijen, zoals zorgverzekeraars en zorgverleners, te faciliteren. Het bevat een samenvatting en verduidelijking van het criterium SWP gericht op een zo eenduidig mogelijke toepassing door het veld, maar het document heeft geen eigenstandige juridische betekenis. Het is gebaseerd op het *Beoordelingskader SWP* van het Zorginstituut Nederland. Dat beoordelingskader heeft wel een eigenstandige juridische betekenis.

Zie hiervoor [www.zorginstituutnederland.nl](http://www.zorginstituutnederland.nl).

# 1 Samenvatting

## 1.1 Wettelijk kader

- Alle zorg (bestaande en nieuwe zorg) die wordt vergoed binnen de Zvw en de Wlz moet voldoen aan SWP.
- Hieronder valt alle geneeskundige zorg<sup>1</sup> (o.a. medisch specialistische zorg, GGZ, huisartsenzorg en wijkverpleging)
- SWP en het criterium 'plegen te bieden' zijn wettelijke generieke criteria waar alle verzekerde zorg aan moet voldoen. Daarnaast geldt voor de individuele verzekerde het criterium 'redelijkerwijs aangewezen'.

## 1.2 Wat is SWP?

- Kort gezegd voldoet zorg aan SWP als deze beschouwd kan worden als 'voldoende bewezen effectief'. Om te bepalen of zorg voldoet aan SWP wordt nagegaan of het medische beleid (diagnostiek, behandeling) leidt tot relevante meerwaarde voor de doelgroep in vergelijking met de standaardbehandeling. Anders gezegd: is de 'netto toevoeging' gewenst, relevant en voldoende of groot genoeg, en is er voldoende vertrouwen dat dit ook daadwerkelijk optreedt?
- De wijze van beoordeling volgt de principes van evidence-based medicine (EBM). Onderdeel van een beoordeling is het op systematische wijze zoeken naar relevante literatuur en het samenvatten en beoordelen daarvan.
- Het woord Praktijk in het criterium SWP betekent dat expertise en ervaring van zorgverleners en zorggebruikers worden meegenomen bij verschillende onderdelen van de beoordeling. Bijvoorbeeld bij het formuleren van de vraagstelling en het inzichtelijk maken van contextuele factoren die een rol kunnen spelen bij de eindafweging. 'Praktijk' betekent niet dat in de praktijk gangbare zorg of zorg die wordt aanbevolen in richtlijnen per definitie voldoet aan SWP. SWP is één geïntegreerd criterium. De 'stand van de wetenschap' en de 'stand van de praktijk' zijn geen twee los te beschouwen criteria.
- SWP is een criterium dat geldt voor interventie-indicatie combinaties. Met een interventie-indicatie combinatie bedoelen we dat de effectiviteit van een interventie (behandeling of diagnostiek) altijd voor een specifieke patiëntengroep wordt beoordeeld en niet voor individuele patiënten. Bij een beoordeling of zorg voldoet aan SWP wordt dus altijd naar de effectiviteit op groepsniveau gekeken.
- Om van SWP te spreken moet dus voldoende zijn bewezen dat de zorg effectief is. Dat betekent dat zowel zorg die bewezen niet effectief is, als zorg waarvoor te weinig evidence beschikbaar is (niet-bewezen effectief) niet voldoet aan SWP.
- Kosteneffectiviteit of doelmatigheidsafwegingen spelen geen rol bij SWP, maar zorgprofessionals kunnen doelmatigheid en kosteneffectiviteit wel meenemen bij het opstellen van richtlijnen. Zorgverzekeraars kunnen deze meenemen bij de inkoop en vergoeding.
- Om invulling te geven aan wat de wetgever voor ogen heeft gehad bij het criterium SWP heeft het Zorginstituut een *Beoordelingskader SWP* opgesteld waarin het criterium wordt uitgelegd en de wijze van beoordelen uiteen wordt gezet.
- Het *Beoordelingskader SWP* is generiek van aard en geldt voor alle te verzekeren zorg, in alle zorgdomeinen behalve voor kraamzorg, vervoer per ambulance en de zogenoemde welzijnsgerelateerde hulpmiddelen. Op deze zorgvormen is de norm 'verantwoorde en adequate zorg en diensten' van toepassingz.

