Rapport

Stoppen-met-rokenprogramma: te verzekeren zorg!

Op 21 april 2009 uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer

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

Volgnummer 29006531
Afdeling Innovatie

Auteur Mw. mr. M.E. Kroes, m.m.v. drs. C.G. Mastenbroek
Doorkiesnummer Tel. (020) 797 86 31/57

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

Inhoud:

pag.

Samenvatting

1 1. Inleiding

3 2. Context stoppen met roken

3 2.a. Roken en stoppen met roken

4 2.b. Interventies bij stoppen met roken

4 2.b.1. Gedragsmatige ondersteuning

4 2.b.2. Farmacotherapeutische ondersteuning

5 2.b.3. Gecombineerde interventie

6 2.c. Conclusies

7 3. Toetsing stoppen-met-rokenprogramma aan wet- en regelgeving

7 3.a. Inhoud stoppen-met-rokenprogramma

7 3.b. Stand van wetenschap en praktijk

7 3.c. Plegen te bieden en wettelijke beperkingen

7 3.c.1. Plegen te bieden

8 3.c.2. Wet- en regelgeving

8 3.c.3. Nadere voorwaarden en wettelijke beperkingen

9 3.d. Conclusie

10 4. Pakketbeoordeling stoppen-met-rokenprogramma

10 4.a. Ziektelast en noodzaak behandeling

11 4.b. Stoppen-met-rokenprogramma is effectief

12 4.c. De verhoudingen tussen kosten en effecten van stoppen met roken zijn relatief gunstig

13 4.d. Uitvoerbaarheid van stoppen-met-rokenprogramma in verzekerde pakket

14 4.e. Conclusies

15 5. Hoe te realiseren in de Zorgverzekeringswet?

15 5.a. Inhoud en omvang stoppen-met-rokenprogramma

16 5.b. Hoe opnemen in basispakket?

17 5.c. Uitwerking toevoegen afzonderlijke prestatie

19 5.d. Overige aandachts- en actiepunten

20 5.e. Conclusie

21 6. Maatschappelijke toetsing

21 6.a. Weging aspect ‘noodzakelijk te verzekeren zorg’

21 6.a.1. Meebetalen leidt niet tot gewenste resultaat

22 6.a.2. Relatieve macro meerkosten

22 6.a.3. Eigen rekening en risico

22 6.a.4. Stoppen met rokenprogramma zorggerelateerde preventie

23 6.a.5. Roken en risicovol gedrag

23 6.b. Voorstel CVZ
24 6.c. Reacties van betrokkenen
24 6.c.1. Inleiding
24 6.c.2. Varenicline, andere geneesmiddelen en de CBO richtlijn
25 6.c.3. Bewegen en stoppen met roken
25 6.c.4. Overige opmerkingen
26 6.d. Advies van Adviescommissie Pakket
28 7. Advies

Bijlage(n)

1. Begeleiding bij stoppen met roken: verzekerde zorg? Uitgave CVZ, nr 262
2. Brief Partnership Stop met Roken
3. RIVM artikel
4. CVZ Kostenconsequentieraming 2010
5. Uitkomsten proefimplementatie 2008
6. Berekening kosten effectiviteit
7. Schema gevolgen voor geneesmiddelen

Samenvatting

Advies

Roken is voor veel rokers een verslavingsziekte en vormt een gezondheidsrisico voor de individuele roker en voor zijn omgeving. Dit kan worden beperkt door een stoppen-met-rokenprogramma.

In dit rapport, dat een vervolg is op het CVZ rapport *Begeleiding bij stoppen met roken: verzekerde zorg?* van juni 2008, adviseert het CVZ om een integraal stoppen-met-rokenprogramma als zodanig in de zorgverzekering op te nemen en niet alleen de geneesmiddelen als enkelvoudige interventie, omdat het integrale programma de meest succesvolle manier is om rokers te laten stoppen. Het stoppen-met-rokenprogramma bestaat op dit moment uit:

- gedragsmatige ondersteuning zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen plegen te bieden zoals korte ondersteunende interventies en de intensieve op gedragsverandering gerichte interventies;
- gedragsmatige ondersteuning in combinatie met de noodzakelijke farmacotherapeutische ondersteuning met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline en bupropion.

Het stoppen-met-rokenprogramma is zowel gericht op behandeling van de verslavingsziekte als op het voorkomen van allerlei aan roken gerelateerde ziekten.
Door het integrale programma als een afzonderlijke prestatie in de Zorgverzekeringswet op te nemen, kan een roker die wil stoppen hierop aanspraak maken. Een afzonderlijke prestatie in de Zvw biedt partijen in de markt een herkenbaar en transparant product.

Argumenten voor en tegen opname integraal stoppen-met-roken-programma

Het CVZ vindt de volgende redenen doorslaggevend om een integraal stoppen-met-rokenprogramma als zodanig in de Zorgverzekeringswet op te nemen.

- Roken is oorzaak nummer één van allerlei ziekten en leidt tot een groot beroep op de zorg.
- Roken berokkent gezondheidsschade, ook aan anderen dan de roker zelf.
- Voor veel rokers is roken een verslavingsziekte. Deze ziekte kan effectief worden behandeld met een stoppen-met-rokenprogramma als de roker gemotiveerd is om te stoppen.
- Iedere effectieve stoppoging betekent gezondheidswinst voor het individu en voor de mensen in zijn omgeving.
- De meerwaarde van het programma staat vast. De kosteneffectiviteitsratio is relatief gunstig. Er is sprake van een duidelijke ‘value for money’.
- Er is niet snel een precedent te vinden dat zo duidelijk de ziektelast van patiënten vermindert en daarenboven voorkomt dat anderen schade lijden.

Tegenargumenten die het CVZ heeft afgewogen, en die de Adviescommissie Pakket ook naar voren heeft gebracht, betreffen de mogelijkheid om een deel van de interventie voor eigen rekening en verantwoording te laten komen, de vraag of dit noodzakelijk te verzekeren zorg is in een tijdsgewricht van een krimpende economie en de mogelijke precedentwerking die van een dergelijk besluit kan uitgaan.

CVZ adviseert Minister het Bzv te wijzigen

Het Besluit zorgverzekering (Bzv) biedt op dit moment geen wettelijke basis voor het integrale programma als te verzekeren prestatie.
Daarom adviseert het CVZ de minister het Bzv te wijzigen en het stoppen-met-rokenprogramma als afzonderlijke prestatie hierin op te nemen. Hiervoor bestaan diverse argumenten van zorginhoudelijke en beleidsmatige aard.

CVZ raamt kosten tussen € 20 en € 33 miljoen

Het aantal mensen dat waarschijnlijk een stoppoging gaat ondernemen schat het CVZ op minimaal 89.500 en maximaal 143.800. De kosten voor het opnemen van het stoppen-met-rokenprogramma in 2010 in de zorgverzekering raamt het CVZ op een macrobedrag tussen de € 20 miljoen en € 33 miljoen, afhankelijk van de gekozen behandeling en de behandelduur.

Meer stoppers door aanbieden programma

Er zijn indicaties dat door het volledig vergoeden van de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma meer rokers de bewezen effectieve interventies zullen gebruiken om te stoppen met roken. Naar verwachting gaat het om ruim 10% meer stoppogingen.
De kans dat meer mensen nu daadwerkelijk erin slagen te stoppen met roken, wordt groter en daarmee ook de gezondheidswinst voor het individu en de baten voor de samenleving omdat er onder meer minder verzuim en arbeidsongeschiktheid door aan roken gerelateerde ziekten zal optreden.

1. Inleiding

Gezond leven als prioriteit

In Nederland is gezondheidswinst te behalen als we naast de behandeling van ziekte meer aandacht besteden aan gezond leven. Gezond zijn en gezond blijven draagt bij aan het welzijn van het individu en de mogelijkheden tot participatie in de maatschappij. Het individu is zelf verantwoordelijk voor zijn gezondheid. Het verzekeren van preventie kan een impuls zijn om die verantwoordelijkheid te nemen. Het is van belang vast te stellen welke mogelijkheden de Zorgverzekeringswet (Zvw) biedt voor het verzekeren van preventieve interventies met als doel ziekte te voorkomen.

Het CVZ heeft in 2007 in zijn rapport *Van preventie verzekerd*[1] zijn visie gepresenteerd op preventie in de verzekerde zorg. Deze visie komt erop neer dat zowel geïndiceerde preventie (die is gericht op het voorkomen van ziekte) als zorg-gerelateerde preventie (die is gericht op het voorkomen van complicaties of verergering van de ziekte) behoort tot het domein van de Zvw.
Alle vormen van collectieve preventie (universele en selectieve preventie), zoals het opsporen van mensen met (verhoogd risico op) een ziekte en hen naar de zorg toe leiden, behoren niet tot het te verzekeren risico van de Zvw.

In 2008 en 2009 brengt het CVZ een aantal rapporten over verzekerde preventie uit.

Eerste deelrapport Duiding begeleiding bij stoppen met roken

Op 30 juni 2008 is het deelrapport *Begeleiding bij stoppen met roken: verzekerde zorg?* aan de minister van VWS aangeboden (bijlage 1). In dat rapport heeft het CVZ verduidelijkt wie in aanmerking komen voor preventieve interventies om te stoppen met roken en welke interventies bij het stoppen met roken onder de te verzekeren prestaties van de Zvw vallen.

Begeleiding bij het stoppen met roken is zowel gericht op het behandelen van tabaksverslaving als op het voorkomen van allerlei aan roken gerelateerde ziekten.

Dit rapport met de titel S*toppen-met-rokenprogramma: te verzekeren zorg!* sluit aan op het bovenstaande rapport.
Het bevat het advies van het CVZ om de meest effectieve interventie die gericht is op het stoppen met roken als een integraal programma in de verzekering op te nemen.

Opbouw rapport

De opbouw van het rapport is als volgt. Hoofdstuk 2 bevat algemene informatie over de gevolgen van roken en over de interventies die bij het stoppen met roken verzekerde zorg zijn en welke niet. Het CVZ stelt in hoofdstuk 3 vast dat een stoppen-met-rokenprogramma op dit moment geen integraal onderdeel is van de te verzekeren zorg. In hoofdstuk 4 toetst

het CVZ het stoppen-met-rokenprogramma aan de pakketcriteria. Hoofdstuk 5 behandelt de wijze waarop de meest effectieve interventie voor stoppen met roken kan worden geregeld in de Zvw en welke argumenten hierbij een rol spelen. Hoofdstuk 6 bevat de maatschappelijke weging van het CVZ voorstel. Aan de orde komen zowel de reacties van betrokkenen op het conceptadvies als de weging door de Adviescommissie Pakket. Tot slot staat in hoofdstuk 7 het advies van het CVZ.

2. Context stoppen met roken

In dit hoofdstuk staat eerst enige algemene informatie over roken, de gevolgen van roken, de zorgbehoefte en het zorgaanbod bij het stoppen met roken. Daarna volgt informatie over de interventies bij de behandeling van tabaksverslaving die nu al verzekerde zorg zijn en welke dat niet zijn. Tot slot komt het stoppen-met-rokenprogramma aan de orde.

2.a. Roken en stoppen met roken

Roken is verslavingsziekte

Rokers krijgen veel nicotine binnen. Nicotine is de belangrijkste verslavende stof in tabak. Bij bijna alle rokers blijkt op de lange duur sprake te zijn van tabaksverslaving. Tabaksgebruik (roken) is een verslavingsziekte.[1] Nicotinegebruik kan leiden tot o.a. acute vasoconstrictie, stijging van bloeddruk en hartfrequentie, en van contractiekracht en zuurstofbehoefte van de hartspier. Sigarettenrook bevat daarnaast een groot aantal kankerverwekkende stoffen en stoffen die een irriterend effect hebben op de luchtwegen.

Roken leidt tot andere ziekten

Rokers kunnen ziek worden door hun tabaksverslaving, maar hebben ook grote kans op de ontwikkeling van (chronische) aandoeningen, vooral hart- en vaatziekten, kanker en COPD. Tabaksgebruik leidt verder tot een verhoogd risico op een groot aantal andere ziekten, zoals peri-operatieve complicaties, gestoorde wondgenezing, complicaties rondom zwangerschap, ziekten van het maag-darmstelsel, en maligniteiten anders dan longkanker. Zie ook bijlage 1, hoofdstuk 2.

