

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Oncologie
Eekholt 4
1112 XH Diemen
Postbus 320
1110 AH Diemen
www.zorginstituutnederland.nl
info@zinl.nl
T +31 (0)20 797 85 55
Contactpersoon
mw. drs. J. Zwaap

Datum
23 februari 2018

Onze referentie
2018022933

verslag

ACP 73
Vergadering Adviescommissie Pakket

Vergaderdatum	23 februari 2018, 10.30 uur
Vergaderplaats	Zorginstituut Nederland, vergaderzaal Kentaurus
Aanwezig	Jan van Busschbach Marcel Canoy Heleen Dupuis Cor Oosterwijk Jos Schols Romke van der Veen (voorzitter) Marcel Verweij Carina Hilders Jacqueline Zwaap (ZIN, secretaris, verslag)
Afwezig	Angèl Link (ZIN, plv. secretaris)

1 Opening en mededelingen

De voorzitter opent de vergadering en heet iedereen welkom. De secretaris deelt mee dat er een brief van meerdere partijen (KNGF, LAN, Longfonds, VVOCM en VHVL), gericht aan de RvB van het Zorginstituut, is nagezonden aan de commissie ten behoeve van de bespreking van punt 4 van de agenda: instroomadvies gesuperviseerde oefentherapie bij COPD. Deze brief is ook op de website geplaatst. Drie van deze partijen hebben ook verzocht vandaag in te mogen spreken, wat is toegestaan.

De voorzitter vraagt de leden of er sprake is van conflicterende belangen. Dat is niet het geval.

2 Stukken ter kennisneming

Er zijn geen opmerkingen bij de stukken die ter kennisgeving zijn rondgezonden.

3 Verslag vergadering 26 januari 2018 (ACP 72)

Een lid merkt op bij bladzijde 5 van het verslag dat het argument van de continuïteit van het bedrijf in hetzelfde artikel van de Washington Post wordt ontkracht. Een ander lid komt terug op de passage op bladzijde 8 van het

verslag waarin de vraag wordt gesteld wat te doen wanneer de kosten per gewonnen levensjaar van de reguliere behandeling als boven de 80.000 euro liggen. Een ander lid stelt voor dit onderwerp van een gesprek te maken. De voorzitter besluit dit punt op de actiepuntenlijst te plaatsen. Hij merkt op dat het lezen van deze notulen spannender was dan dat van andere vergaderingen.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Oncologie

Datum
23 februari 2018

Onze referentie
2018022933

4 Instroomadvies gesuperviseerde oefentherapie bij COPD

Een medewerker van het Zorginstituut geeft een korte toelichting. Het onderwerp staat nu voor de tweede keer op de agenda. De betaalbaarheid is hierbij een belangrijk item geweest. De commissie heeft toen een aantal vragen gesteld met betrekking tot de onderbouwing van de kosteneffectiviteit en de budget impact analyse. Daar gaat het Zorginstituut nu op in, met dien verstande dat de omvang van de patiëntengroep niet te kwantificeren is. Een grote groep betaalt de behandeling nu zelf; er bestaan veel verschillende aanvullende verzekeringen. Bovendien is de behandeling een onderdeel van een breder programma, dus is het effect van de oefentherapie alleen lastig te meten. De vraag is of er alleen een positief advies kan worden gegeven wanneer het geen extra geld kost. Inmiddels is er gisteren ook een alternatief besproken met partijen. Herziening van de richtlijn is daar onderdeel van. Partijen willen toewerken naar een andere bekostiging. Zo ver is het nog niet. Tot die tijd zou een maximum aantal behandelingen kunnen gelden.