## 1.3 Wie beoordeelt SWP?

- Als expliciet is geregeld dat een pakketbeoordeling plaatsvindt vóór toelating tot het basispakket (ook wel eens 'gesloten systeem' genoemd met daarin onder meer extramuraal geneesmiddelen en sluismiddelen): het Zorginstituut. Het Zorginstituut adviseert, de minister beslist.

<sup>1</sup> Artikel 10 Zvw

<sup>2</sup> Zie noot 13 actualisatie SWP april 2023

- Als niet expliciet een toets voor opname is geregeld (ook wel het ‘open systeem’ genoemd), oftewel alle andere zorg:
  - Enkele grote complexe beoordelingen per jaar waar het zorgveld (zorgverleners en zorgverzekeraars) niet uitkomt: het Zorginstituut. Het proces is een duiding, de uitkomst een standpunt. Deze vinden risicogericht plaats.
  - Enkele beoordelingen binnen een Zorg Advies Traject: zorgverzekeraars.
  - Dure geneesmiddelen: de Commissie Beoordeling Add-on Geneesmiddelen van Zorgverzekeraars Nederland (cieBAG ZN), behalve sluisgeneesmiddelen, die door het Zorginstituut worden beoordeeld.
  - Overige, grootste groep, veelal bestaande behandelingen en verrichtingen: de individuele zorgverzekeraars en de (beroepsgroepen van) zorgverleners

#### 1.4 Rollen en verantwoordelijkheden

- In de Zvw is bepaald dat het Zorginstituut eenduidige uitleg geeft over de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties
- Het Zorginstituut stelt de kaders voor SWP en informeert veldpartijen
- De wetgever heeft uitdrukkelijk de zorgverzekeraar aangewezen als uitvoerder van de zorgverzekering. Dit houdt in dat de verzekeraar moet toetsen of vergoeding uit het basispakket kan plaatsvinden op grond van de wettelijke eisen.
- De wetgever vertrouwt er in het open systeem op dat zorgverleners alleen zorg binnen de Zvw en Wlz declareren die voldoet aan SWP.
- Er is veel zorg waarover bij geen enkele partij twijfel bestaat over de effectiviteit. Deze worden ook wel ‘parachute onderwerpen’ genoemd. Bij deze onderwerpen heeft geen enkele partij behoefte aan meer onderzoek naar de effectiviteit. Daarvoor hoeft geen expliciete toets op SWP plaats te vinden. Een SWP-beoordeling vindt alleen plaats als daar aanleiding voor is. Veel voorkomende aanleidingen zijn machtigingsaanvragen van verzekerden voor zorg in het buitenland, inkoopvraagstukken, het opstellen van richtlijnen door zorgverleners en twijfel bij één of meerdere verzekeraars of het Zorginstituut over de effectiviteit van bepaalde zorg in Nederland. In dat laatste geval wordt de beoordeling risicogericht geagendeerd op basis van maatschappelijke risico's, zoals budgetimpact.

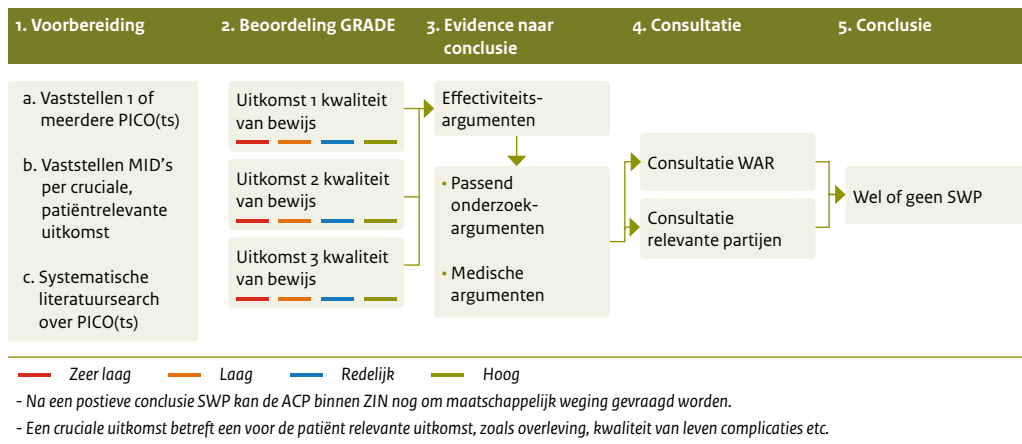
## 2 De beoordelingssystematiek

Bij de beoordeling SWP gaat het erom dat er voldoende vertrouwen is dat de interventie voor een duidelijk omschreven patiëntengroep leidt tot klinisch relevante effecten op patiëntrelevante uitkomsten ten opzichte van de standaardbehandeling.