Roken leidt tot ziekten bij anderen

De individuele ziektelast door roken en door aan roken gerelateerde ziekten, is niet beperkt tot degenen die roken. Ook de mensen in de omgeving van de roker hebben kans om ziek te worden door de tabaksrook[2]. Meeroken verhoogt het risico op longkanker en hart- en vaatziekten met circa 20% . Bij kinderen en volwassenen die al COPD hebben, verergert het meeroken de COPD-klachten.

Roken tijdens de zwangerschap verhoogt het risico op problemen bij het ongeboren kind en problemen rondom de bevalling. Een zuigeling die meerookt heeft een grotere kans op overlijden en wiegendood.

Behoefte aan zorg op maat

Bij mensen die willen stoppen met roken is de zorgbehoefte divers. In eerste instantie kan minder intensieve begeleiding of een kort stopadvies afdoende zijn. Dat geldt voor rokers die gemotiveerd zijn om te gaan stoppen. Rokers die reeds

[1] WHO evidence based recommendations on the treatment of tobacco dependence. Copenhagen: WHO, 2001.
[2] Gezondheidsraad, Volksgezondheidsschade door passief roken. Publicatie nr 2003/21.

meerdere stoppogingen hebben ondernomen, en vaak meer verslaafd zijn, hebben baat bij een meer intensieve vorm van ondersteuning. Daarnaast kan intensieve gedragsmatige ondersteuning én farmacotherapeutische ondersteuning helpen bij rokers die meer dan 10 sigaretten per dag roken en zwaar verslaafd zijn. Zie hierover ook de brief van 19 december van het *Partnership Stop met Roken* (bijlage 2).

Stepped care zorgaanbod

Het is van belang dat de zorgverleners bij het aanbieden van interventies om te stoppen met roken, voldoende rekening kunnen houden met de verschillende individuele behoeften en de vrijheid hebben om afhankelijk van de vraag en de zorgbehoefte, in een geleidelijk proces, die keuzen te maken die passen bij de zorgbehoefte van de roker die de wens heeft te stoppen met roken. Dit geleidelijke zorgproces wordt ook wel aangeduid met *stepped care*. Het *Partnership Stop met Roken* heeft hierop ook gewezen (zie bijlage 2).

2.b. Interventies bij stoppen met roken

2.b.1. Gedragsmatige ondersteuning

In 2008 heeft het CVZ in zijn rapport *Begeleiding bij stoppen met roken: verzekerde zorg?* geconcludeerd dat gedragsmatige ondersteuning bij het stoppen met roken voldoet aan de stand van de wetenschap en praktijk en dat het geneeskundige zorg betreft zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (bijlage 1, hoofdstuk 4).

Korte ondersteunende interventies

Voorbeelden van korte ondersteunende en minder intensieve interventies zijn de korte adviezen in een gebruikelijk zorgcontact in de eerste of tweede lijn, zoals het ‘stopgesprek’, het ‘stopadvies’, de contacten volgens de zogenaamde minimale interventiestrategie en de ‘stopmail’.

Intensieve op gedragsverandering gerichte interventies

De intensieve vormen van op gedragsverandering gerichte interventies (in een groep of individueel) bij stoppen met roken, bestaan uit een serie van ten minste vier contacten van ten minste tien minuten in een tijdsbestek van één tot enkele maanden. Voorbeelden hiervan zijn persoonlijke coaching, telefonische coaching, gedragstraining en groepstraining zoals “Pakje Kans”.

2.b.2. Farmacotherapeutische ondersteuning

In 2008 heeft het CVZ in zijn rapport *Begeleiding bij stoppen met roken: verzekerde zorg?* geconcludeerd dat de farmacotherapeutische ondersteuning bewezen effectief is als dit wordt toegepast in combinatie met kortdurende interventies of intensievere op gedragsverandering gerichte interventies.
Het adviseren over en het voorschrijven van geneesmiddelen valt onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg als

bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, Bzv.

Diverse geneesmiddelen

De farmacotherapeutische ondersteuning kan bestaan uit nicotinevervangende middelen -dit zijn geregistreerde geneesmiddelen waarin nicotine als werkzame stof zit-, en nortriptyline, bupropion en het recent op de markt geïntroduceerde varenicline.

Wel vergoed

Nortriptyline valt als antidepressivum onder de te verzekeren prestaties van de Zvw (artikel 2.8, eerste lid Bzv). Nortriptyline is niet geregistreerd voor stoppen met roken, maar wordt wel hiervoor toegepast (geaccepteerd off-label gebruik) en indien voorgeschreven daarvoor ook vergoed.

Niet vergoed

De nicotinevervangende geneesmiddelen en varenicline zijn geen te verzekeren prestaties. Deze geneesmiddelen zijn niet opgenomen in het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS). Bupropion wordt wel vergoed als antidepressivum maar is door plaatsing op Bijlage 2 uitgesloten van vergoeding voor de indicatie stoppen met roken.

2.b.3. Gecombineerde interventie

Gedragsmatige ondersteuning en farmaco-therapeutische ondersteuning

Het CVZ heeft in 2008 in zijn rapport *Begeleiding bij stoppen met roken: verzekerde zorg?* geconcludeerd dat zowel de gedragsmatige interventies alleen als de gedragsmatige interventies in combinatie met farmacotherapeutische ondersteuning effectief zijn (bijlage 1, hoofdstuk 4).

De aard en de omvang van de interventies kan variëren afhankelijk van de ernst van de verslaving, het rookgedrag en/of het aantal stoppogingen in het verleden. De zorgverlener die de interventies aanbiedt zal rekening houden met de wensen en de mogelijkheden van de roker. Om goede zorg te kunnen verlenen moet de zorgverlener kunnen kiezen uit het gehele arsenaal van effectieve stoppen-met-rokeninterventies, zoals hierboven beschreven. Dit arsenaal aan effectieve interventies heeft het CVZ bestempeld als het integrale *stoppen-met-roken-programma.*

Inhoud stoppen-met-rokenprogramma

Het stoppen-met-rokenprogramma bestaat nu uit:

- gedragsmatige ondersteuning zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen plegen te bieden zoals korte ondersteunende interventies en de intensieve op gedragsverandering gerichte interventies in een groep of individueel;
- gedragsmatige ondersteuning in combinatie met de noodzakelijke farmacotherapeutische ondersteuning met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline en

[3] Varenicline dat sinds 2007 op de markt is, wordt nog niet aanbevolen in de uit 2007 daterende huisartsenstandaard, omdat er nog onvoldoende ervaring met het middel bestaat. Daarom is dit middel niet opgenomen in het programma.

bupropion[3].

Indicatiegroepen

Als iemand gemiddeld tien of meer sigaretten per dag gebruikt, bestaat de farmacotherapeutische ondersteuning in combinatie met de korte ondersteunende interventies of de intensieve interventies (individueel of in een groep), bij de eerste twee pogingen uit nicotinevervangende middelen zoals nicotinepleisters, -kauwgom en –tabletten.
Als iemand gemiddeld tien of meer sigaretten per dag rookt en als de eerste twee stoppogingen zijn mislukt, bestaat de farmacotherapie in combinatie met de korte ondersteunende interventies of de intensieve interventies uit nortriptyline of bupropion.

2.c. Conclusies

Het CVZ komt in dit hoofdstuk tot de volgende conclusies:

- Roken is een gezondheidsrisico voor de individuele roker en voor zijn omgeving.
- De verslaving aan roken is een ziekte. Alle rokers zijn geïndiceerd voor begeleiding bij het stoppen met roken, zodra zij een arts consulteren en aangeven te willen stoppen met roken.
- Bij mensen die willen stoppen met roken varieert de aard en omvang van de behoefte aan ondersteunende interventies bij het stoppen met roken.
- Zowel de gedragsmatige ondersteuning gericht op stoppen met roken alleen als de gedragsmatige ondersteuning in combinatie met farmacotherapeutische ondersteuning zijn bewezen effectieve interventies[4].
- De gedragsmatige ondersteuning in combinatie met farmacotherapie in een gericht stoppen-met-rokenprogramma is aangetoond effectiever dan de afzonderlijke behandelingen[5]. Dit is onder meer het geval bij rokers die meer dan 10 sigaretten per dag gebruiken en/of die al meerdere stoppogingen achter de rug hebben
- Het arsenaal aan effectieve interventies gericht op stoppen met roken noemt het CVZ het *stoppen-met-rokenprogramma*. De aard en de omvang van de interventies is variabel.
- Het is van belang dat zorgverleners de gedragsmatige interventies *stepped care* aanbieden, zo nodig in combinatie met *stepped care* farmacotherapeutische ondersteuning.
- Begeleiding bij het stoppen met roken is zowel gericht op het behandelen van tabaksverslaving als op het voorkomen van allerlei aan roken gerelateerde ziekten.

[4] Rapport CVZ Begeleiding bij stoppen met roken: verzekerde zorg? CVZ uitgavenreeks,nr. 262.
[5] Parrott S, et al. Thorax 1998; 53 (S5): S11-S16

3. Toetsing stoppen-met-rokenprogramma aan wet- en regelgeving

In dit hoofdstuk verduidelijkt het CVZ of het stoppen-met-rokenprogramma als zodanig als een integraal programma tot de te verzekeren prestaties behoort.

3.a. Inhoud stoppen-met-rokenprogramma

Het stoppen-met-rokenprogramma bestaat op dit moment uit:

- gedragsmatige ondersteuning, zoals de korte ondersteunende interventies of de intensieve op gedragsverandering gerichte interventies of
- gedragsmatige ondersteuning in combinatie met farmacotherapeutische ondersteuning met nicotinevervangende geneesmiddelen, nortriptyline en bupropion.

3.b. Stand van wetenschap en praktijk

In 2008 heeft het CVZ vastgesteld dat zowel de gedragsmatige ondersteuning bij stoppen met roken als de farmacotherapeutische ondersteuning afzonderlijk voldoen aan de stand van de wetenschap en praktijk. Uit een recente literatuur search (bijlage 3 bij bijlage 1) heeft het CVZ geconcludeerd dat de interventies zonder farmacotherapeutische ondersteuning een wisselend effect hebben. Het CVZ concludeert dat de gegevens uit de literatuur search de conclusies en aanbevelingen uit de CBO-richtlijn bevestigen. De kans om te stoppen met roken is zonder begeleiding 2-5 % is, kortdurende ondersteuning leidt tot een verdubbeling van deze kans en de gecombineerde interventie vervierVoudigt deze kans[6]. Het CVZ concludeert dat de combinatie van op gedragsverandering gerichte interventies en farmacotherapeutische ondersteuning het meest effectief is en voldoet aan de stand van wetenschap en praktijk.

3.c. Plegen te bieden en wettelijke beperkingen

3.c.1. Plegen te bieden

In 2008 heeft het CVZ al geconcludeerd dat de begeleiding bij het stoppen met roken en het adviseren over en voorschrijven van geneesmiddelen onder de te verzekeren prestatie geneeskundige zorg als bedoeld in artikel 2.4, eerste lid, Bzv. vallen.
Dit betekent dat het stoppen-met-rokenprogramma voor het onderdeel gedragsmatige ondersteuning geneeskundige zorg is zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen plegen te bieden.

[6] Parrott S, et al. Thorax 1998; 53 (S5): S11-S16

3.c.2. Wet- en regelgeving

Om een uitspraak te kunnen doen over de vraag of het stoppen-met-rokenprogramma in zijn geheel tot de te verzekeren prestaties behoort, toetst het CVZ aan de wet- en regelgeving.

Te verzekeren prestaties

Artikel 10, onder a en c, Zvw bepaalt dat het te verzekeren risico de behoefte aan geneeskundige zorg en farmaceutische zorg is.

Artikel 11, derde lid, Zvw, geeft aan dat bij algemene maatregel van bestuur de inhoud en omvang van de te verzekeren prestaties nader kunnen worden geregeld. Deze algemene maatregel van bestuur vindt zijn uitwerking in het Besluit zorgverzekering (Bzv).

Geneeskundige zorg

Geneeskundige zorg omvat onder meer zorg zoals huisartsen, medisch-specialisten, klinisch-psychologen en verloskundigen die plegen te bieden (zie artikel 2.4, eerste lid, Bzv)

Farmaceutische zorg

Farmaceutische zorg omvat de terhandstelling van de door de minister aangewezen geregistreerde geneesmiddelen voor zover deze zijn aangewezen door de zorgverzekeraar (zie artikel 2.8, eerste lid, Bzv en artikel 2.5 van de Regeling zorgverzekering (Rzv).