Een lid geeft aan dat hij uitgaat van budgetneutraliteit. Het aantal behandelingen dat wordt voorgesteld wordt naar zijn mening toch nooit gehaald. Hij betwijfelt het marginale nut van een behandeling na 70 sessies. Een ander lid is het daarmee eens. Hoeveel patiënten moeten meer dan 70 of 85 sessies krijgen. Zij kosten gezamenlijk 5 miljoen euro. Dit zal een groep zijn die meer zorg nodig heeft en daar vragen partijen ook de aandacht voor. Voor die groep bestaan alternatieven in de tweede lijn (richtlijn NVALT), dus die kosten worden al gemaakt. Het nut van 70 behandelingen wordt niet onderbouwd; ook niet van meer dan 70. Fysio na longrevalidatieprogramma gaat uit van één behandeling per week. Er is geen duidelijkheid over een optimaal aantal behandelingen.

Een volgend lid vraagt naar het voorstel van een kwaliteitstandaard. Dit pas in de lijn van eerdere adviezen. Weten we al meer over hoe dit gaat?

De medewerker antwoordt dat hier nog geen gegevens over zijn. Monitoring maakt hier wel onderdeel van uit.

Een vorig lid vraagt of de voorgestelde bekostiging wel consistent is met het systeemadvies en daarop volgende instroomadviezen.

De voorzitter antwoordt dat er voor het maximale behandelingen bij het vorige advies (artrose) meer onderbouwing bestond.

Een lid antwoordt dat onderzoek naar de bekostiging zou moeten laten zien of er verkeerde prikkels kunnen worden weggenomen, bv ten aanzien van de behandeling van rugklachten.

Een vorig lid concludeert dat meer dan 70 behandelingen niet vaak voor komt en dat niet bekend is dat dit effectief is. Waar dit wel effectief is, bestaan andere mogelijkheden.

Een andere medewerker antwoordt dat sommige patiënten niet naar het ziekenhuis kunnen reizen, maar intensief thuis moeten oefenen. Het aantal mensen dat meer dan 70 behandelingen krijgt is behoorlijk groot.

Een vorig lid vraagt of dit per jaar is of in totaal. Het antwoord luidt dat het

gaat om het aantal behandelingen per jaar. Een vervolgvraag is of de behandelingen groepsgewijs plaatsvinden, bij de fysiotherapeut of thuis. De medewerker antwoordt dat 11% van de behandelingen groepsgewijs wordt aangeboden. Er is een systemisch effect tussen beide groepen.

Een volgend lid vraagt hoe lang nodig is om dit te regelen. De medewerker antwoordt dat het in de structuur wel mogelijk is, maar even duurt. De kwaliteitstandaard moet beschikbaar zijn en die is nu nog in ontwikkeling. Er is met de NZa een termijn van twee jaar afgesproken.

De voorzitter heeft het idee dat dit tot minder uitvoeringslasten zal leiden. De medewerker is het daarmee eens en zegt ook dat het duidelijkheid biedt. Patiënten kunnen doorbehandeld worden.

Een lid vindt een ander belangrijk argument dat mensen die veel behandelingen nodig hebben ook andere zorg nodig hebben zoals voeding e.d. Dat pas ook goed in deze benadering.

Een volgend lid vraagt of we nu de beroepsgroep vragen zelf het budget goed te besteden. De medewerker van het Zorginstituut antwoordt dat er eerst een maximum wordt gesteld per ziektecategorie. De andere medewerker voegt toe dat het totale budget neutraal blijft. De voorzitter voegt hieraan toe dat dit alleen geldt wanneer er geen verschil is in de indeling in de vier klassen.

De medewerker antwoordt dat de incidentie van COPD afneemt; bovendien betaalt nu een aantal mensen zelf de behandeling. De verwachting is dat dit tegen elkaar weg valt.

Een lid voelt zich ongemakkelijk bij het feit dat er geen kosteneffectiviteit gegevens zijn. Wellicht gaat het om een ander type gegevens, maar het is altijd mogelijk ze te genereren. Misschien ligt er toch materiaal waar je conclusies aan kunt verbinden. Dat moet je altijd blijven proberen. Een derde medewerker vraagt hoe dit gerealiseerd kan worden wanneer het eenmaal in de basisverzekering zit. Een ander lid antwoordt dat er nu een cap zit op het budget. Dat maakt dat er minder interesse is in de effectiviteit. De vraag is of oefentherapie nog effectief is voor mensen die heel veel therapie nodig hebben.