Het Zorginstituut heeft de beoordelingsystematiek voor SWP beschreven in het *Beoordelingskader SWP* (geactualiseerde versie 2023).

In figuur 1 hieronder vatten we het proces samen in een schema.

Figuur 1 - Beoordeling SWP samengevat en schematisch weergegeven



Vaak worden er 3 cruciale uitkomsten gedefinieerd maar meer of minder kunnen ook. De argumenten die de Evidence naar Conclusie (EnC) vormen dienen transparant te worden weergegeven.

We vervolgen met een toelichting hoe veldpartijen deze systematiek eenduidig kunnen uitwerken.

Het proces start uiteraard met een vraag. Dit kan een vraag zijn die leeft bij een zorgverzekeraar, bijvoorbeeld naar aanleiding van een machtigingsaanvraag door een verzekerde of een inkoopvraagstuk. Het kan ook een vraag zijn die leeft bij de beroepsgroep van zorgverleners, bijvoorbeeld rond het opstellen van een richtlijn. Als er een vraag is, volgt de voorbereiding.

### 2.1 De voorbereiding

De voorbereiding omvat de volgende drie stappen.

- A. Het opstellen van één of meerdere PICO(ts). Daarbij worden de volgende zaken in kaart gebracht:
- patient: de doelgroep waarop de interventie zich richt
  - intervention: de te beoordelen interventie
  - comparison: de interventie waarmee de te beoordelen interventie wordt vergeleken (de standaard- of gebruikelijke behandeling)
  - outcomes: uitkomsten die cruciaal zijn voor de besluitvorming
  - time: de minimaal benodigde follow-up periode
  - setting: de context waarin de zorg wordt geleverd, bijvoorbeeld de eerste lijn of tweede lijn.

Daarnaast wordt met behulp van de passend onderzoeksvragenlijst bepaald welke studieopzet nodig en haalbaar is.

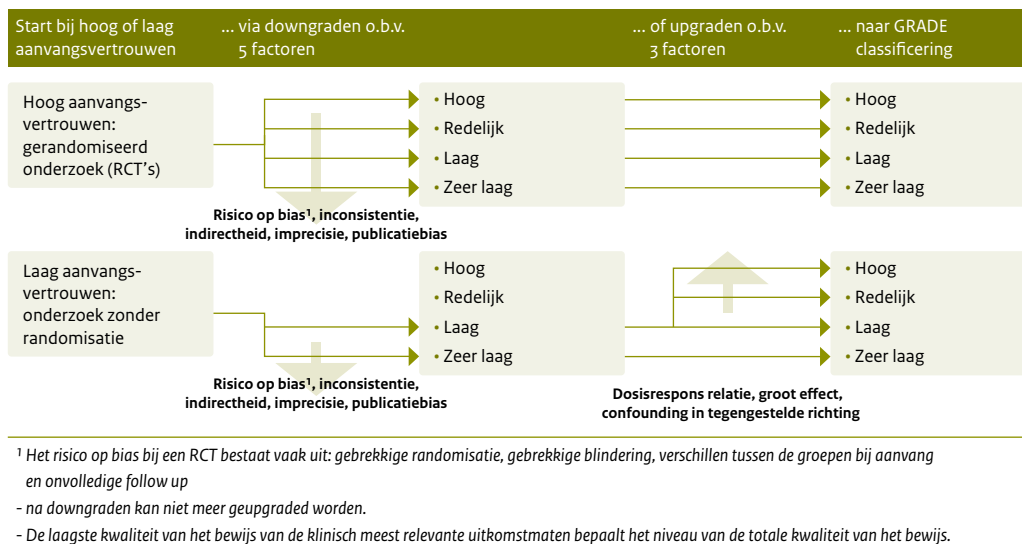
B. Het bepalen van de klinische relevantiegrens per uitkomst, ofwel de MID (minimal important difference, ook wel MCID genoemd: minimal clinically important difference). Deze waarde laat zien wanneer een effect groot genoeg is om als relevant te kunnen worden beschouwd. Als er geen breed gedragen of gepubliceerde waarden bekend zijn kunnen de volgende standaardwaarden gebruikt worden: voor dichotome uitkomstmaten een relatief risico van 0,75 of 1,25 en voor continue uitkomsten een standardized mean difference van 0,5. Deze waarden weerspiegelen een matig tot redelijk effect. Hiervan kan beargumenteerd worden afgeweken.