Artikel 2.5, tweede lid, van de Rzv beperkt de omvang van de farmaceutische zorg als volgt. Als een geneesmiddel behoort tot een van de in Bijlage 2 van de Rzv genoemde categorieën van geneesmiddelen, kan terhandstelling alleen plaatsvinden als voldaan is aan de bij die categorieën vermelde voorwaarden.

3.c.3. Nadere voorwaarden en wettelijke beperkingen

De te verzekeren prestaties staan omschreven in de Zvw. In het Bzv en Rzv worden aan bepaalde prestaties nadere voorwaarden of beperkingen gesteld.

Eerstelijns psychologische zorg beperkt tot 8 zittingen

De geneeskundige zorg door eerstelijnspsychologen is in de Zvw (artikel 2.4, eerste lid, onder d Bzv) beperkt tot acht zittingen per jaar. Voor de GGZ is in de eerste lijn een eigen bijdrage verschuldigd.

Farmacotherapeutische ondersteuning beperkt

De farmacotherapeutische ondersteuning bij stoppen met roken, kan bestaan uit nicotinevervangende middelen of andere geneesmiddelen zoals nortriptyline, bupropion en het recent geïntroduceerde varenicline.
De nicotinevervangende geneesmiddelen en varenicline zijn geen te verzekeren prestaties. Deze geneesmiddelen zijn niet opgenomen in het geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS). Bupropion wordt wel vergoed als antidepressivum maar is door plaatsing op Bijlage 2 uitgesloten van vergoeding voor de

indicatie stoppen met roken.
Nortriptyline valt als antidepressivum onder de te verzekeren prestaties van de Zvw (artikel 2.8, eerste lid Bzv). Nortriptyline is niet geregistreerd voor stoppen met roken, maar wordt wel hiervoor toegepast (geaccepteerd off-label gebruik) en indien voorgeschreven daarvoor ook vergoed.

3.d. Conclusie

Programma Stoppen met roken geen verzekerde zorg

Het stoppen-met-rokenprogramma bestaat uit effectieve interventies om te stoppen met roken. Van dit programma valt een deel, te weten alleen de gedragsmatige ondersteuning bij het stoppen met roken onder de te verzekeren prestaties van de Zvw. De farmacotherapeutische ondersteuning met geneesmiddelen valt op dit moment voor het grootste deel niet onder de Zvw.
Dit betekent dat het integrale stoppen-met-rokenprogramma niet onder de te verzekeren prestaties valt.

Omdat het stoppen-met-rokenprogramma in zijn geheel niet onder de te verzekeren prestaties van de Zvw valt, gaat het CVZ in het volgende hoofdstuk na of er redenen zijn dit wel te doen.

4. Pakketbeoordeling stoppen-met-rokenprogramma

Uit het vorige hoofdstuk blijkt dat het stoppen-met-rokenprogramma als zodanig op dit moment niet onder de verzekerde prestaties van de Zorgverzekeringswet valt.

Moet het stoppen-met-rokenprogramma als zodanig wel of niet tot de te verzekeren prestatie gaan behoren? Om te komen tot een onderbouwd oordeel, toetst het CVZ in dit hoofdstuk het stoppen-met-rokenprogramma aan de vier pakketprincipes noodzakelijkheid, effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid. De volgende vragen komen daarbij aan de orde:

- Rechtvaardigt de ziekte, beperkingen of benodigde zorg een claim op de solidariteit, gegeven de culturele context?
- Is de betreffende interventie effectief? Doet de interventie wat ervan mag worden verwacht?
- Zijn de verhoudingen tussen kosten en baten van de interventie acceptabel?
- Is het nu en in de toekomst verantwoord om de interventie of zorgvorm op te nemen in het te verzekeren pakket?

In dit hoofdstuk komt de maatschappelijke weging van de noodzaak om bepaalde zorg in de zorgverzekering te regelen nog niet aan de orde. Dat gebeurt in hoofdstuk 6.

4.a. Ziektelast en noodzaak behandeling

Roken en ziektelast

Roken leidt tot verlies aan kwaliteit van leven. Roken is volgens het RIVM de determinant die de meeste ziektelast in de Nederlandse bevolking tot gevolg heeft, gevolgd door overgewicht, verhoogde bloeddruk en overmatig alcoholgebruik (zie bijlage 3) Het RIVM heeft de relatie tussen risicofactoren en ziektelast onderzocht door te kijken naar de effecten van risicofactoren op verloren levensjaren en ziektejaar-equivalenten. Ziektejaarequivalenten zijn een maat voor het verlies aan kwaliteit van leven.

Roken leidt tot sterfte

Ook voor sterfte uitgedrukt in verloren levensjaren blijft roken verreweg de belangrijkste risicofactor. Van de rookgerelateerde doodsoorzaken is longkanker de belangrijkste, maar ook coronaire hartziekten, COPD en beroerte leveren forse bijdragen.

Andere gevolgen van roken

Andere gevolgen van roken:
Rokers sterven op jongere leeftijd en zijn minder jaren ziek (goedkope sterfte).
De overheid heeft hoge inkomsten uit accijnzen op tabak en minder ziektekosten.
Het aantal meerokers met grote kans op het ontwikkelen van aan roken gerelateerde ziekten, blijft onverminderd hoog en daarmee ook de ziektekosten.

Belang van de volksgezondheid

Roken leidt op den duur tot arbeidsverzuim, aantasting van het arbeidskapitaal en afname van arbeids-productiviteit. Om gezondheidswinst te bereiken hecht de overheid aan het verminderen van het aantal rokers. Daarvoor is een aantal jaar geleden het Nationaal Programma Tabaksontmoediging tot stand gebracht, waarin aandacht bestaat voor het geven van publieksvoorlichting, voor de wettelijke bescherming van de bevolking tegen schadelijke effecten van rook en voor het aanbieden van interventies gericht op stoppen met roken.

Kosten voor het individu

Rokers die nu stoppen met roken en daarbij farmacotherapeutische ondersteuning gebruiken, betalen de geneesmiddelen zelf en besparen op de kosten voor aanschaf van sigaretten. De gemiddelde kosten voor farmacotherapeutische ondersteuning liggen tussen ongeveer € 40,- en € 256,- per stoppoging, afhankelijk van de gekozen behandeling en behandelduur. Meer informatie over de kosten van het stoppen-met-rokenprogramma vindt u in bijlage 4.

4.b. Stoppen-met-rokenprogramma is effectief

De effectiviteit van de gedragsmatige ondersteuning bij het stoppen met roken en de effectiviteit van de combinatie van gedragsmatige ondersteuning met farmacotherapeutische ondersteuning, beide verenigd in het stoppen-met-rokenprogramma, is reeds besproken in hoofdstuk 2.
Een stoppen-met-rokenprogramma biedt een stepped care zorgaanbod. Dat zorgaanbod gaat uit van de zorgbehoefte van de patiënt. Bij een roker die gemotiveerd is tot stoppen gaat het in eerste instantie om kortdurende gedragsmatige ondersteuning, Bij een zwaardere roker die meer dan 10 sigaretten rookt en mogelijk al een stoppoging heeft ondernomen, is een intensievere begeleiding aangewezen en kunnen nicotine vervangende middelen aan de behandeling toegevoegd kunnen worden. Bij een zware verslaving en meerdere niet geslaagde stoppogingen kunnen naast deze interventies ook andere farmacotherapeutische middelen ingezet worden.

Zoals in hoofdstuk 3 is beschreven staat de effectiviteit van de gecombineerde behandeling vast. Kortdurende gedragsmatige ondersteuning verdubbelt de kans op een geslaagde stoppoging. De gecombineerde interventie verhoogt deze kans verder tot ca. 20 %. Dit is een verviervoudiging ten opzichte van de kans op een geslaagde stoppoging zonder enige vorm van begeleiding.

Proefimplementatie Provincie Utrecht

In aanvulling hierop brengt het CVZ onder de aandacht dat In 2008 in opdracht van VWS in de provincie Utrecht onder Agis verzekerden de proefimplementatie ‘stoppen met roken’ is uitgevoerd. In deze proef is de ondersteuning zonder kosten voor de deelnemer aangeboden.

Resultaten Proefimplementatie

Regioplan heeft de proefimplementatie geëvalueerd. Hieruit blijkt onder meer het volgende.

Kenmerken stoppers

Er is een speciale groep rokers bereikt; relatief veel vrouwen en zij zijn gemiddeld ouder dan de rokers in de algemene populatie. Zij rookten meer en hadden een hoge mate van verslaving.

Lagere welstand

Verder blijkt dat rokers met een lagere sociaal economische welstand bereikt worden als aan de stopondersteuning geen kosten verbonden zijn. Meer informatie over de proefimplementatie vindt u in bijlage 5.

Effect financiële stimulans

Het CVZ tekent bij deze conclusies aan dat uit een net geupdate en geaccepteerde Cochrane Review[7] blijkt dat er *lichte* aanwijzingen zijn dat een financiële stimulans in de vorm van een vergoeding een positief effect kan hebben op het aantal stoppers en stoppogingen en leidt tot meer geneesmiddelengebruik.

4.c. De verhoudingen tussen kosten en effecten van stoppen met roken zijn relatief gunstig

Bij de bepaling van de kosteneffectiviteit van interventies gaat het om de vraag of de verhouding tussen de kosten en de baten in de breedste zin acceptabel is. De berekening treft u aan in bijlage 6.

Kosteneffectiviteit ook inclusief indirecte kosten is gunstig

De stoppen met roken interventies hebben een lage incrementele kosteneffectiviteitsratio. Voor de gecombineerde interventie geldt een incrementele effectiviteitsratio van € 19.000 per gewonnen levensjaar (QALY). Dat is inclusief indirecte zorgkosten (kosten gemaakt omdat de roker langer leeft). Het betekent dat het gaat om een totaalplaatje van zorgkosten verband houdende met de interventie en het resultaat daarvan ('breed maatschappelijk perspectief'). Als alleen de directe kosten voor de gezondheidszorg worden meegenomen, wat te doen gebruikelijk is bij het hanteren van een 'beperkt maatschappelijk perspectief', wordt deze ratio € 7.700 per gewonnen levensjaar (QALY).

Op basis van verschillende studies blijkt dat de verhouding tussen de kosten en effecten van stoppen met roken interventies relatief gunstig is, ondanks de grote variatie in uitgangspunten en de mogelijke inclusie van de extra zorgkosten in gewonnen levensjaren.
De kosteneffectiviteit is geschat vanuit het perspectief van de gezondheidszorg. Hierdoor zijn belangrijke externe effecten buiten de gezondheidszorg (bijvoorbeeld productieverliezen ten gevolge van ziekte) buiten beschouwing gebleven.

[7] Reda AA, Kaper J, Fikrelter H, Severens JL, van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD004305. DOI: 10.1002/14651858.CD004305.pub3.

4.d. Uitvoerbaarheid van stoppen-met-rokenprogramma in verzekerde pakket

Het stoppen-met-rokenprogramma bestaat voor een deel uit de reguliere zorg, vooral de geneeskundige zorg zoals huisartsen, verloskundigen, klinisch psychologen en medisch specialisten die plegen te bieden.

In de proefimplementatie 'stoppen met roken' (zie ook hoofdstuk 4.b) die in 2008 in opdracht van VWS in de provincie Utrecht is uitgevoerd onder Agis verzekerden is ondermeer uitgezocht wat de knelpunten zijn bij het eventueel landelijk aanbieden van effectieve stopondersteuning aan rokers.
Uit de proef blijkt dat van de mensen die aan de proef hebben meegedaan, zo'n 75% één of meer hulpmiddelen heeft gebruikt om te stoppen..

Landelijke uitrol

Ten aanzien van de uitvoerbaarheid is in de proefimplementatie geconcludeerd dat een landelijke uitrol voor de hulpverleners geen grote problemen zal opleveren. Belangrijk is dat zorgverzekeraars tijdig op de hoogte zijn van de veranderingen zodat zij hun declaratiesysteem kunnen aanpassen.

In proef kosten geneesmiddelen hoog

Van de kosten die zijn gedeclareerd voor de proef blijkt dat 80% is toe te schrijven aan het gebruik van nicotine vervangende middelen en medicijnen, gevolgd door kosten voor de huisarts/POH-er (17%). Deze informatie heeft het CVZ gebruikt in de kostenraming voor 2010.