Hierna geeft de voorzitter achtereenvolgens het woord aan de sprekers: Hans Redeker van de KNGF, Agnes de Bruijn van het Longfonds en Emiel Rolink van de LAN. Hun inspraakteksten zijn als bijlage bij dit verslag bijgevoegd.

De voorzitter vraagt de leden of zij naar aanleiding van de inspraak vragen hebben. De volgende vragen worden gesteld:

- Gaat het nu om een gemiddeld aantal behandelingen of om een maximum aantal; dat lijkt door elkaar heen te lopen?
- Wat doet de therapeut precies bij deze patiënten?
- Wat kunnen zij zelf leren aan oefeningen?
- Wanneer we overgaan van een situatie van zelf betalen naar de basisverzekering; is het mogelijk dan toch onderzoek te doen?
- Is er meer onderbouwing mogelijk van het substitutie-effect. Er is een aanmerkelijk verschil met 20 behandelingen zelf betalen. Wat levert de 70^e behandeling meer op dan de 65^e?
- Komen er ook experimenten met de inhoud van de behandeling; nu gaat het nog over de huidige fysiotherapie?
- Hoe worden de behandelingen aan het eind geëvalueerd?
- Zien partijen, zoals het Longfonds, zelf ook een verantwoordelijkheid voor het verrichten van onderzoek?

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Oncologie

Datum
23 februari 2018

Onze referentie
2018022933

De voorzitter ziet drie clusters van vragen, te weten:

- Wat houdt de zorg in?
- Onderbouwing van maximaal aantal behandelingen;
- Verantwoordelijkheid van onderzoek.

Hij vraagt de indieners aan de hand van deze clusters de vragen te beantwoorden.

De heer Rolink antwoordt dat een longaanval een verergering van klachten betekent. Vaak moeten deze patiënten weer worden “opgelapt” in een ziekenhuis. Het is heel belangrijk aan deze mensen goede zorg te verlenen en deze situatie te voorkómen. De heer Redeker vult aan dat het niet de bedoeling is dat het model terugkomt dat de patiënt weer in het ziekenhuis komt. De beroepsgroep heeft het gevoel een pistool op de borst te hebben en ziet het liefst dat de eerste 20 behandelingen weer in de basisverzekering komen. Een lid antwoordt dat dit wel betekent dat je door het geld ergens weg te halen het pistool op een andere borst zet. Mevrouw de Bruijn geeft aan dat de conditie van de patiënt achteruit gaat zodra de fysiotherapie stopt. Een lid merkt op dat dit klinkt als palliatieve zorg. De heer Rolink antwoordt dat er een grote subsidie is geweest van ZON/MW. De voorzitter vraagt of er aan die subsidie dan geen voorwaarde van onderzoek was verbonden. De heer Redeker antwoordt dat er onderzoek heeft plaatsgevonden waaruit is gebleken dat patiënten die fysiotherapie krijgen minder longaanvallen hebben. Een lid vraagt of dat ook betekent dat de patiënt zo veel behandelingen moet hebben. Kan hij niet zelf oefenen? Een ander lid voegt een relativerende opmerking toe. Het gaat om 30 euro per sessie en een bedrag van 2100 euro per jaar. De patiënt moet oefenen en trainen met behulp van bepaalde apparatuur. Mevrouw de Bruijn antwoordt dat deze patiënten een beperkte longinhoud hebben en daardoor ook beperkingen ondervinden in het zelfstandig bewegen. De heer Redeker voegt nog toe dat men zelf ook wel onderzoek wil.