C. Het verzamelen van literatuur met zo passend mogelijke zoektermen, om een zo volledig mogelijke zoektocht uit te voeren.

## 2.2 De GRADE beoordeling

Per cruciale uitkomst wordt de mate van vertrouwen in de geschatte effecten uitgedrukt in zeer laag, laag, redelijk en hoog. Het schema in onderstaand figuur 2 laat zien hoe dit per cruciale uitkomst wordt gedaan.

Figuur 2 – GRADE beoordeling samengevat en schematisch weergegeven



Figuur 2 laat zien dat er eerst een tweedeling gemaakt wordt in hoog of laag aanvangsvertrouwen, afhankelijk van of er wel of geen RCT's met resultaten op de betreffende cruciale uitkomst beschikbaar zijn. Als er één of meer RCT's beschikbaar zijn, dan is het aanvangsvertrouwen hoog. Op basis van de vijf factoren die in figuur 2 in de naar beneden gerichte pijl staan, kan dat vertrouwen verminderen naar redelijk, laag of zeer laag vertrouwen.

Als er alleen niet-gerandomiseerde studies beschikbaar zijn met resultaten op de cruciale uitkomst, dan wordt eerst gekeken naar eventuele factoren die het vertrouwen kunnen verlagen. Als die er zijn, kan het vertrouwen niet meer omhoog. Als die er niet zijn en het vertrouwen dus nog steeds laag is, kan het lage vertrouwen omhoog gaan door één of meerdere van de drie genoemde factoren in de naar boven gerichte pijl.

Het resultaat van deze stap in het SWP-beoordelingsproces is de mate van vertrouwen (uitgedrukt in zeer laag, laag, redelijk of hoog) dat bij de beoogde patiëntengroep (P) de interventie (I) ten opzichte van de huidige standaardbehandeling of gebruikelijke behandeling (C) leidt tot een klinisch relevant effect (groter dan de MID) op de outcome (O), die lang genoeg aanhoudt, namelijk ten minste gedurende de van tevoren vastgestelde minimale follow up tijd (t).

### 2.3 Van Evidence naar Conclusie (EnC)

Deze stap gaat verder met de uitkomst van het GRADE-beoordelingstraject uit paragraaf 4.2. Het GRADE-resultaat kan bijvoorbeeld zijn dat er redelijk vertrouwen is dat medicament **I** bij patiëntengroep **P** een effect heeft op uitkomst **O**, dat qua omvang groter is dan de MID ten opzichte van de standaardbehandeling **C**, en waarvan het effect ten minste even lang aanhoudt als de van tevoren vereiste **t** in de PICOTs. Hoe hoger het vertrouwen is (redelijk of hoog), hoe duidelijker het is dat de zorg voldoet aan SWP. Als het vertrouwen op basis van GRADE laag is op één of meerdere cruciale uitkomsten, zal er alleen bij belangrijke aanvullende argumenten geconcludeerd worden dat de zorg voldoet aan SWP. Bij zeer laag vertrouwen kunnen de argumenten slechts bij hoge uitzondering zo sterk zijn dat er een positieve SWP beoordeling volgt.

Deze EnC argumenten zijn onder te verdelen in 3 typen:

- Effectiviteitsargumenten: de weging van gunstige en ongunstige effecten uit de GRADE beoordeling
- Passend onderzoek argumenten: is beter onderzoek nodig en haalbaar?
- Medische argumenten