Raming kosten consequenties

Het CVZ raamt dat het opnemen van het stoppen-met-rokenprogramma in 2010 in de zorgverzekering op jaarbasis, uitgaande van de huidige kosten voor geneesmiddelen en gedragsmatige ondersteuning een macrobedrag van tussen de € 20 miljoen en € 33 miljoen vergt, afhankelijk van de gekozen behandeling en de behandelduur. De kosten consequentie raming met een uitgebreide toelichting en verantwoording vindt u in bijlage 4. Hierin kunt u ondermeer vinden waarom het CVZ in deze raming rekent met minimaal 89.500 mensen die een stoppoging gaan ondernemen. Het maximum aantal stoppers raamt het CVZ op 143.800. Deze aantallen baseert het CVZ mede op gegevens uit de proefimplementatie. De gemiddelde kosten per stoppoging met het stoppen-met-rokenprogramma komen uit op € 226 per persoon.
Overigens is aannemelijk dat de kostenraming in de praktijk in de loop van de tijd anders zal uitkomen omdat op dit moment onder meer niet valt in te schatten wat de invloed van zorgverzekeraars is op de prijs van de geneesmiddelen en wat de gevolgen voor de prijs zijn als het patent op Zyban® dit jaar afloopt. Daarnaast kan ook het aantal rokers in de loop van de jaren dalen.

Risicoverevening

Het CVZ probeert bij pakketadviezen de financiële

consequenties toe te rekenen aan verzekerdengroepen, zoals deze worden onderscheiden in de risicoverevening Zvw. Op grond van de op dit moment beschikbare gegevens lijkt het niet goed mogelijk de financiële consequenties van stoppen met roken aan specifieke (voor de risicoverevening) relevante verzekerdengroepen toe te rekenen.

4.e. Conclusies

Oordeel over instroom in basispakket

Het CVZ onderkent dat de ziektelast door roken hoog is en dat roken een zware belasting vormt voor de volksgezondheid. Het CVZ heeft de effectiviteit en de kosteneffectiviteit van het stoppen-met-rokenprogramma ondubbelzinnig vastgesteld. Gezien de uitkomsten van de proefimplementatie acht het CVZ het stoppen-met-rokenprogramma uitvoerbaar.

Uit deze pakketbeoordeling blijkt dat er voldoende redenen zijn om het stoppen-met-rokenprogramma als zodanig op te nemen in het te verzekeren pakket.

De maatschappelijke weging van de noodzaak om deze zorg in de zorgverzekering te regelen moet nog plaatsvinden. Dat komt aan de orde in hoofdstuk 6. Dan komt ook het aspect ‘eigen rekening en verantwoording’ in beeld.
In het volgende hoofdstuk besteedt het CVZ aandacht aan de vraag hoe het programma in de Zvw op te nemen.

5. Hoe te realiseren in de Zorgverzekeringswet?

In voorgaande hoofdstukken heeft het CVZ geconcludeerd dat een stoppen-met-rokenprogramma, als de zorgverlener dat *stepped care* aanbiedt,

- een effectieve behandeling is om te stoppen met roken;
- niet als zodanig onder de te verzekeren prestaties van de Zvw valt.

Omdat er volgens het CVZ voldoende redenen zijn om het stoppen-met-rokenprogramma op te nemen in het basispakket, werkt het CVZ in dit hoofdstuk uit op welke wijze het stoppen-met-rokenprogramma als zodanig in het basispakket van de Zorgverzekeringswet kan worden gerealiseerd.

5.a. Inhoud en omvang stoppen-met-rokenprogramma

Combinatie

Het stoppen-met-rokenprogramma bestaat uit gedragsmatige ondersteuning of uit gedragsmatige ondersteuning gecombineerd met farmacotherapeutische ondersteuning.(zie ook hoofdstuk 2).

Stepped care

In eerste instantie kan minder intensieve begeleiding of een kort stopadvies afdoende zijn. Rokers die reeds meerdere stoppogingen hebben ondernomen, en die vaak meer verslaafd zijn, hebben baat bij intensievere ondersteuning. Daarnaast kunnen geneesmiddelen helpen bij rokers die meer dan 10 sigaretten per dag roken.
Zorgverleners moeten voor het leveren van goede zorg aan individuele patiënten de mogelijkheid hebben te kiezen voor de meest geschikte interventie. Niet alle rokers zijn hetzelfde. Stoppen met roken is een geleidelijk proces waarbij per geval besloten moet kunnen worden welke vorm van gedragsmatige ondersteuning en welke geneesmiddelen het beste aansluiten bij de patiënt. De wens van de patiënt speelt een belangrijke rol.

Gedragsmatige ondersteuning is verzekerd

In de hoofdstukken 2 en 3 is besproken dat de gedragsmatige ondersteuning en het adviseren over en het voorschrijven van geneesmiddelen onder de geneeskundige zorg vallen zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen en verloskundigen plegen te bieden (artikel 2.4 Bzv).

Farmacotherapeutische ondersteuning is knelpunt

De farmacotherapeutische ondersteuning kan volgens de vigerende behandelrichtlijnen op dit moment bestaan uit nicotinevervangende middelen (pleisters, kauwgom en tabletten), bupropion voor de indicatie stoppen met roken en nortriptyline. De nicotinevervangende middelen en bupropion voor stoppen met roken zijn uitgesloten van het verzekerde pakket.
De nicotinevervangende middelen zijn zogenaamde zelfzorg geneesmiddelen. Zelfzorgmiddelen zijn uitgesloten van het

basispakket. Op dit moment zitten slechts enkele groepen zelfzorgmiddelen in het GVS als er sprake is van chronisch gebruik.
Bupropion is geregistreerd voor de behandeling van depressie en voor stoppen met roken. Voor de indicatie stoppen met roken wordt bupropion niet vergoed.

Het CVZ wijst erop dat sinds 2007 nog een ander geneesmiddelmiddel op de markt is voor het stoppen met roken, namelijk varenicline (Champix®). Dit middel wordt ook niet vergoed uit de verzekering. Het is niet opgenomen in het GVS.
In tegenstelling tot bupropion, maakt varenicline nog geen deel uit van de vigerende behandelrichtlijnen. Het CVZ is ervan op de hoogte dat het CBO op dit moment bezig is met een actualisering van de multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van tabaksverslaving.
Als het CBO besluit de multidisciplinaire richtlijn voor de behandeling van tabaksverslaving aan te passen en varenicline hierin opneemt, zal het CVZ zelf de hardheid van de evidence beoordelen en een oordeel uitspreken over de vraag of de nieuwe interventie onderdeel is van de te verzekeren prestaties.
Vooralsnog geldt echter het uit 2008 daterende oordeel van de Commissie Farmaceutische Hulp van het CVZ over de plaats van varenicline in de behandeling van tabaksverslaving. Meer informatie over (de plaatsbepaling van) de diverse geneesmiddelen bij het stoppen met roken is te vinden in het Farmacotherapeutisch Kompas dat het CVZ jaarlijks uitgeeft.

5.b. Hoe opnemen in basispakket?

Om het stoppen-met-rokenprogramma in zijn geheel in het basispakket van de Zorgverzekeringswet op te kunnen nemen zijn er in principe verschillende mogelijkheden: door uitbreiding van de huidige functiegerichte verzekerde prestaties of door toevoeging van een nieuwe te verzekeren prestatie.

Om het stoppen-met-rokenprogramma in zijn geheel ten laste van de Zvw te kunnen aanbieden, zou overwogen kunnen worden de geneesmiddelen voor stoppen met roken die nu niet worden vergoed, op te nemen in het geneesmiddelen vergoedingensysteem.

Uitbreiding huidige te verzekeren prestaties is geen optie

Het CVZ schat in dat het om procedurele redenen niet eenvoudig zal zijn de nicotinevervangende geneesmiddelen en andere geneesmiddelen binnen afzienbare tijd voor stoppen met roken in de verzekering op te nemen. Eerst zullen de registratiehouders van de nicotinevervangende geneesmiddelen hiervoor een aanvraag bij de minister van VWS moeten indienen (artikel 2.50, eerste lid, Rzv). Vervolgens moeten de effectiviteit van deze geneesmiddelen en de

onderlinge vervangbaarheid worden beoordeeld. Het eerdere besluit ten aanzien van bupropion (voor stoppen met roken) en ook het besluit over varenicline, zou dan in heroverweging moeten worden genomen.

Uitbreiding via huidige prestaties niet wenselijk

Afgezien van bovenstaande redenen, acht het CVZ het om de volgende zorginhoudelijke en beleidsmatige redenen ook niet wenselijk om de geneesmiddelen voor stoppen met roken in het GVS op te nemen.

- Het CVZ betwijfelt zeer of de opname van de nicotinevervangende en andere geneesmiddelen voor stoppen met roken in het GVS wel zal bijdragen aan de meerwaarde die het stoppen-met-rokenprogramma als zodanig heeft.
- Het programma is juist effectief door de combinatie van gedragsmatige ondersteuning met de farmacotherapeutische ondersteuning.
- Het gescheiden benaderen van de geneesmiddelen doet geen recht aan het samenhangende karakter van het stoppen-met-rokenprogramma.

Nieuwe prestatie toevoegen

De conclusie van het CVZ is dat het GVS geen waarborg biedt voor het stoppen-met-rokenprogramma in zijn geheel. Het CVZ vindt zelfs dat voorkomen moet worden dat de geneesmiddelen bij het stoppen met roken afzonderlijk in de verzekering instromen. De diverse geneesmiddelen zijn alleen effectief als zij in combinatie met gedragsmatige ondersteuning worden voorgeschreven.
Daarom werkt het CVZ hierna het voorstel uit om het stoppen-met-rokenprogramma in zijn geheel als afzonderlijke nieuwe prestatie toe te voegen aan het Bzv.

5.c. Uitwerking toevoegen afzonderlijke prestatie

Het CVZ stelt voor om het stoppen-met-rokenprogramma integraal in de verzekering als een afzonderlijke integrale aanspraak te beschrijven. Dit kan geschieden door aan artikel 2.4 Bzv. toe te voegen: ‘stoppen-met-rokenprogramma als bedoeld in artikel ……’.en hiervoor een afzonderlijk artikel op te nemen in het Bzv.
Dit heeft als gevolg dat er een nieuwe aanspraak als verzekerde prestatie bijkomt. Het CVZ realiseert zich dat een nieuwe aanspraak het globale karakter van de functiegerichte aanspraken en dus –in beginsel- ook het systeem van de Zvw doorkruist. Deze optie geeft echter wel de mogelijkheid om het specifieke karakter van het stoppen-met-rokenprogramma apart en zichtbaar te benoemen en het sluit aan op de zorgvraag.

Overwegingen CVZ

Het CVZ meent dat in dit geval een afzonderlijk artikel nodig is om de meerwaarde van het stoppen-met-rokenprogramma (gedragsmatige ondersteuning al dan niet in combinatie met

geneesmiddelen) tot zijn recht te laten komen door de verzekerde aanspraak ook als zodanig onderdeel uit te laten maken van de te verzekeren prestaties in de Zorgverzekeringswet. De zorgvraag staat daarbij centraal. Bovendien biedt een afzonderlijke aanspraak in het basispakket van de Zvw de mogelijkheid de twee onderdelen èn de onderlinge relatie tussen die onderdelen van het stoppen-met-rokenprogramma zichtbaar (transparant) te beschrijven en te monitoren.

CVZ stelt afzonderlijke bepaling voor

Het CVZ stelt voor in de afzonderlijke bepaling te beschrijven dat het integrale stoppen-met-rokenprogramma bestaat uit:

- korte interventies of intensievere op gedragsverandering gerichte interventies (individueel of in een groep) die vallen onder de geneeskundige zorg zoals huisartsen, medisch specialisten, klinisch psychologen, en verloskundigen deze plegen te bieden én
- korte interventies of intensievere op gedragsverandering gerichte interventies in combinatie met de noodzakelijke geneesmiddelen op voorschrift van de behandelend arts.

Zorginhoudelijke aspecten in de toelichting

In de toelichting bij dit artikel kan worden verwezen naar de Behandelrichtlijnen van de beroepsbeoefenaren of naar de zorgstandaard 'stoppen met roken' als die er is. Aan een zorgstandaard liggen de behandelrichtlijnen van beroepsbeoefenaren ten grondslag. Een zorgstandaard bevat informatie over de inhoud en organisatie van de zorg bij het stoppen met roken en bevat prestatie-indicatoren.