De voorzitter bedankt de sprekers en vraagt de leden naar hun mening over het voorliggende advies. Een lid heeft eerst behoefte aan een antwoord op de vraag wat het Zorginstituut zelf vindt van de voorgestelde hardheidsclausule. Een medewerker van het Zorginstituut antwoordt dat de vraag voorop staat wat het doel is dat je wil bereiken met de behandeling. Dat moet in het begin al duidelijk zijn. Een lid vraagt of de longarts dit wel kan beoordelen. Een andere medewerker antwoordt dat dit vaak afhankelijk is van de omstandigheden van de patiënt.

De voorzitter constateert dat er grote onzekerheid is over het grote aantal behandelingen en dat dit ook voor de hardheidsclausule geldt. Een lid reageert dat hij snapt dat fysio op zich goed is, maar is er ook een prikkel om te zorgen dat mensen zelf leren om te gaan met bewegen? Het gaat om kwetsbare mensen waarbij je de afhankelijkheid zo vergroot.

De voorzitter vraagt wat dit betekent voor de vier dingen die voorliggen. Het lid antwoordt dat opname van de eerste 20 behandelingen prima is. Verder proeft hij dat er verder geen idee is hoe groot het aantal behandelingen daarna moet zijn. Substitutie effecten zijn onzeker door veranderingen in het sociale domein.

Een ander lid vindt het een principieel besluit om het vergroten van de toegankelijkheid van zorg voor een kwetsbare doelgroep af te wegen tegen de verzekerbaarheid. Het gaat om de juiste zorg op de juiste tijd en op de juiste

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Oncologie

Datum
23 februari 2018

Onze referentie
2018022933

plaats.

De medewerker van het Zorginstituut antwoordt dat er een gesprek is geweest over voorwaardelijke toelating. VWS heeft nu de kortdurende behandeling uitgesloten. In de toekomst wordt onderzoek naar kortdurende versus langdurende behandeling wel mogelijk. Daarin kan ook het punt worden meegenomen dat een lid naar voren bracht over de invloed van intensieve behandeling op de zelfredzaamheid. Nu is dat onderzoek nog niet gedaan. Een lid heeft een bepaald beeld bij de patiënten waarom het hier gaat. Mensen die ongezond hebben geleefd, wellicht overgewicht hebben. Moet er niet een gezamenlijk aanpak zijn met de huisarts? Een medewerker antwoordt dat dit ook gebeurt.

De voorzitter komt tot een samenvatting van het advies. Het voorstel om de eerste 20 behandelingen op te nemen wordt gesteund. Er wordt een kwaliteitstandaard ontwikkeld hoe om te gaan met de omstandigheden. Daarin moet ook rekening worden gehouden met eventueel paternalisme. De commissie is vóór het maximeren van het aantal behandelingen, want er kan geen sprake zijn van oneindige behandeling. De commissie ziet geen grond voor een hardheidsclausule omdat deze toch een open einde zou introduceren. Zoals beschreven in het systeemadvies, moeten de ontwikkelingen goed gemonitord worden. Het is van belang dat er bij opname in het pakket onderzoek wordt gestimuleerd naar de doelmatigheid.

Een lid vult aan dat het Longfonds ook verantwoordelijk kan worden gesteld voor het (laten) doen van onderzoek. Het is een competitief fonds waarin nu te weinig aandacht wordt besteed aan doelmatigheid.

Tot slot vraagt de voorzitter of de leden vinden dat er moet worden overgegaan op een budgetsystematiek. Een lid antwoordt dat dit van later zorg is. Een ander lid is er niet van overtuigd dat dit voordelen gaat opleveren. Een ander lid meent dat de mogelijkheid verkennen geen kwaad kan. Een lid stelt voor om het voorbeeld van integrale DBC's ook in de eerste lijn te volgen. De voorzitter sluit de bespreking van het agendapunt af met de opmerking dit een goed voorbeeld is hoe kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid tegen elkaar moeten worden afgewogen.