Tabel 1 - Voorbeelden van argumenten die gebruikt kunnen worden in de stap Evidence naar Conclusie

| Categorie                           | Specificatie                  | Voorbeelden argumenten die kunnen meewegen  |
|-------------------------------------|-------------------------------|---|
| <b>Effectiviteitsargumenten</b>     | Kwaliteit van bewijs (GRADE)  | Zie paragraaf 4.5 (beoordelen kwaliteit van bewijs)   |
| <b>Passend onderzoek argumenten</b> | Noodzakelijkheid beter bewijs | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beter onderzoek is niet nodig, want:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Technische variant</li> <li>- Er is een duidelijke mechanistische verklaring</li> </ul> </li> </ul>  |
|                                     | Haalbaarheid beter bewijs     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beter onderzoek is niet haalbaar, want:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- Geen klinische equipoise</li> <li>- Gelijktijdige ontwikkeling van twee of meer interventies verhindert directe vergelijking</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Medische argumenten</b>          | Ernst aandoening              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aandoening is zeer ernstig</li> </ul>  |
|                                     | Beschikbaarheid alternatieven | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er zijn geen (goede) andere behandelingen beschikbaar (rug tegen de muur)</li> <li>• Extra behandeloptie is nuttig</li> </ul>  |
|                                     | Niet-onzekere eigenschappen   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uitgangspunten, d.w.z. eigenschappen van de casus die niet onzeker zijn en dus niet beoordeeld hoeven te worden m.b.v. GRADE</li> </ul>  |

Niet-onzekere eigenschappen zijn evidente kenmerken van de betreffende zorg. Bijvoorbeeld of deze minimaal-invasief of digitaal is. Deze kenmerken hoeven niet verder onderzocht te worden en kunnen meegenomen worden in de totale afweging van de argumenten binnen de EnC.

Hieronder twee voorbeelden uit een SWP beoordeling door het Zorginstituut. In beide situaties was er sprake van overwegend lage kwaliteit bewijs voor de cruciale uitkomsten. In het eerste voorbeeld leidt dit, na afweging van alle argumenten, tot een positieve beoordeling over SWP en in het tweede voorbeeld tot een negatieve beoordeling over SWP.



Tabel 2 - Positieve beoordeling over SWP

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Standpunt               | Stamceltransplantatie bij patiënten met zeer actieve RRMS ondanks adequate behandeling met ten minste één hoog effectieve tweedelijns DMT  |
| GRADE beoordeling       | Voor de cruciale uitkomsten klinische relapse, invaliditeit, kwaliteit van leven en complicaties werd gevonden dat de kwaliteit van bewijs uiteenliep van redelijk tot zeer laag.  |
| Evidence naar Conclusie | Het bewijs over de effectiviteit van AHSCT ten opzichte van overstappen op een ander hoog effectief tweedelijns DMT is beperkt en er zijn geen studies van goede kwaliteit gevonden die volledig aansluiten bij de PICOT. De verwachting is dat dergelijke studies ook niet meer uitgevoerd zullen worden, omdat er geen duidelijke equipoise is over AHSCT bij deze specifieke ernstig aangedane patiëntengroep. Daarom moet deze beoordeling over AHSCT bij deze groep op deze beperkte evidence gebaseerd worden, [...]. Op basis hiervan lijkt het aannemelijk dat AHSCT bij de beoogde doelgroep resulteert in klinische relevante effecten op het gebied van klinische relapses, invaliditeit en kwaliteit van leven. Hoewel graad 3 complicaties vaker lijken op te treden in de periode na AHSCT dan bij gebruik van hoog effectieve tweedelijns DMT's, gaat het vooral om febrile neutropenie, dat van voorbijgaande aard is. De mortaliteit na AHSCT met lage tot matige conditionering is heel laag en er treden nauwelijks graad 4 complicaties op. Op basis van deze bevindingen concluderen wij dat voor deze groep patiënten [...] het voldoende aannemelijk is dat de gunstige effecten van AHSCT opwegen tegen de ongunstige effecten. Daarbij wegen we ook mee dat AHSCT beschouwd kan worden als een intensieve vorm van immunotherapie en dat deze zorg in Nederland beschikbaar en van hoge kwaliteit is. |