Maximum in wet

Rokers hebben vaak meerdere pogingen nodig voordat zij uiteindelijk met succes stoppen met roken. Een stoppoging bij een zware roker duurt zo'n 8 weken en na het mislukken heeft de roker vaak enige tijd nodig om weer opnieuw een poging te doen.
Vanuit een oogpunt van kostenbeheersing en omdat een roker na een mislukte poging enige tijd nodig heeft om de motivatie op te brengen een nieuwe poging te doen, kan het CVZ zich voorstellen dat de minister beperkingen aanbrengt in de te omschrijven aanspraak.

Gevolgen voor huidige regelgeving

Het CVZ maakt VWS erop attent dat er overlap kan ontstaan tussen het stoppen-met-rokenprogramma als zodanig en andere aanspraken. Zo blijven bijvoorbeeld de consulten van de huisarts bestaan naast de gedragsmatige ondersteuning door de huisarts in het kader van het programma. Op zich hoeft dit geen probleem te vormen. Bij de farmacotherapeutische ondersteuning is er wel een probleem. Om te voorkomen dat buiten het programma om, ook via het GVS farmacotherapie wordt vergoed, is het van belang de wettelijke regeling rond nortriptyline bij het stoppen met roken te wijzigen. Dit middel kan niet meer afzonderlijk ten laste van de verzekering komen, maar moet alleen als

onderdeel van het stoppen-met-rokenprogramma worden toegepast. Het CVZ adviseert nortriptyline toe te voegen aan onderdeel 47 van bijlage 2 van de Regeling zorgverzekering.

Ook dient bij VWS aandacht te bestaan voor de nadere voorwaarden en beperkingen die nu aan prestaties zijn gesteld. Als het stoppen-met-rokenprogramma in zijn totaliteit (dus inclusief farmacotherapeutische ondersteuning) in het basispakket zit, kan de minister tevens bepalen of dat programma als zodanig al dan niet in het eigen risico van de verzekerde valt.

5.d. Overige aandachts- en actiepunten

Als de minister besluit het stoppen-met-rokenprogramma als een afzonderlijke integrale aanspraak in de verzekering te beschrijven, zullen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en NZa in actie moeten komen.

NZa: beschrijven prestatie

Voor de financiering van het stoppen-met-rokenprogramma moet er een eenduidige prestatiebeschrijving komen in het kader van de Wet Marktordening Gezondheidszorg (WMG). Deze prestatie dient inhoudelijk te zijn afgestemd met de inhoud van het stoppen-met-rokenprogramma.

Monitoren zorggebruik

Voor de pakketbeheer cyclus en de adviestaak van het CVZ is het noodzakelijk de effecten van het stoppen-met-rokenprogramma te monitoren. Door te monitoren worden de feitelijke ontwikkelingen in kaart gebracht. Daarbij gaat het om de ontwikkelingen in de zorgvraag, het zorggebruik (waaronder het aantal stoppers) en het zorgaanbod. Inmiddels werkt het CVZ samen met de NZa aan het monitoren van het gebruik van preventieve zorg.

Zorgverzekeraars: Programma transparant in de polis 2010

Zorgverzekeraars kunnen bijdragen aan de stroomlijning van het stoppen-met-rokenprogramma. De functionele systematiek wil immers zeggen dat het aan de zorgverzekeraar is om in de polissen het 'wie' en 'waar' van het zorgaanbod te bepalen. Bij de contractering kunnen zorgverzekeraars afspraken maken over allerhande aspecten van het stoppen-met-rokenprogramma, bijvoorbeeld:

- welke zorgaanbieders de gedragsmatige ondersteuning mogen leveren;
- het aanbod van de farmacotherapeutische ondersteuning;
- de organisatie van het stoppen-met-rokenprogramma, waaronder bijvoorbeeld een verwijzing door de huisarts[8];
- de (meting van de) kwaliteit;

[8] Binnen de eerstelijnszorg is verwijzing niet wettelijk geregeld. Toch heeft de huisarts een poortwachtersfunctie. Voor het stoppen-met-rokenprogramma kan het CVZ zich voorstellen dat de zorgverzekeraars de verwijzing door de primaire behandelaar (in het algemeen de huisarts) naar dit programma in de polis opnemen.

- de toepasselijkheid van vigerende behandelrichtlijnen en/of zorgstandaarden

Deze afspraken vinden vervolgens hun weerslag in de polissen waarin zorgverzekeraars hun voorwaarden voor het stoppen-met-rokenprogramma kenbaar maken aan hun verzekerden.

Aandacht voor regeling eigen preventieprogramma's

Verder herinnert het CVZ eraan dat een integrale aanspraak ook een expliciete relatie mogelijk maakt met de in 2009 geïntroduceerde regeling in artikel 2.17, tweede lid, onder b, Bzv, waarin staat dat de verzekeraar voor een preventieprogramma kan bepalen dat het eigen risico buiten beschouwing blijft en de verzekeraar dit voor zijn rekening neemt. De kosten van het programma komen dan voor rekening van de zorgverzekeraar. De verzekeraar kan daarbij voorwaarden stellen die de motivatie van de verzekerde verder versterken.

5.e. Conclusie

Het CVZ concludeert dat het wenselijk is het stoppen-met-rokenprogramma als zodanig op te nemen als een integrale afzonderlijke prestatie in het Bzv. Opname van een integraal stoppen-met-rokenprogramma biedt diverse voordelen en zal, naar de mening van het CVZ, bijdragen aan een betere (volks)gezondheid.

6. Maatschappelijke toetsing

Instroom- en systeemadvies

In de voorgaande hoofdstukken heeft het CVZ voorgesteld het stoppen-met-rokenprogramma in zijn geheel als zodanig op te nemen in het Besluit zorgverzekering. In termen van de pakketbeheerder betreft dit advies zowel een instroomadvies als een systeemadvies, dat wil zeggen een advies over het systeem van de te verzekeren prestaties.
In dit hoofdstuk doet het CVZ een voorzet voor de weging van de noodzaak om het stoppen-met-rokenprogramma in zijn geheel ten laste van de Zvw te financieren.

6.a. Weging aspect 'noodzakelijk te verzekeren zorg'

In hoofdstuk 4 staan de argumenten voor het opnemen van een stoppen-met-rokenprogramma in de verzekering. De beoordeling van de aspecten effectiviteit, kosteneffectiviteit en uitvoerbaarheid is positief en de ziektelast bij roken is hoog en vormt een zware belasting voor de gezondheidszorg.

Ten aanzien van het aspect 'noodzakelijk te verzekeren zorg' neemt het CVZ het volgende in overweging.

6.a.1. Meebetalen leidt niet tot gewenste resultaat

Het is de vraag hoe het voor eigen rekening laten komen van een onderdeel van het stoppen-met-rokenprogramma zich verhoudt tot de wens de meest effectieve therapie (= het stoppen-met-rokenprogramma) toe te passen.

Omdat het stoppen-met-rokenprogramma maximaal tegemoet komt aan de onderliggende zorgvraag en zorgbehoefte, zou het voor eigen rekening laten komen van een onderdeel -op individueel én populatieniveau bezien-, een belemmering kunnen zijn om te stoppen met roken. Het zou kunnen leiden tot overall minder stoppogingen en ook tot stoppogingen die niet succesvol zijn. De effectiviteit en daarmee het bereiken van het maatschappelijk gewenste resultaat zal suboptimaal zijn. Dit zou vooral kunnen gelden voor mensen met een lagere sociaal economische status, ondanks het feit dat zij op termijn kosten besparen als zij niet meer roken.
Het CVZ heeft laten meewegen dat, hoewel niet significant, er lichte aanwijzingen zijn dat het bieden van een financiële stimulans, zoals het in zijn geheel vergoeden van de stoppen-met-rokeninterventies, leidt tot onder meer een positief effect op het aantal stoppers en stoppogingen.[9] .

[9] Reda AA, Kaper J, Fikrelter H, Severens JL, van Schayck CP. Healthcare financing systems for increasing the use of tobacco dependence treatment. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 2. Art. No.: CD004305. DOI: 10.1002/14651858.CD004305.pub3.

6.a.2. Relatieve macro meerkosten

Gezondheidswinst voor individu en populatie is aanzienlijk

De macrokosten voor opname van het stoppen met rokenprogramma heeft het CVZ geraamd op minimaal € 20 miljoen en maximaal € 33 miljoen. Het CVZ heeft in de maximale raming rekening gehouden met ruim 10 procent extra stoppers als gevolg van het aanbieden van de gecombineerde interventie (zie bijlage 4). Dat betekent dat maximaal ongeveer. 54.000 rokers extra stoppen. Dit heeft een niet te verwaarlozen reductie van de ziektelast tot gevolg. Het CVZ is van mening dat de macro meerkosten relatief laag zijn ten opzichte van de maatschappelijke opbrengsten die op populatieniveau bereikt worden.

6.a.3. Eigen rekening en risico

In de Zorgverzekeringswet is bepaald dat voor verzekerden een verplicht eigen risico geldt.
Met ingang van 2009 kan de verzekeraar in de polis bepalen dat de verzekerde, als deze gebruik maakt van een preventieprogramma, het eigen risico niet verschuldigd is.
De nieuwe regeling voor preventieprogramma's biedt de zorgverzekeraar de mogelijkheid om het eigen risico van de verzekerde kwijt te schelden. De kosten komen dan voor rekening van de zorgverzekeraar.

Verzekerde betaalt

Als het stoppen-met-rokenprogramma *niet* in zijn geheel in het basispakket zit, heeft dit tot gevolg dat de gedragsmatige ondersteuning voor zover niet door een huisarts verleend, in het eigen risico valt. Dat moet de verzekerde altijd betalen. Voor de farmacotherapeutische ondersteuning geldt dat deze ook altijd voor eigen rekening van de verzekerde komt. De verzekerde draagt deze kosten sowieso zelf.

Verzekeraar kan betaling overnemen

Als het stoppen-met-rokenprogramma als een programma wordt aangeboden, is het mogelijk dat het financiële risico niet bij de verzekerde ligt maar bij de verzekeraar terechtkomt. Dit aspect kleurt naar de mening van het CVZ mede de maatschappelijke toetsing op het punt van noodzakelijkheid. Het is dan immers niet de verzekerde die dit risico draagt, maar, in het belang van een toekomstige reductie van ziektelast in de toekomst, de verzekeraar die dat risico draagt.

6.a.4. Stoppen met rokenprogramma zorggerelateerde preventie

Onderdeel breder zorgpad

Een stoppen-met-rokenprogramma is, afhankelijk van de indicatie, geïndiceerde preventie (voor de nog niet zieke roker die wil stoppen) of zorggerelateerde preventie (voor de roker bijvoorbeeld na een bypasschirurgie en bij andere indicaties). In het laatste geval is het stoppen-met-rokenprogramma onderdeel van een (medisch specialistische) behandeling. Het CVZ denkt dat een stoppen-met-rokenprogramma een gunstig effect zal hebben op de behandeling van de hoofdaandoening. Daarom zou het stoppen-met-rokenprogramma (inclusief de geneesmiddelen) onlosmakelijk onderdeel moeten zijn van het totale zorgpad en moet dan

ook in zijn geheel (inclusief de geneesmiddelen) in de verzekering zitten.

6.a.5. Roken en risicovol gedrag

Een laatste aanvullende overweging betreft het karakter van de Zorgverzekeringswet.
De redenering zou kunnen zijn dat een roker 'willens en wetens' zelf schade aan zijn gezondheid veroorzaakt en dat daarom sommige middelen 'voor eigen rekening' zouden moeten komen. Daarom is in artikel 15 Zvw bepaald dat een verzekeraar een verzekerde prestatie niet mag weigeren indien de behoefte aan zorg aan de verzekerde zelf is te wijten.

6.b. Voorstel CVZ

Bij de maatschappelijke weging van de aspecten 'noodzakelijk te verzekeren zorg' en 'uitvoerbaarheid' spelen de volgende argumenten een rol.