5 Scoping zittend ziekenvervoer

Een medewerker van het Zorginstituut introduceert het onderwerp. De minister heeft het Zorginstituut gevraagd om een regeling die meer inhoudelijk is dan de huidige en meer toekomstbestendig. De huidige regeling noemt een viertal concrete doelgroepen. Hierdoor vallen er nu doelgroepen buiten de boot. Via een hardheidsclausule bestaat de mogelijkheid hiervoor te corrigeren, maar dit moet vaak gebeuren. In de clausule wordt uit gegaan van een aantal parameters: frequentie, duur en afstand. Op basis daarvan kan een bedrag worden berekend.

Doelgroepen die nu buiten de boot vallen zijn bijvoorbeeld GGZ patiënten en kwetsbare ouderen. Het voorstel is daarom om naar een andere formulering te gaan met de volgende componenten:

- langdurigheid;
- terugkerende frequentie;
- Het kan ook gaan om incidentele behoefte, bv in het geval van zintuiglijk beperking. Er wordt nagedacht om aan het laatste punt toe te voegen dat er sprake moet zijn onvoldoende zelfstandigheid in de mobiliteit, maar dan moet er een individuele toets plaatsvinden. Dat gaat ten kosten van de

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Oncologie

Datum
23 februari 2018

Onze referentie
2018022933

uitvoerbaarheid.

Een lid merkt ten aanzien van het laatste punt op dat dit in de gemeente ook gebeurt. De medewerker antwoordt dat je voor de Zorgverzekeringswet niet naar individuele kenmerken zou willen kijken: dat leidt makkelijk tot willekeur.

De voorzitter geeft aan dat er drie typen scenario's mogelijk zijn: naar aard van de behandeling, naar aard van het vervoer of naar individu. Hij vraagt of het een limitatieve lijst moet worden. De medewerkers geven aan van niet. Het moet om algemene termen gaan zodat die voor iedere behandeling kan worden toegepast.

Een lid vindt budgetneutraliteit een probleem voor de minister. Wanneer het om meer mensen zou gaan, kost het ook meer geld. Een ander lid vraagt dan ook te kijken naar de thuisbehandeling.

De voorzitter zegt dat, gezien de aard van de Zvw, de behandeling het aangrijpingspunt zou moeten zijn. Maar er zou ook bereidheid moeten zijn er geld bij te doen. Een ander lid noemt hiervoor een extra reden, namelijk omdat er mogelijk een grote groep bij komt die nu langer thuis blijft wonen. Het vorige lid merkt nog op dat de vraag wat budgetneutraal is, vanuit verschillende perspectieven kan worden gezien.

Een volgend lid merkt op dat misbruik van een regeling vaak leidt tot aanpassingen. Zij zou ook graag demente bejaarden als groep toevoegen, mits ze een partner hebben. Ze vindt het moeilijk persoonlijke omstandigheden te scheiden van algemene.

Een volgend lid merkt op dat de reden van herziening is, dat de regeling oneerlijk is. De vraag is of een andere regeling eerlijker/minder misbruikgevoelig is.

De voorzitter vat samen dat de commissie de aard van de behandeling als insteek kiest .

Omdat het van belang is dat het advies is uitgebracht op het moment dat de budgettaire begroting klaar moet zijn (half maart) zal vóór die tijd een schriftelijk rond plaatsvinden bij de leden.

6 Rondvraag

Er wordt geen gebruik gemaakt van de rondvraag. De voorzitter bedankt één ieder voor zijn aanwezigheid, in het bijzonder Paula Polman van het Zorginstituut die vanwege haar pensioen voor het laatst op de publieke tribune aanwezig is. De voorzitter geeft aan haar lichaamstaal op de tribune te gaan missen.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Oncologie

Datum
23 februari 2018

Onze referentie
2018022933

Bijlage 1: Inspraak de heer Redeker, mevrouw De Bruijn en de heer Rolink bij agendapunt 4: instroomadvies gesuperviseerde oefentherapie bij COPD