Tabel 3 - Negatieve beoordeling over SWP

|                         |  |
|-------------------------|--|
| Standpunt               | Kniedistractie (KJD) bij volwassen patiënten jonger dan 65 jaar met end-stage knieartrose én een indicatie voor een totale knieprothese  |
| GRADE beoordeling       | Voor de cruciale uitkomsten artrose specifieke klachten, behoud van eigen knie, kwaliteit van leven en ernstige complicaties werd gevonden dat de kwaliteit van bewijs uiteenliep van redelijk tot zeer laag.  |
| Evidence naar Conclusie | Met een KJD behandeling bij volwassen patiënten <65 jaar met end-stage knieartrose én een indicatie voor een TKP wordt enerzijds beoogd dat KJD niet slechter is dan (non-inferieur) TKP, terwijl anderzijds het uitstellen van een TKP tot een leeftijd waarop de kans op een revisieoperatie relatief laag is, wordt beoogd. Voorwaarde daarbij is dat de gunstige effecten opwegen tegen de ongunstige effecten. Met name door de beperkte beschikbare evidentie die tevens van kleine omvang is en een te korte follow-up heeft, wijst onze beoordeling erop dat het onduidelijk is of KJD niet slechter is dan (non-inferieur) TKP voor wat betreft de artrose-specifieke klachten en fysieke kwaliteit van leven. KJD is waarschijnlijk niet slechter dan (non-inferieur) TKP voor wat betreft de mentale kwaliteit van leven. Met betrekking tot het behouden van de eigen knie is het effect van KJD zeer onzeker. Ten slotte is het onduidelijk of behandeling met KJD tot minder complicaties van ernstige aard leidt dan TKP. Als gevolg van deze onzekerheden concluderen wij dat behandeling met KJD niet voldoende bewezen effectief is voor volwassen patiënten <65 jaar met end-stage knieartrose én een indicatie voor een TKP. |

## 2.4

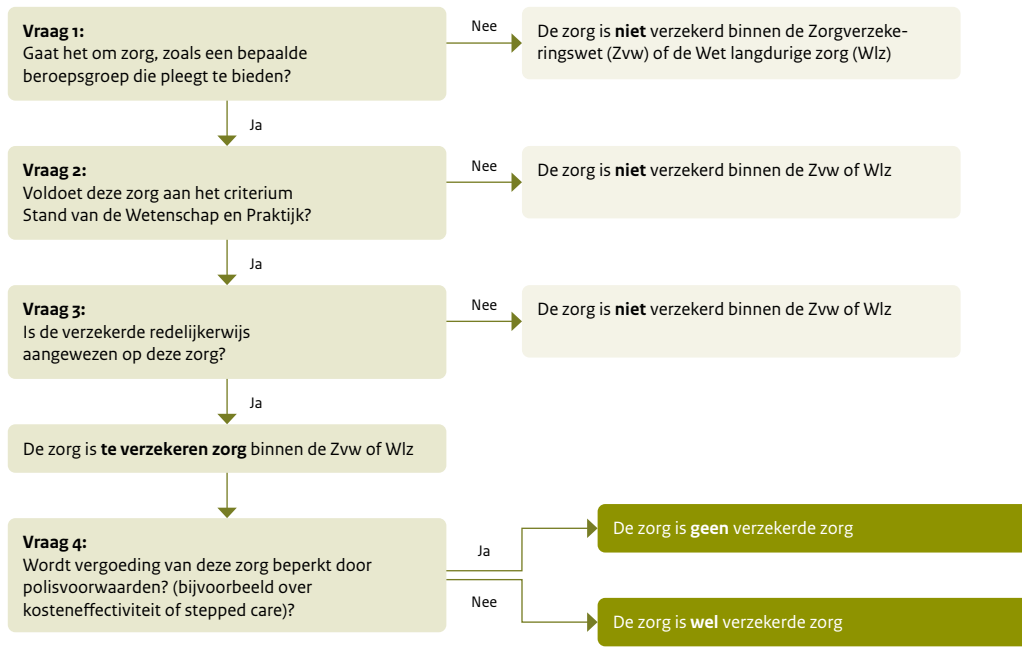
### De conclusie

De conclusie is dichotoom, oftewel: wel of geen SWP.

De onderbouwing van de conclusie bestaat minimaal uit de mate van vertrouwen (op basis van de GRADE-beoordeling) dat de interventie leidt tot klinisch relevante effecten op cruciale uitkomsten met daarbij eventuele aanvullende argumenten zoals genoemd in paragraaf 4.3 a, b, en c. Bij laag vertrouwen of er klinisch relevante effecten op cruciale uitkomsten optreden en toch SWP moeten deze argumenten stevig zijn.