Argumenten voor noodzakelijk te verzekeren zorg

Voor een positieve uitkomst van de weging pleiten de volgende argumenten:

- Roken is ziekteveroorzaker nummer één;
- De effectiviteit van het stoppen-met-rokenprogramma voor deze verslavingsziekte en het laten aansluiten bij de zorgvraag en zorgbehoefte;
- Er is een aangetoonde meerwaarde van de gecombineerde interventie boven die van de afzonderlijke medicamenteuze en gedragsmatige interventies; het geheel is meer dan de som der delen;
- De lichte aanwijzingen dat het vergoeden van het stoppen-met-rokenprogramma tot meer stoppogingen en meer stoppers leidt;
- De relatief geringe macro meerkosten ten opzichte van de te behalen gezondheidswinst;
- De wens preventieprogramma's, met verwijzing naar artikel 17 van het Besluit zorgverzekering, tot volle wasdom te laten komen in het spel tussen zorgvrager, zorgaanbieder en zorgverzekeraar;
- De wens een volwaardig en compleet zorg gerelateerd preventieprogramma onderdeel te laten uitmaken van (dure) medisch specialistische behandelingen met als doel deze behandelingen een optimaal resultaat te laten hebben;
- De mogelijkheid om voor het stoppen-met-rokenprogramma een prestatiebeschrijving in het kader van de WMG op te stellen die de bekostiging regelt.

Argumenten tegen

De volgende argumenten leiden tot een andere uitkomst:

- het voor eigen rekening en verantwoording laten komen van een deel van de gecombineerde interventie; Waarom kunnen rokers niet meebetalen aan de behandeling? Ze kunnen nu toch ook sigaretten kopen?
- is dit noodzakelijk te verzekeren zorg in een tijdsgewricht van een krimpende economie?

- de mogelijke precedentwerking die van een dergelijk besluit kan uitgaan.

Uitvoerbaarheid

Daarnaast speelt in de weging het aspect 'uitvoerbaarheid' ook een belangrijke rol in de weging. Het CVZ is van mening dat een programma goed uitvoerbaar is, beter dan een partiële, gefragmenteerde aanspraak, die voor het CVZ overigens geen optie is.

Voorkeur voor stoppen-met-rokenprogramma

De effecten van de behandeling op individueel niveau en de maatschappelijke resultaten van het opnemen van het stoppen-met-rokenprogramma in de verzekerde aanspraak heeft het CVZ in het conceptadvies zwaarder laten wegen dan het aspect 'voor eigen rekening' laten komen van een onderdeel van het programma.

Voorstel tot advies

Alle argumenten voor en tegen overziende, gezien ook het feit dat een programma goed uitvoerbaar zal zijn, heeft het CVZ in het conceptadvies voorgesteld de weging positief te laten uitvallen en te adviseren het stoppen-met-rokenprogramma onderdeel te laten uitmaken van de verzekerde aanspraken met ingang van 1 januari 2010.

6.c. Reacties van betrokkenen

6.c.1. Inleiding

Veel reacties

Het CVZ heeft reacties ontvangen van de volgende organisaties met name: STIVORO, het Partnership *Stop met roken*, Zorgverzekeraars Nederland, de Nederlandse Federatie van Kankerpatiënten, de KNMG, Nederlandse Vereniging van Artsen voor Longziekten en Tuberculose (NVALT), de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie (NVvC), Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie (KNGF), Nefarma, Novartis, GlaxoSmithKline, Pfizer, het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en van het Maastricht Universitair Medisch Centrum (preventieve geneeskunde).

Positief

Uit de reacties blijkt dat alle betrokkenen positief zijn over het voorliggende voostel. Wel hebben zij een aantal vragen en aandachtspunten. Deze komen hierna aan de orde.

6.c.2. Varenicline, andere geneesmiddelen en de CBO richtlijn

Bijna alle stakeholders vragen aandacht voor de positie van het geneesmiddel varenicline in relatie tot CBO-richtlijn, waarvan nu een actualisering in voorbereiding is. Hierover merkt het CVZ het volgende op.

Varenicline komt niet voor in de uit 2004 daterende multidisciplinaire CBOrichtlijn voor de behandeling van tabaksverslaving. Het geneesmiddel wordt wel genoemd in de uit 2007 daterende huisartsenstandaard. Het wordt in de huisartsenstandaard nog niet aanbevolen omdat er op dat

moment te weinig ervaring mee bestaat.
Uit de reacties van de diverse betrokkenen blijkt dat de kans groot is dat de herziene CBOrichtlijn duidelijkheid zal geven over de toepassing van varenicline bij de behandeling van tabaksverslaving. Dit betekent dat varenicline ook onderdeel kan zijn van de farmacotherapeutische ondersteuning van het stoppen-met-rokenprogramma. Zolang de vigerende richtlijnen geen informatie geven over de plaatsbepaling van het betreffende geneesmiddel in de behandeling, ligt het voor de hand rekening te houden met het advies van de CFH over de plaatsbepaling van het middel.
Het CVZ merkt verder over de aanpassing van de richtlijn op dat opname in de richtlijn van een nieuwe interventie niet per definitie ook een één op één instroom in het te verzekeren pakket betekent. Het CVZ beoordeelt in voorkomende gevallen zelf de hardheid van de evidence en zal een oordeel geven over de omvang van de te verzekeren prestatie.
Overigens heeft het CVZ de (wetstechnische) gevolgen bij de diverse geneesmiddelen in een schema in beeld gebracht. Zie bijlage 7.

6.c.3. Bewegen en stoppen met roken

Het KNGF heeft in zijn reactie gesteld dat bewegen als een vorm van gedragsmatige ondersteuning een plaats zal krijgen in de herziene CBO richtlijn. Het KNGF stelt dat bewegen daarmee ook onderdeel is van het stoppen-met-rokenprogramma.
Het CVZ merkt hierover op dat de aanpassing van de richtlijn en opname in de richtlijn van een nieuwe interventie niet per definitie ook een één op één instroom in het te verzekeren pakket betekent. Het CVZ beoordeelt in voorkomende gevallen zelf de hardheid van de evidence en zal een oordeel geven over de omvang van de te verzekeren prestatie.

6.c.4. Overige opmerkingen

Zorgstandaard

ZN heeft gesteld dat het noodzakelijk is dat er zo snel mogelijk zorgstandaarden tot stand moeten komen in verband met de polis. Hierover merkt het CVZ op dat de vigerende behandelrichtlijnen voldoende informatie en houvast bieden aan zorgverzekeraars en zorgverleners om stoppen met roken in de polis te realiseren.

Maximum

De NVALT acht het op klinische gronden niet praktisch om eenmaal per kalenderjaar een verzekerde te laten deelnemen aan een smrprogramma. Het CVZ merkt hierover op dat de beperking tot een keer per kalenderjaar is gebaseerd op kostenoverwegingen, verzekeraarsuitvoering en motivatie van de verzekerde. Daarnaast is het algemeen bekend dat een stoppoging wel enige maanden kan vergen en dat iemand na een mislukte stoppoging enige tijd nodig heeft om weer een stoppoging te ondernemen.

Programma's in de toekomst

Onder andere de KNMG pleit ervoor geen eigen bijdrage in te voeren en het programma in zijn geheel buiten het verplichte eigen risico houden zodat zoveel mogelijk mensen worden bereikt. Het CVZ wil op dit moment niet ingaan op het gratis beschikbaar stellen van preventieprogramma's. Het CVZ zal het onderwerp *Programma's* op een later moment meer fundamenteel benaderen.

6.d. Advies van Adviescommissie Pakket

In de vergaderingen van 13 maart en 14 april 2009 heeft de Adviescommissie Pakket gesproken over het conceptadvies van het CVZ om een integraal stoppen-met-rokenprogramma als zodanig op te nemen in de zorgverzekering. Naast inhoudelijke vragen en opmerkingen over de inhoud van het stoppen-met-rokenprogramma[10] zijn in de discussie de volgende overwegingen aan de orde geweest.

Eigen rekening en verantwoording

De adviescommissie stelt de vraag of de voorgestelde interventie niet voor eigen rekening en verantwoording kan komen. De commissie overweegt daarbij dat de kosten voor het bespaarde pakje sigaretten het in beginsel mogelijk maken de therapie voor eigen rekening te laten komen. Dit argument weegt voor de commissie zwaar in de beoordeling. De commissie tekent daarbij aan dat een belangrijk deel van de voorgestelde interventie nu reeds verzekerde zorg is.
Ook de zorg voor andere verslavingen is momenteel onderdeel van de verzekerde zorg. De commissie overweegt dat bijvoorbeeld alcoholverslaving en drugsverslaving meer sociale implicaties hebben dan de tabaksverslaving. De commissie acht het om die reden niet noodzakelijk de voorgestelde interventie ook integraal op te nemen in de verzekerde zorg.

Tijdsgewricht en precedentwerking

De adviescommissie vraagt zich af of het opnemen van deze zorg zich verhoudt tot het perspectief van een krimpende economie. Is dit wel het juiste moment? De vraag dringt zich op of het voorstel niet leidt tot het verdringen van zorg die wellicht meer noodzakelijk te verzekeren is.
De commissie is van mening dat een voorstel tot opname in het verzekerde pakket goed moet zijn uit te leggen. Daar bestaan in dit geval gerede twijfels over.
Tevens komt de vraag op of een voorstel tot opname geen precedentwerking heeft? Worden er niet te veel verwachtingen gewekt bijvoorbeeld ten aanzien van andere leefstijlinterventies?

Effectiviteit van de gecombineerde interventie

De commissie plaatst vraagtekens bij de soliditeit van de bewijsvoering rondom de effectiviteit van de gecombineerde behandeling. De commissie heeft kennis genomen van de nadere onderbouwing van de effectiviteit door het CVZ en gevraagd deze in het rapport inzichtelijker te presenteren. Ook

[10] Deze vragen hebben geleid tot diverse aanpassingen in hoofdstuk 2 van dit rapport en het besluit om het integrale duidingsrapport van het CVZ van 30 juni 2008 als bijlage 1 toe te voegen aan dit rapport.

heeft de commissie kennis genomen van het standpunt van het CVZ dat het voor de onderbouwing van de effectiviteit van de gecombineerde interventie niet noodzakelijk is te wachten op de actualisering van de CBO-richtlijn.

Weging door de Adviescommissie Pakket

De commissie weegt de hiervoor genoemde argumenten als volgt.

In haar oordeel weegt de commissie zwaar dat de voorgestelde interventie voor eigen rekening en verantwoording kan komen, gelet op de besparingen op de aanschaf van sigaretten. Ook het tijdsgewricht waarin de Nederlandse economie verkeert, roept vragen op over dit voorstel op dit moment. Het feit dat interventies voor andere verslavingen reeds deel uitmaken van de verzekerde zorg acht de commissie op zich geen argument om de voorgestelde interventie op te nemen als verzekerde zorg. Daarnaast heeft de commissie vraagtekens bij de gegevens over de effectiviteit van de gecombineerde interventie.

Advies van de Adviescommissie Pakket

De adviescommissie heeft om hiervoor genoemde redenen twijfel over het voorstel om de gecombineerde interventie als verzekerde zorg op te nemen. De commissie heeft in de discussie ook overwogen dat een stoppen-met-rokenprogramma de schade door roken aan anderen kan reduceren, dat er gezondheidswinst kan worden geboekt en dat wellicht door het aanbieden van een dergelijk programma meer en betere resultaten kunnen worden geboekt bij rokers met een lagere sociaal economische status. Bij deze groep maken de omgevingsfactoren (veel rokers) het vermoedelijk, ondanks de financiële winst, moeilijker om zonder begeleiding te stoppen met roken.

De adviescommissie concludeert dat zij belangrijke twijfels houdt bij het voorstel van het CVZ om de integrale interventie als zodanig op te nemen in het pakket. Indien toch overwogen wordt om het stoppen-met-rokenprogramma integraal op te nemen in het pakket, kan de commissie zich voorstellen dat laatstgenoemde argumenten voor het CVZ daarin vooral een rol spelen.

7. Advies

Overwegingen Raad van Bestuur

De Raad van Bestuur heeft kennis genomen van de overwegingen en het advies van de Adviescommissie Pakket en heeft alle argumenten afgewogen. De Raad van Bestuur heeft de volgende overwegingen een groot gewicht toegekend.