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Oncologie

Datum
23 februari 2018

Onze referentie
2018022933

1. Dank voor de gelegenheid om in te spreken. Ik ben samen met Sija de Jong, manager patiëntenbelang bij het Reumafonds.
2. Ruim vier jaar geleden sprak ik ook in bij een vergadering van uw commissie. Toen ging het om het uit het pakket halen van fysiotherapie bij een aantal aandoeningen. Ondanks ons pleidooi dat niet te doen heeft uw commissie toen toch ingestemd met een advies aan de minister om fysiotherapie bij reuma, hartproblemen en osteoporose uit het pakket te halen.
3. Nu spreken we met elkaar over het weer in het pakket opnemen van fysiotherapie niet allen bij die aandoeningen, maar veel breder: kan fysiotherapie in het kader van stepped care en zinnige en zuinige zorg niet een bijdrage leveren aan het beheersbaar en mogelijk omlaag brengen van de kosten in de zorg. Het KNGF werkt graag mee aan dat systeemadvies, maar de totstandkoming daarvan zal tamelijk veel tijd vergen. We hebben de onderzoeksopzet pas zeer recent gekregen en nog geen gelegenheid gehad daar inhoudelijk goed naar te kijken. Als dat mogelijk is zouden we daar graag volgende week op reageren.
4. In de tussentijd is iedereen het er over eens dat veel patiënten de dupe worden van de pakketmaatregelen die destijds zijn genomen. Nu is het moment daar om daar op korte termijn iets aan te kunnen doen en wij vragen aan uw commissie om die kans te grijpen en de fouten uit het verleden goed te maken.
5. Destijds heeft het CVZ geadviseerd langs twee lijnen: voor langdurige fysiotherapie was onvoldoende evidence daarmee werd niet voldaan aan de pakketcriteria en dus moest langdurige fysiotherapie bij de genoemde aandoeningen uit het pakket. Voor kortdurende en intermitterende fysiotherapie was wel voldoende evidence, maar, was destijds de redenering: die zorg kan goed aanvullend worden verzekerd of kunnen patiënten ook wel zelf betalen want die is niet zo duur. Dat laatste blijkt in de praktijk niet het geval te zijn; de dekking in de aanvullende verzekeringen is steeds slechter er is sprake van medische selectie en veel van de mensen waar we het hier over hebben, hebben volstrekt onvoldoende middelen om zelf de fysiotherapie zelf te betalen.
6. Dat leidt er toe dat deze mensen uitwijken naar duurdere vormen van zorg, dat adequate en effectieve zorg hen wordt onthouden waardoor hun algemene gesteldheid en de kwaliteit van leven ernstig achteruitgaan. In het AO pakket van juni heeft zelfs ZN gepleit om deze aandoeningen weer terug te brengen in het pakket omdat de verzekerden niet de zorg krijgen die ze nodig hebben.
7. Dus pleiten we er samen met het reumafonds voor om op korte termijn deze systeemfout uit het verleden te herstellen en deze zorg weer toegankelijk te maken voor de patiënten en verzekerden die hem zo hard nodig hebben. KNGF en Reumafonds komen samen met een voorstel voor de voorwaardelijke toelating van langdurige fysiotherapie bij reuma. Als het

zorginstituut de algemene conclusies over betaalbaarheid en
verzekeraarbaarheid van kortdurende fysiotherapie herzien kunnen we op korte
termijn stappen zetten waar de zorg en de patiënten erg bij zijn gebaat

8. Naast reuma, hartproblemen en osteoporose speelt op dit moment ook een
andere aandoening. Uw eigen instituut heeft becijferd dat een beter
geprotocolleerde aanpak van de behandeling van artrose tot aanzienlijke
besparingen kan leiden. Laten we ook die stap zetten en fysiotherapie bij
artrose ook toelaten.

Zorginstituut Nederland
Zorg I
Oncologie

Datum
23 februari 2018

Onze referentie
2018022933