Dat de conclusie dichotoom is, betekent niet dat deze ongenueanceerd is. De conclusie wordt altijd gebaseerd op een afweging van meerdere argumenten ten opzichte van elkaar en dat maakt het beoordelingskader flexibel. Het komt bijvoorbeeld regelmatig voor dat precies dezelfde zorg bij de ene patiëntengroep geen SWP is, maar bij een net iets andere patiëntengroep wel. Dit kan bijvoorbeeld doordat de PICO net iets anders is met als gevolg een hogere of lagere kwaliteit van bewijs. Ook kan het zijn dat de afweging van de argumenten voor die groep net anders uitpakt. In elk geval houdt de SWP beoordeling niet op na de GRADE beoordeling en spelen altijd meerdere argumenten een rol bij de uiteindelijke conclusie: wel of geen SWP.

### 3 Stroomschema wel/ geen verzekerde zorg



Het plegen te bieden criterium staat in artikel 2.4 van het Besluit zorgverzekeringen (Bvz) en gaat over de vraag of de zorg tot het domein van een bepaalde beroepsgroep behoort en of die zorg tot het deskundigheidsgebied van deze beroepsgroep wordt gerekend.

SWP staat in artikel 2.1 lid 2 van het Bvz. Het Zorginstituut heeft het criterium SWP uitgewerkt. De beschikbare evidence vormt hier het zwaartepunt.

Of een verzekerde redelijkerwijs is aangewezen op de betreffende zorg wordt ook wel het indicatieve-reiste genoemd en staat in artikel 2.1 lid 3 van het Bvz. Er wordt mee bedoeld dat de patiënt de juiste indicatie heeft voor de betreffende zorg.

Declareren en vergoeden van onverzekerde zorg door zorgverleners resp. -verzekeraars is een economisch delict. Een actieve toets door zorgverlener en -verzekeraar is dus nodig bij twijfel.

## 4 De meest gehoorde misverstanden

| Misverstand  | Juiste interpretatie  |
|--|---|
| Alleen bewezen niet-effectieve zorg voldoet niet aan SWP.  | Alleen voldoende bewezen effectieve zorg voldoet aan SWP.   |
| Een zorgverlener hoeft zelf niet te toetsen of de door hem/haar onder de Zvw of Wlz te declareren zorg voldoet aan SWP.                | Zowel zorgverleners als zorgverzekeraars dienen zich actief te vergewissen dat de door hen te declareren resp. te vergoeden zorg voldoet aan SWP.   |
| Uitgangspunt voor SWP is of de beroepsgroep van zorgverleners de zorg als effectief beschouwt.   | Uitgangspunt voor SWP is het vertrouwen obv literatuur, geclassificeerd middels GRADE, dat een bepaalde interventie bij een bepaalde patiëntengroep effectief is.   |
| Gangbare zorg, en zorg die in een richtlijn wordt aanbevolen voldoet per definitie aan SWP want richtlijnen toetsen ook aan SWP.       | Gangbare zorg en zorg aanbevolen in een richtlijn voldoet niet per definitie aan SWP.   |
| Praktijkervaringen zijn net zo belangrijk als wetenschappelijke evidence en kunnen gebrek aan vertrouwen in effectiviteit compenseren. | Bij beperkt vertrouwen obv de beschikbare literatuur kunnen inzichten uit de praktijk, breed gedragen en bij voorkeur schriftelijk vastgelegd door de beroepsgroep, een argument richting wél SWP zijn, maar de literatuur blijft de basis. |
| Als er geen beoordeling is gedaan door het Zorginstituut dan geldt de maatstaf verantwoorde zorg of diensten.                          | De maatstaf verantwoorde zorg of diensten geldt bij een beperkt aantal zorgvormen, bijv. ziekenvervoer, kraamzorg en welzijns-gerelateerde hulpmiddelen.  |
| Alleen het Zorginstituut beoordeelt of zorg voldoet aan SWP.   | Ook zorgverzekeraars en zorgverleners beoordelen of zorg voldoet aan SWP.   |
| Zorgverzekeraars bepalen de regels over verzekerde zorg.   | De wetgever heeft in de Zvw en Wlz de te verzekeren prestaties opgenomen. Het Zorginstituut verduidelijkt de aard, inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties en stelt het beoordelingskader op voor SWP.                             |
| Als er een witte declaratiecode van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) voor bestaat, dan is de zorg verzekerde zorg.                  | Het bestaan van een declaratiecode van de NZa zegt weinig over of die zorg voldoet aan SWP.   |
| Het Zorginstituut vereist bijna altijd een RCT.  | Het Zorginstituut beschrijft dat hoog vertrouwen in de uitkomsten wenselijk is, maar ook wanneer met minder vertrouwen kan worden volstaan.   |