Roken is oorzaak nummer één van allerlei ziekten en leidt tot een groot beroep op de zorg. Roken berokkent gezondheidsschade, ook aan anderen dan de roker zelf. Roken is verantwoordelijk voor een groot deel van de totale ziektelast in Nederland. Voor veel rokers is roken een verslavingsziekte. Deze ziekte kan effectief worden behandeld met een stoppen-met-rokenprogramma als de roker gemotiveerd is om te stoppen. Iedere effectieve stoppoging betekent een relatief grote gezondheidswinst.

De Raad van Bestuur heeft uitgebreid stilgestaan bij het advies van de Adviescommissie Pakket. De Raad van Bestuur onderkent het belang van de tegenargumenten die de adviescommissie naar voren brengt, maar geeft aan de argumenten vóór opneming in het pakket, zoals hiervoor weergegeven, een zwaarder gewicht. De Raad van Bestuur onderkent dat er een debat is over de hardheid waarmee de effectiviteit van de gecombineerde interventie is aangetoond, maar vindt de aanwezige evidence zeker toereikend om opneming in het pakket te rechtvaardigen. De kosteneffectiviteitsratio is relatief gunstig. Naar de mening van de Raad van Bestuur gaat het om een duidelijke 'value for money', want iedere geslaagde stoppoging extra levert een relatief grote gezondheidswinst op.

De Raad van Bestuur is van oordeel dat een stoppen-met-rokenprogramma, gezien de zeer aanzienlijke ziektelast die roken met zich meebrengt én de aanwijzingen dat het verzekeren van een dergelijk programma effecten sorteert in aantallen geslaagde stoppogingen, de voorkeur verdient.
De Raad van Bestuur is van mening dat er niet snel een precedent is te vinden dat zo duidelijk de ziektelast van patiënten vermindert en daarenboven voorkomt dat anderen schade lijden.

Advies

De Raad van Bestuur komt op basis van deze overwegingen tot het advies de minister voor te stellen een stoppen-met-rokenprogramma per 1 januari 2010 onderdeel uit laten

maken van te verzekeren prestaties in het kader van de Zorgverzekeringswet.

College voor zorgverzekeringen

Voorzitter Raad van Bestuur

dr. P.C. Hermans

Kostenconsequentieraming SMR-preventie
SMR: Stoppen met roken *Doorrekendatum: 04.03.2009 / DM5: 28068826*

		Variant: Min	***Variant: Max***
Ramingen aantallen rokers en áantallen stoppogingen (1) en (2)			
Aantal personen van 15 jaar en ouder (raming 2010)		13.595.948	13.595.948
Àantal personen van 15 jaar en ouder dat rookt	26,7%	3.630.118	3.630.118
Àantal personen van 15 jaar en ouder dat in 2010 rook na aanscherping rookverbod in 2008	26,5%	3.602.926	3.602.926
Aantal personen dat in 2010 een stoppoging zal ondernemen	13,8%	497.204	497.204
Aantal personen dat daarbij een beroep zal doen op (genees)hulpmiddelen en/of /ondersteuning	22,5%	111.871	111.871
Aantal personen dat dit zal doen in het kader van SMR-preventie programma (7; gecorrigeerd naar 12 maanden)	80,0%	89.497	89.497
Extra stoppogingen bij opname van SMR-preventie in basisverzekering (5), met beroep op hulpmiddelen	10,9%	-	54.310
Aantal personen dat daarbij (ook) een beroep doet op persoonlijke ondersteuning door POH/coaching (7)	45,3%	40.568	75.328
Uitgangspunt voor berekening van het aantal stoppogingen waarbij een (nicotinevervangend) geneesmiddel en/of begeleiding als ondersteuning zal worden gebruikt		***89.497***	***143.806***

Gemiddelde behandelduur per stoppoging, per gebruikt middel (3/4/7) **+ verdeling stoppogingen naar gebruikt middel** (7)
Gebruiksverdeling telt op tot 100%, in veband met incidenteel volgtijdelijk gebruik is hiervoor verder op in de doorrekening nog gecorrigeerd

	Weken	**€/week**	**€/poging**	**Verdeling**
Nicotinekauwgom (20 mg/dag via 2mg/ per kauwgom)	4,40	17,78	78,20	9,0%
Nicotinepleisters (15mg/16 uur via 15mg/16 uur pleisters per dag)	9,20	18,75	172,50	33,2%
Zuigtablet (20 mg/dag via 2mg/per tablet)	3,10	29,02	90,00	5,3%
Sublinguale tablet (20 mg/dag via 2 mg/tablet)	2,00	19,83	39,70	2,1%
Bupropion (150 mg/dag via 150 mg/tablet)	9,40	15,59	146,60	25,7%
Nortriptyline (onderhoudsdosering: 75 mg per dag)	4,60	10,19	46,90	2,5%
Varenicline (onderhoudsdosering: 2 mg per dag)	8,70	29,39	255,70	22,2%

Raming van de kosten naar therapieduur, uitgaande van de kosten per (nicotinevervangend) geneesmiddel

Nicotinekauwgom (20 mg/dag via 2mg/ per kauwgom)	*3,8%*	627.240	1.007.871
Nicotinepleisters (15mg/16 uur via 15mg/16 uur pleisters per dag)	*31,5%*	5.130.298	8.243.535
Zuigtablet (20 mg/dag via 2mg/per tablet)	*2,6%*	425.375	683.507
Sublinguale tablet (20 mg/dag via 2 mg/tablet)	*0,4%*	73.380	117.910
Bupropion (150 mg/dag via 150 mg/tablet)	*20,7%*	3.374.953	5.422.988
Nortriptyline (onderhoudsdosering: 75 mg per dag)	*0,6%*	105.958	170.257
Varenicline (onderhoudsdosering: 2 mg per dag)	*31,2%*	5.081.616	8.165.311
Correctie volgtijdelijk gebruik van twee of meer middelen *(gebruikersweken zijn gebaseerd op enkelvoudig gebruik)*	*9,1%*	1.490.700	2.395.307
[A] Extra kosten in verband met vergoeding van (nicotinevervangende) geneesmiddelen		**16.300.000**	**26.200.000**

Raming additionele meerkosten in verband met zorgintensivering binnen Zvw

huisarts: consult/voorschrift/verwijzing + herhalingsvoorschrift	100,0%	89.497			1.144.976	1.839.786
eventueel gevolgd door praktijkonderteuning huisarts (POH)	84,1%	34.127	€	40,50	1.382.128	2.566.381
danwel begeleiding/coaching (Intake + 8 zorgcontacten)	15,9%	6.442	€	209,00	1.346.288	2.499.832
[B] Additionele meerkosten binnen Zorgverzekeringswet (Zvw)					**3.900.000**	**6.900.000**
[A + B] Macroraming, totale meerkosten					**20.200.000**	**33.100.000**
Gemiddeld per stoppoging met beroep op (nicotinevervangende)geneesmiddelen en/of ondersteuning/coaching			***€***	***226***		

Kostenconsequentieraming SMR-preventie
voor opname van (nicotinevervangende) geneesmiddelen in het basispakket in het kader van SMR-preventie

Korte toelichting en verantwoording van gehanteerde raming.

Raming heeft betrekking op situatie in 2010 (bevolkingsaantallen; bron: CBS). Prijspeil voor geneesmiddelenprijzen: maart 2009

Uitgangspunten ter bepaling van:

- aantal inwoners 15 jaar en ouder	13.595.948		
- aantal stoppogingen afgelopen jaar; bron: Stivoro		13,8% rokers 15 jaar en ouder	3,66% populatie 15+
- aantal stoppogingen mbv genees-/hulpmiddelen; bron: Stivoro		22,5% stoppers	0,82% populatie 15+
- aantal stoppers dat daarbij een bedroep doet op SMR-preventie ondersteuning; bron: Stivoro en Regioplan/Agis			0,66% populatie 15+
- aantal extra stoppogingen bij opname SMR-preventie Zvw; bron: UMaastricht		10,9% stoppers	0,40% populatie 15+
- aantal stoppers dat eveneens een beroep doet op persoonlijke /begeleiding		45,3% van aantal dat stop mbv ger	0,30% populatie 15+
berekening: 592/1.306	45,3%		

- de gemiddelde therapieduur; bron: Regioplan/Agis
- de gebruikte hoeveelheden; bron: Farmaco Therapeutisch Kompas / Regioplan/Agis
- geneesmiddelenkosten (prijspeil maart 2008; inclusief BTW en afleververgoeding apotheekhoudenden, niveau 2009); bron: Z-Index
  dit impliceert dat voor de overige geneesmiddelen in de prijs rekening is gehouden met de korting op inkoopvergoedingen (clawback).van 6,82 %
- de prijs per voorschrift voor nicotine vervangende geneesmiddelen: conform Taxe-prijs
- de prijs per voorschrift voor overige geneesmiddelen: conform taxe-prijs

- uitgangspunt voor de verdeling van stoppers over de verschillende (nicotinevervangende)geneesmiddelen:
  conform verhoudiingen zoals deze in onderzoek regioplan worden vermeld: tabel 3.4 (blz. 27/28) en tabel 6.2 (blz. 60)
- in verdeling is rekening gehouden met volgtijdelijk gebruik van twee (of meer) hulpmiddelen; procentuele verdeling telt daardoor op tot 114%

Verschillen in uitgangspunten tussen minimum variant en maximum variant: in de maximum variant wordt uitgegaan van 13,7% extra stoppogingen
Dit, als gevolg van het feit dat het gebruik van SMR-preventie genees-/hulpmiddelen via de Zvw worden vergoed.

Additionele meerkosten in verband met zorgintensivering binnen de Zvw:
- kosten huisartsenconsult: € 9,00 (eenmalig) + € 4,50 per herhalingsrecept / berekening conform aantallen voorschriften obv behandelduur
  aantal personen: 100,0% van alle mensen die een stoppoging onderneemt én beroep doet op (nicotinevervangende) geneesmiddelen
- kosten in verband met ondersteuning via POH: € 18,00 intake consult + € 9,00 vervolg + € 4,50 telefonisch consult
  aantal personen: 84,1% van totaal aantal personen dat beroep doet op ondersteuning/coaching
- kosten in verband ondersteuning/coaching: € 41,00 intakegesprek + € 21,00 per groepssessie (4 - 6 personen / 8 deelnemers per sessie).
  aantal personen: 15,9% van totaal aantal pesonen dat beroep doet op ondersteuning/coaching

Gehanteerde bronnen, genummerd:
(1) CBS / (2) STIVORO / (3) WHO / (4) Z-INDEX / (5) Universiteit Maastricht / (6) Farmacotherapeutisch Kompas / (7) Onderzoek Regioplan/Agis 2009

Bijlage 6
Kosteneffectiviteit van stoppen met roken interventies in Nederland.

De kosteneffectiviteit van stoppen met roken interventies is uitgebreid onderzocht in de Nederlandse situatie. In 2005 publiceerde het RIVM een rapport over de kosteneffectiviteit van tabaksontmoedigingsbeleid voor Nederland. Deze studie, “Cost-effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in the Netherlands. An application of the RIVM Chronic Disease Model”, richtte zich op het bevorderen van het stoppen met roken bij volwassenen[1]. In genoemd rapport worden resultaten gepresenteerd over de kosteneffectiviteit van interventies die op het niveau van individu ingrijpen maar ook van interventies die op het bevolkingsniveau ingrijpen zoals massale mediacampagnes, accijnsverhogingen, en voorlichting campagnes op middelbare scholen. Omdat deze CVZ rapportage zich richt op interventies die (eventueel) via de Zorgverzekeringswet worden vergoed valt de kosteneffectiviteit van interventies op bevolkingsniveau buiten het bestek van deze rapportage.

Het RIVM berekende de kosteneffectiviteit van zes effectieve interventiemogelijkheden ter ondersteuning van het stoppen met roken bij volwassenen (tabel 1). De resultaten werden zowel gepresenteerd in incrementele kosten per gewonnen levensjaar als in incrementele kosten per gewonnen voor kwaliteit gecorrigeerde levensjaar (quality adjusted life year, QALY). Deze incrementele ratio's werden geschat vanuit het gezondheidszorgperspectief, waarbij in de uitgangssituatie (base case) de indirecte kosten binnen de gezondheidszorg (de extra gezondheidsgerelateerde kosten in de extra levensjaren gecreëerd door de interventie) werden meegenomen. Van belang voor deze analyse is dat het RIVM de kosteneffectiviteit van deze interventies heeft berekend op basis van een vergelijking met geen interventie. Dat betekent dat bij de berekeningen van de incrementele kosteneffectiviteit ratio's (IKERs) ook de kosten voor huisartsenbezoeken zijn meegenomen. Dit zal een overschatting van de IKER’s geven voor die interventies waarbij de patiënt ook een huisarts bezoekt (alle interventies behalve telefonische counseling). Immers, de kosten voor de huisarts worden nu al vergoed vanuit de zorgverzekering. Hiermee zal rekening moeten worden gehouden bij de interpretatie van onderstaande IKER’s.

