

Pakket van goede, verzekerde zorg:

# Oordelen over nieuwe én bestaande zorg

In de vorige editie vertelde bestuursvoorzitter Sjaak Wijma dat het Zorginstituut zijn positionering heeft aangescherpt en in al zijn taken meer de nadruk gaat leggen op het pakket van goede, verzekerde zorg. In dit vervolgartikel laten we aan de hand van drie recent uitgebrachte standpunten zien wat dat concreet inhoudt.

**Tekst** Edith Bijl

**Beeld** Werry Crone, Frank Muller (ANP)

In het betreffende artikel benadrukte Sjaak Wijma dat het Zorginstituut als beheerder van het basispakket onderzoekt welke zorg betaalbaar, kwalitatief hoogwaardig en toegankelijk is. Op grond daarvan oordelen we of bepaalde zorg in het verzekerde pakket thuishoort. Dit is op zich niet nieuw: het Zorginstituut bracht altijd al adviezen uit over nieuwe medicijnen. We gaan ons nu echter niet meer alleen richten op nieuw in te stromen zorg, maar zullen ook nadrukkelijk gaan kijken naar bestaande zorg, ook als die soms al (jaren) wordt aangeboden. Als wij tot de conclusie komen dat bepaalde bestaande zorg niet (kosten)effectief is, stellen wij in een standpunt dat deze zorg niet voldoet aan de 'stand van wetenschap en praktijk' en dus niet in het verzekerde pakket hoort. Andersom kunnen we tot het oordeel komen dat bepaalde zorg terecht in het basispakket zit, of dat deze alleen voor een selecte groep patiënten effectief is en dus alleen voor die groep vergoed wordt.

## Drie vormen eigentijds pakketbeheer

Aan de hand van drie recent uitgebrachte standpunten illustreren we in dit artikel hoe deze bredere kijk op onze taak als pakketbeheerder concreet uitpakt. De drie standpunten staan elk voor een vorm van dit 'eigentijdse pakketbeheer'. Zo gaat het standpunt over kniedistractie over de beoordeling van nieuwe zorg. Bij het standpunt



over TAVI keken we of deze verzekerde zorg ook voor andere patiëntengroepen vergoed kan worden. En het PTED-standpunt gaat over zorg die tot nu toe niet verzekerd was, maar vanwege nieuwe inzichten en/of bewijs opnieuw beoordeeld wordt.

## Standpunt kniedistractie

In november bracht het Zorginstituut een standpunt uit over kniedistractie. Bij deze redelijk nieuwe behandeling voor patiënten

met ernstige artrose (slijtage van het kraakbeen) wordt het kniegewricht zo'n zes tot zeven weken lang ongeveer 5 mm uit elkaar getrokken. Door de ruimte die hierdoor ontstaat wordt het kniegewricht ontlast en kan het kapotte kraakbeen zich herstellen. In ons onderzoek hebben we gekeken of kniedistractie net zo goed (effectief) is als een totale knieprothese voor patiënten jonger dan 65 jaar met ernstige knieartrose en een indicatie voor een totale knieprothese.

## Het Zorginstituut gaat zich nu ook nadrukkelijk richten op bestaande zorg, ook als die soms al (jaren) wordt aangeboden

Daarnaast is gekeken of kniedistractie kan leiden tot een jarenlang uitstel van een totale knieprothese. Dat zou de kans op een tweede (knieprothesevervangende) operatie verlagen. Op basis van het (beperkt) beschikbare bewijs konden we niet vaststellen dat kniedistractie net zo effectief is als een totale knieprothese, noch dat het leidt tot langdurig uitstel van een totale knieprothese. Hiermee voldoet kniedistractie voor de onderzochte groep patiënten niet aan 'de stand van de wetenschap en praktijk'. De behandeling kan daarom niet uit het basispakket worden vergoed. Ondanks het beperkte bewijs lijkt kniedistractie wel veelbelovend. Als er meer en langduriger onderzoek met voldoende patiënten is gedaan, kunnen we de effectiviteit van kniedistractie opnieuw beoordelen.

### Standpunt TAVI bij aortaklepstenose

TAVI staat voor 'transkatheter aortaklep-implantatie'. De TAVI-behandeling bestaat al vele jaren en is bedoeld voor patiënten met een symptomatische ernstige vernauwing van de hartklep, ofwel aortaklepstenose. Bij deze aandoening kan het hart vanwege een slecht functionerende hartklep het bloed niet meer goed rondpompen, wat onder meer kan leiden tot flauwvallen en pijn op de borst. Aortaklepstenose komt vooral voor bij 80-plus-sers; zo'n 10 procent van hen heeft deze aandoening. De hartklep kan vervangen worden met een openhartoperatie of door TAVI. TAVI is veel minder ingrijpend. Daarbij wordt de kunstklep in opgevouwen toestand via de lies



van de patiënt ingebracht en geplaatst. TAVI wordt sinds 2011 vergoed voor patiënten voor wie een openhartoperatie een te hoog risico is, de zogenoemde 'inoperabele patiënten'. Afgelopen najaar heeft het Zorginstituut in een standpunt gesteld dat TAVI ook kan worden vergoed voor aortaklepstenosepatiënten met een hoog maar aanvaardbaar operatierisico. Omdat de herstelperiode na een TAVI-behandeling korter is dan na een openhartoperatie, is er voor deze groep patiënten - meestal kwetsbare ouderen met meerdere ziekten - sprake van effectieve zorg die bijdraagt aan een betere kwaliteit van leven. TAVI wordt (nog) niet vergoed voor patiënten met een gemiddeld tot laag operatierisico. Daarvoor is er nog onvoldoende bewijs dat de TAVI-kunstkleppen ook na meer dan twee jaar na de ingreep hun werk goed blijven doen.

### Standpunt PTED bij lage rughernia

PTED staat voor 'percutane transforaminale endoscopische discectomie'. Via een klein sneetje aan de zijkant van de rug wordt een kijkbuis met een camera (endoscopie) ingebracht, waarna de hernia via de opening tussen twee wervels kan worden verwijderd.

Een hernia is een uitstulping van een tussenwervelschijf in de rug. Als de uitstulping op een zenuw drukt, kan dat pijn en uitstralende beenklachten veroorzaken. Een lage rughernia treft jaarlijks tussen de 60.000 en 75.000 Nederlanders. De klachten gaan vaak vanzelf over, maar bij ongeveer een kwart van de mensen niet. Als iemand na tien tot twaalf weken nog steeds pijn heeft, kan worden besloten tot een herniaoperatie.

In 2013 adviseerden wij de minister van VWS om PTED niet op te nemen in het basispakket, omdat er onvoldoende bewijs was voor de effectiviteit en veiligheid. In 2016 werd PTED voorwaardelijk tot het basispakket toegelaten om extra bewijs te verzamelen. Dat bewijs is er nu. Vorige maand oordeelde het Zorginstituut, gebaseerd op een aantal wetenschappelijke onderzoeken, dat PTED minstens even goed is als de standaardoperatie en voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk. De behandeling kan dus uit het basispakket worden vergoed. Bovendien is PTED minder belastend voor de patiënt én goedkoper. Het levert per jaar een kostenbesparing op tussen de 247.000 euro (bij 1.000 patiënten) en 617.500 euro (bij 2.500 patiënten). ●