De IKER’s van de stoppen met roken interventies varieerden in de uitgangssituatie van € 8.800/QALY voor stopadvies volgens protocol door huisarts of assistent tot € 21.500/QALY voor telefonisch counseling[1]. Indien de indirecte kosten binnen de gezondheidszorg niet werden meegenomen (zoals bij farmaco-economische analyses) dan zou het stopadvies volgens protocol door de huisarts/assistent kosten besparend zijn en de andere maatregelen IKER’s hebben tussen de € 200 en € 12.600. Bij de bovenstaande IKER’s zijn zowel de kosten als gezondheidseffecten met 4% gedisconteerd. De recent bijgewerkte richtlijn voor farmaco-economisch onderzoek beveelt echter een disconteringsvoet van 1,5% voor gezondheidseffecten en 4% voor kosten. Als deze disconteringsvoeten worden toegepast, blijkt dat alle IKER's kleiner zijn dan € 10.000/QALY (tabel 1). In deze IKER'S zijn ook alle indirecte kosten binnen de gezondheidszorg verwerkt. Als deze kosten niet worden meegenomen in de kostenberekening dan worden de IKER's waarschijnlijk met de helft gereduceerd. Dit kan worden afgeleid uit het verschil tussen IKER's in de base case, waarbij indirecte zorgkosten worden meegenomen, en de situatie waarbij deze kosten niet werden meegenomen.

Uit de RIVM-analyse blijkt dat het stopadvies volgens protocol door de huisarts of assistent de laagste IKER heeft. Andere interventies hebben ook een lage IKER, en zijn vaak ook effectiever. Omdat het stopadvies bij de huisarts volgens protocol al vergoed wordt vanuit de zorgverzekering is het van belang om de kosteneffectiviteit van de interventies waarbij de patiënt de huisarts bezoekt en specifieke medicatie ontvangt te vergelijken met alleen een stopadvies door de huisarts (de dominante strategie). Het RIVM schatte de IKER van deze vergelijking op € 19.000/QALY, gebruikmakend van de 4% disconteringsvoet en inclusief indirecte zorgkosten. Echter, als de IKER zouden worden geschat gebruikmakend van de farmaco-economische richtlijnen voor

discontering en een exclusie van de indirecte zorgkosten dan zou de IKER waarschijnlijk met meer dan de helft afnemen.

De RIVM studie kent een aantal beperkingen die hier kort besproken zullen worden. De studie is uitgevoerd vanuit het gezondheidszorgperspectief in tegenstelling tot de Nederlandse farmaco-economische richtlijnen die het maatschappelijk perspectief voorschrijven. Het maatschappelijk perspectief houdt in dat productieverliezen ten gevolge van ziekte ook worden meegenomen; individuen die stoppen met roken zijn minder ziek dus deze individuen verliezen minder productiviteit dan de individuen die niet stoppen met roken. Indien dit verschil in productiviteitsverlies wordt meegenomen in de kostenberekeningen zullen de stoppen met roken interventies lagere IKER's krijgen. Tenslotte kunnen we opmerken dat de uitkomsten zijn gebaseerd op modelberekeningen, die altijd een zekere mate van onzekerheid met zich mee brengen.

Andere kosteneffectiviteitstudies laten vergelijkbare resultaten zien, deze studies zullen hieronder kort besproken worden. Een directe onderlinge vergelijkingen tussen studies gaat meestal echter niet zonder problemen, omdat veelal verschillende studies verschillende methode hanteren. In 2002 heeft in Nederland een studie plaatsgevonden naar de kosteneffectiviteit van het vergoeden van ondersteunende maatregelen bij het stoppen met roken[2]. Deze studie toonde aan dat indien men bereid is €1000 per gewonnen QALY te betalen (willingness to pay) er een kans is van 43% dat vergoeding van ondersteunende maatregelen kosteneffectief is. Dit is berekend vanuit het maatschappelijk perspectief. Bij een willingness to pay € 10.000 per gewonnen QALY was deze kans 91%, en voor een “willingness to pay” van € 18.000 per gewonnen QALY was dit 95%[2].

Internationale studies laten overeenkomstige resultaten zien. Hierbij moet echter worden opgemerkt dat het vertalen van internationale resultaten naar de Nederlandse situatie lastig is, omdat bijvoorbeeld het prijsniveau van de gezondheidszorg verschillend is tussen landen. Ook kunnen de incidentie en prevalentie van ziekte tussen landen onderling verschillen. In 2005 heeft een herberekening plaatsgevonden van de IKER's van 14 studies die de kosteneffectiviteit van verschillende rookontmoedigingstherapieën hadden bepaald[3]. Deze herberekeningen werden gedaan vanuit een maatschappelijk perspectief gebruikmakend van Nederlandse kostendata. Deze studie toonde aan dat verschillende interventies kosteneffectief waren met IKER's variërend van $500-$15.000 per gewonnen levensjaar.

Discussies over een mogelijke drempel voor de kosteneffectiviteit zijn in Nederland nog steeds actueel. In 2006[4] en 2007[5] heeft de Raad voor de Volkgezondheid geadviseerd om een maximale kostendrempel van €80.000 per gewonnen QALY te hanteren, waarbij deze drempel afhankelijk is van de ziektelast van de te behandelen ziekte. Tot nu toe zijn echter over het gebruik van een dergelijke kostendrempel geen definitieve besluiten genomen. Dat betekent dat het CVZ geen harde uitspraak kan doen over de vraag of stoppen met roken interventies kosteneffectief zijn. Om de gevonden IKER's voor de stoppen met roken interventies toch te kunnen kaderen is een vergelijking gemaakt met de IKER's voor de statinebehandeling voor primaire (geïndiceerde) preventie voor cardiovasculair management. Deze preventieve behandeling is al in het zorgverzekeringspakket opgenomen. Een review uit 2005 toont aan dat de IKER's van statinebehandeling tussen de €10.000 en €50.000 per gewonnen levensjaar liggen afhankelijk van het risico op sterfte t.g.v. hart- en vaatziekten (10-jaarsrisico op sterfte van >20% en minder dan <5%).[6] De auteurs van deze studie concludeerden dat de behandeling met statinen kosteneffectief (d.w.z. een lage IKER) is voor patiënten met een hoog risico maar er inconsistentie heerst voor patiënten met een lager risico op hart- en vaatziekten. Een meer recente systematische review kwam tot een vergelijkbare conclusie[7]. Deze schatte de kosten voor de UK, na het excluderen van een studie met extreme uitkomsten, tussen de £20.000 en £30.000 voor patiënten met een laag risico op hart- en vaatziekten en tussen de £8.000 en £13.000 voor patiënten met een hoog primair risico.

Conclusie

In Nederland wordt anno 2008 nog geen grens voor de kosteneffectiviteit gehanteerd. Dat betekent dat een uitspraak over de vraag of stoppen met roken interventies kosteneffectief zijn nu niet kan worden gedaan. Stoppen met roken interventies hebben echter wel een lage incrementele kosteneffectiviteitsratio, ondanks de grote variatie in uitgangspunten van de gebruikte verschillende studies en de mogelijke inclusie van de extra zorgkosten in gewonnen levensjaren. Dat betekent dat de verhouding tussen de kosten en de baten voor deze interventies relatief gunstig lijkt te zijn. Een vergelijking tussen de kosteneffectiviteit van de stoppen met roken interventies en een andere preventieve behandeling, de statinebehandeling voor de primaire (geïndiceerde) preventie, laat zien dat, ondanks de methodologische beperkingen, de incrementele kosteneffectiviteit ratio's voor deze twee types interventies vergelijkbaar zijn.

Literatuur

1 Feenstra TL, van Baal PHM, Hoogenveen RT, Vijgen SMC, Stolk E, Bemelmans WJE. Cost-effectiveness of interventions to reduce tobacco smoking in the Netherlands. An application of the RIVM Chronic Disease Model. RIVM report 260601003/2005
2 Kaper J, Wagena EJ, van Schayck CP, Severens JL. Encouraging smokers to quit: the cost effectiveness of reimbursing the costs of smoking cessation treatment. Pharmacoeconomics. 2006;24(5):453-64.
3 Ronckers ET, Groot W, Ament AJ. Systematic review of economic evaluations of smoking cessation: standardizing the cost-effectiveness. Med Decis Making. 2005 Jul-Aug;25(4):437-48.
4 Zinnige en Duurzame Zorg. RVZ. Zoetermeer 2006.
5 Rechtvaardige en Duurzame Zorg. RVZ. Den Haag 2007.
6 Franco OH, Peeters A, Looman CW, Bonneux L. Cost effectiveness of statins in coronary heart disease. J Epidemiol Community Health. 2005 Nov;59(11):927-33.
7 Ward S, Lloyd Jones M, Pandor A, Holmes M, Ara R, Ryan A, Yeo W, Payne N. A systematic review and economic evaluation of statins for the prevention of coronary events.Health Technol Assess. 2007 Apr;11(14):1-160, iii-iv. Review.

Tabel 1: Kosteneffectiviteit van stoppen met roken interventies (kostenjaar 2004)

Interventie	Kosten(€)/QALY gained[a]	Kosten(€)/LYG[a]	Kosten(€)/QALY gained[a]	Kosten(€)/QALY gained[b]	Kosten(€)/LYG[a]	Kosten(€)/QALY gained[a]
	exclusief indirecte gezondheidskosten	exclusief indirecte gezondheidskosten	interventiekosten + totale zorgkosten	interventiekosten + totale zorgkosten	interventiekosten + totale zorgkosten	Ivm H- MIS
MC	200	200	9.100	3.600	7.900	
H-MIS	Kosten besparend	Kosten besparend	8.800	3.500	7.600	
TC	12.600	10.900	21.500	7.200	18.500	
H-MIS + NRT	4.500	3.900	13.400	4.900	11.600	
IC+ NRT	7.700	6.600	16.600	5.800	14.300	19.000
IC+BU	7.700	6.700	16.600	5.800	14.300	19.000

a: kosten gedisconteerd met 4%, en gezondheidswinst met 4%
b: kosten gedisconteerd met 4%, en gezondheidswinst met 1,5%
MC; kort stopadvies door huisarts, **H-MIS**; Minimaal advies door huisarts of assistent, **TC**; telefonisch counseling verzogt door STIVORO, **H-MIS + NRT**; H-MIS met nicotine vervangende middelen, **IC+NRT**; intensieve counseling met nicotine vervangende middelen, **IC+BU**; intensieve counseling met bupropion.

Bijlage 7

Gevolgen voor de diverse geneesmiddelen

Wat	Status nu	Indien smr programma wordt gerealiseerd	GVS aanpassen?	
Nicotine vervangende middelen	Niet in GVS	Stroomt in verzekering; in de vigerende behandelrichtlijnen is de plaats van deze middelen in de behandeling bepaald	Nee, blijft buiten GVS	
Bupropion	Niet vergoed voor smr (staat op bijlage 2)	Stroomt in verzekering; in de vigerende behandelrichtlijnen is de plaats van dit middel in de behandeling bepaald	Nee, blijft op bijlage 2	
Nortriptyline	Wordt vergoed bij smr (geaccepteerd off label gebruik)	Stroomt in verzekering; in de vigerende behandelrichtlijnen is de plaats van dit middel in de behandeling bepaald	Ja, moet naar bijlage 2 (uitsluiten voor smr)	
Varenicline	Niet in GVS	Stroomt in verzekering; Zolang het middel niet in de behandelrichtlijn is opgenomen, geldt het advies van de CFH over de plaats van dit middel in de behandeling, zoals verwoord in het Farmacotherapeutisch Kompas .	Nee, blijft buiten GVS	
Een nieuw geneesmiddel		Zie bij varenicline: Stroomt in verzekering, mits onderdeel van de behandelrichtlijn. Bij ontbreken van een oordeel van de beroepsgroepen (verwoord in een richtlijn), geldt het oordeel van de CFH over de plaats van het middel in de behandeling.	Nee, blijft buiten GVS	